

## WSPÓLNE OŚWIADCZENIE O ZDARZENIU DROGOWYM

|                                                                                                                                                                                                               |                         |                                                                                            |                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. Data zdarzenia</b><br>_____                                                                                                                                                                             | <b>Godzina</b><br>_____ | <b>2. Miejsce zdarzenia:</b> Woj., powiat, gmina, miejscowość, droga/ulica:<br>Kraj: _____ | <b>3. Osoby ranne</b><br>nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> |
| <b>4. Straty materialne</b><br>inne niż pojazdy A i B      inne przedmioty niż pojazdy<br>nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> |                         | <b>5. Świadkowie: imiona, nazwiska, adresy, tel.:</b><br>_____                             |                                                                                    |

| POJAZD A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 12. OKOLICZNOŚCI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | POJAZD B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |                  |                        |                        |                        |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |           |                  |                  |                        |                        |                        |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------|------------------|------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>6. Ubezpieczony</b> (wg * dowodu/polisy ubezpieczenia)<br>NAZWISKO: _____<br>Imię: _____<br>Adres: _____<br>Kod pocztowy: _____ Kraj: _____<br>Tel. lub E-mail: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                         | zaznacz krzyżykiem pola odpowiadające okolicznościom zdarzenia<br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <b>A</b><br/> <input type="checkbox"/> 1 * zaparkowany/zatrzymany<br/> <input type="checkbox"/> 2 * ruszał z miejsca postoju / otwierał drzwi<br/> <input type="checkbox"/> 3 w trakcie parkowania<br/> <input type="checkbox"/> 4 wyjeżdżał z parkingu, z terenu prywatnego, z drogi nieutwardzonej<br/> <input type="checkbox"/> 5 wjeżdżał na parking, na teren prywatny, na drogę nieutwardzoną<br/> <input type="checkbox"/> 6 włączał się do ruchu okrężnego<br/> <input type="checkbox"/> 7 poruszał się w ruchu okrężnym<br/> <input type="checkbox"/> 8 uderzył w tył pojazdu jadącego tym samym pasem ruchu<br/> <input type="checkbox"/> 9 jechał w tym samym kierunku, ale innym pasem ruchu<br/> <input type="checkbox"/> 10 zmieniał pas ruchu<br/> <input type="checkbox"/> 11 wyprzedzał<br/> <input type="checkbox"/> 12 skręcał w prawo<br/> <input type="checkbox"/> 13 skręcał w lewo<br/> <input type="checkbox"/> 14 * cofał / zawracał<br/> <input type="checkbox"/> 15 jechał pasem przeznaczonym do ruchu w przeciwnym kierunku<br/> <input type="checkbox"/> 16 nadjechał z prawej strony (na skrzyżowaniu)<br/> <input type="checkbox"/> 17 * nie udzielił pierwszeństwa przejazdu / jechał na czerwonym świetle               </div> <div style="width: 45%;"> <b>B</b><br/> <input type="checkbox"/> 1<br/> <input type="checkbox"/> 2<br/> <input type="checkbox"/> 3<br/> <input type="checkbox"/> 4<br/> <input type="checkbox"/> 5<br/> <input type="checkbox"/> 6<br/> <input type="checkbox"/> 7<br/> <input type="checkbox"/> 8<br/> <input type="checkbox"/> 9<br/> <input type="checkbox"/> 10<br/> <input type="checkbox"/> 11<br/> <input type="checkbox"/> 12<br/> <input type="checkbox"/> 13<br/> <input type="checkbox"/> 14<br/> <input type="checkbox"/> 15<br/> <input type="checkbox"/> 16<br/> <input type="checkbox"/> 17               </div> </div> | <b>6. Ubezpieczony</b> (wg * dowodu/polisy ubezpieczenia)<br>NAZWISKO: _____<br>Imię: _____<br>Adres: _____<br>Kod pocztowy: _____ Kraj: _____<br>Tel. lub E-mail: _____                                                                                                                                                                                                                                             |                  |                  |                        |                        |                        |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |           |                  |                  |                        |                        |                        |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>7. Pojazdy</b><br><table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #0056b3; color: white;"> <th>POJAZD SILNIKOWY</th> <th>PRZYCZEPA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Marka, typ _____</td> <td>Marka, typ _____</td> </tr> <tr> <td>Nr rejestracyjny _____</td> <td>Nr rejestracyjny _____</td> </tr> <tr> <td>Kraj rejestracji _____</td> <td>Kraj rejestracji _____</td> </tr> </tbody> </table> | POJAZD SILNIKOWY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | PRZYCZEPA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Marka, typ _____ | Marka, typ _____ | Nr rejestracyjny _____ | Nr rejestracyjny _____ | Kraj rejestracji _____ | Kraj rejestracji _____ | <b>7. Pojazdy</b><br><table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #0056b3; color: white;"> <th>POJAZD SILNIKOWY</th> <th>PRZYCZEPA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Marka, typ _____</td> <td>Marka, typ _____</td> </tr> <tr> <td>Nr rejestracyjny _____</td> <td>Nr rejestracyjny _____</td> </tr> <tr> <td>Kraj rejestracji _____</td> <td>Kraj rejestracji _____</td> </tr> </tbody> </table> | POJAZD SILNIKOWY | PRZYCZEPA | Marka, typ _____ | Marka, typ _____ | Nr rejestracyjny _____ | Nr rejestracyjny _____ | Kraj rejestracji _____ | Kraj rejestracji _____ | <b>8. Zakład ubezpieczeń</b> (wg * dowodu/polisy ubezpieczenia)<br>NAZWA: _____<br>Adres: _____<br>*Dowód ubezpieczenia/polisa pojazdu wystawiona/ przez *agenta/oddział _____ nr _____<br>ważna od _____ do _____<br>Zielona Karta pojazdu wystawiona przez *agenta/oddział _____ nr _____<br>ważna od _____ do _____<br>Czy posiada ubezpieczenie AC?<br>nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> |
| POJAZD SILNIKOWY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | PRZYCZEPA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |                  |                        |                        |                        |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |           |                  |                  |                        |                        |                        |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Marka, typ _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Marka, typ _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |                  |                        |                        |                        |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |           |                  |                  |                        |                        |                        |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Nr rejestracyjny _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Nr rejestracyjny _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |                  |                        |                        |                        |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |           |                  |                  |                        |                        |                        |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Kraj rejestracji _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Kraj rejestracji _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |                  |                        |                        |                        |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |           |                  |                  |                        |                        |                        |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| POJAZD SILNIKOWY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | PRZYCZEPA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |                  |                        |                        |                        |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |           |                  |                  |                        |                        |                        |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Marka, typ _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Marka, typ _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |                  |                        |                        |                        |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |           |                  |                  |                        |                        |                        |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Nr rejestracyjny _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Nr rejestracyjny _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |                  |                        |                        |                        |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |           |                  |                  |                        |                        |                        |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Kraj rejestracji _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Kraj rejestracji _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |                  |                        |                        |                        |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |           |                  |                  |                        |                        |                        |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>9. Kierujący pojazdem</b> (wg prawa jazdy)<br>NAZWISKO: _____<br>Imię: _____<br>Data urodzenia: _____<br>Adres: _____<br>Kod pocztowy: _____ Kraj: _____<br>Tel. lub E-mail: _____<br>Nr prawa jazdy: _____<br>Kategoria (A, B, ...): _____<br>Prawo jazdy ważne do: _____                                                                                                                                                                                    | <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> ← <b>liczba pól zakreślonych krzyżykami</b> → <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center; font-size: small;"> <b>Muszą podpisać obaj kierowcy</b><br/>           Dokument nie stanowi przyznania się do odpowiedzialności, lecz tylko do potwierdzenia tożsamości i faktów, co powinno przyspieszyć likwidację roszczeń         </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>8. Zakład ubezpieczeń</b> (wg * dowodu/polisy ubezpieczenia)<br>NAZWA: _____<br>Adres: _____<br>*Dowód ubezpieczenia/polisa pojazdu wystawiona/ przez *agenta/oddział _____ nr _____<br>ważna od _____ do _____<br>Zielona Karta pojazdu wystawiona przez *agenta/oddział _____ nr _____<br>ważna od _____ do _____<br>Czy posiada ubezpieczenie AC?<br>nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> |                  |                  |                        |                        |                        |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |           |                  |                  |                        |                        |                        |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>10. Zaznacz strzałką miejsce uderzenia w pojazd A →</b><br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>13. Szkic zdarzenia drogowego</b><br><div style="text-align: center;"> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>10. Zaznacz strzałką miejsce uderzenia w pojazd B →</b><br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |                  |                        |                        |                        |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |           |                  |                  |                        |                        |                        |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>11. Widoczne uszkodzenia pojazdu A:</b><br>_____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>15. Podpisy kierujących pojazdami</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <b>A</b><br/>           _____<br/>           _____         </div> <div style="width: 45%;"> <b>B</b><br/>           _____<br/>           _____         </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>11. Widoczne uszkodzenia pojazdu B:</b><br>_____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |                  |                        |                        |                        |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |           |                  |                  |                        |                        |                        |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>14. Uwagi:</b><br>_____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>14. Uwagi:</b><br>_____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>14. Uwagi:</b><br>_____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                  |                        |                        |                        |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |           |                  |                  |                        |                        |                        |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

\* niepotrzebne skreślić

Copyright CEA 2001