



## WSPÓLNE OŚWIADCZENIE O ZDARZENIU DROGOWYM

WWW.CARTRAVELDOCS.COM 

Page 1 is for your insurance company and page 2 is for the other party's insurance company. Remove this page before using the printed European Accident Statement.

### 1. First ACCIDENT STATEMENT page

Fill in this page. If another party is involved in the accident, they must fill in the other column. If you don't agree with the information the other party has provided, you can mention this in the "My remarks" section. You must both sign the page at the bottom. Keep this page and send it to your insurance company.

### 2. Second ACCIDENT STATEMENT page

If another party is involved in the accident, you and the other party must fill in the columns on this page in exactly the same way as on the first ACCIDENT STATEMENT page. If you don't agree with the information the other party has provided, you can mention this in the "My remarks" section. You must both sign the page at the bottom. The other party keeps this page, and sends it to their insurance company.

WSPÓLNE OŚWIADCZENIE O ZDARZENIU DROGOWYM

1. Data zdarzenia

Godzina

2. Miejsce zdarzenia:

Woj., powiat, gmina, miejscowość, droga/ulica:

3. Osoby ranne

nie☐tak☐

4. Straty materialne

inne niż pojazdy A i B

inne przedmioty niż pojazdy

nie☐tak☐

nie☐tak☐

5. Świadkowie: imiona, nazwiska, adresy, tel.:

POJAZD A

6. Ubezpieczony (wg \* dowodu/polisy ubezpieczenia)

NAZWISKO: .....

Imię: .....

Adres: .....

Kod pocztowy: ..... Kraj: .....

Tel. lub E-mail: .....

7. Pojazdy

POJAZD SILNIKOWY	PRZYCZEPA
Marka, typ	Marka, typ
Nr rejestracyjny	Nr rejestracyjny
Kraj rejestracji	Kraj rejestracji

8. Zakład ubezpieczeń (wg \* dowodu/polisy ubezpieczenia)

NAZWA: .....

Adres: .....

\*Dowód ubezpieczenia/polisa pojazdu wystawiona/y przez \*agenta/oddział ..... nr .....

ważna od ..... do .....

Zielona Karta pojazdu wystawiona przez \*agenta/oddział ..... nr .....

ważna od ..... do .....

Czy posiada ubezpieczenie AC? nie☐tak☐

9. Kierujący pojazdem (wg prawa jazdy)

NAZWISKO: .....

Imię: .....

Data urodzenia: .....

Adres: .....

Kod pocztowy: ..... Kraj: .....


Tel. lub E-mail : .....

Nr prawa jazdy: .....

Kategoria (A, B, ... ) : .....

Prawo jazdy ważne do: .....

10. Zaznacz strzałką miejsce uderzenia w pojazd A →



11. Widoczne uszkodzenia pojazdu A:

14. Uwagi:

12. OKOLICZNOŚCI

zaznacz krzyżykiem pola odpowiadające okolicznościom zdarzenia

A	POJAZDY	B
<input type="checkbox"/> 1	* zaparkowany/zatrzymany	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2	* ruszał z miejsca postoju / otwierał drzwi	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	w trakcie parkowania	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	wyjeżdżał z parkingu, z terenu prywatnego, z drogi nieutwardzonej	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	wjeżdżał na parking, na teren prywatny, na drogę nieutwardzoną	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6	włączał się do ruchu okrężnego	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7	poruszał się w ruchu okrężnym	<input type="checkbox"/> 7
<input type="checkbox"/> 8	uderzył w tył pojazdu jadącego tym samym pasem ruchu	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 9	jechał w tym samym kierunku, ale innym pasem ruchu	<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 10	zmieniał pas ruchu	<input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> 11	wyprzedzał	<input type="checkbox"/> 11
<input type="checkbox"/> 12	skręcał w prawo	<input type="checkbox"/> 12
<input type="checkbox"/> 13	skręcał w lewo	<input type="checkbox"/> 13
<input type="checkbox"/> 14	* cofał / zawracał	<input type="checkbox"/> 14
<input type="checkbox"/> 15	jechał pasem przeznaczonym do ruchu w przeciwnym kierunku	<input type="checkbox"/> 15
<input type="checkbox"/> 16	nadjechał z prawej strony (na skrzyżowaniu)	<input type="checkbox"/> 16
<input type="checkbox"/> 17	* nie udzielił pierwszeństwa przejazdu / jechał na czerwonym świetle	<input type="checkbox"/> 17

☐ ← liczba pól zakreślonych krzyżykami → ☐

Muszą podpisać obaj kierowcy  
Dokument nie stanowi przyznania się do odpowiedzialności, lecz tylko do potwierdzenia tożsamości i faktów, co powinno przyspieszyć likwidację roszczeń

13. Szkic zdarzenia drogowego

Zaznaczyć: 1. układ drogi - 2. strzałkami kierunki jazdy pojazdów A i B - 3. pozycje pojazdów w momencie zdarzenia - 4. znaki drogowe i sygnalizację świetlną - 5. nazwy ulic / numery dróg

POJAZD B

6. Ubezpieczony (wg \* dowodu/polisy ubezpieczenia)

NAZWISKO: .....

Imię: .....

Adres: .....

Kod pocztowy: ..... Kraj: .....

Tel. lub E-mail: .....

7. Pojazdy

POJAZD SILNIKOWY	PRZYCZEPA
Marka, typ	Marka, typ
Nr rejestracyjny	Nr rejestracyjny
Kraj rejestracji	Kraj rejestracji

8. Zakład ubezpieczeń (wg \* dowodu/polisy ubezpieczenia)

NAZWA: .....

Adres: .....

\*Dowód ubezpieczenia/polisa pojazdu wystawiona/y przez \*agenta/oddział ..... nr .....

ważna od ..... do .....

Zielona Karta pojazdu wystawiona przez \*agenta/oddział ..... nr .....

ważna od ..... do .....

Czy posiada ubezpieczenie AC? nie☐tak☐

9. Kierujący pojazdem (wg prawa jazdy)

NAZWISKO: .....

Imię: .....

Data urodzenia: .....

Adres: .....

Kod pocztowy: ..... Kraj: .....

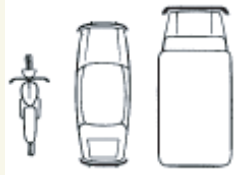
Tel. or E-mail : .....

Nr prawa jazdy: .....

Kategoria (A, B, ... ) : .....

Prawo jazdy ważne do: .....

10. Zaznacz strzałką miejsce uderzenia w pojazd B →



11. Widoczne uszkodzenia pojazdu B:

14. Uwagi:

15. Podpisy kierujących pojazdami

A

B

\* niepotrzebne skreślić

WSPÓLNE OŚWIADCZENIE O ZDARZENIU DROGOWYM

1. Data zdarzenia

Godzina

2. Miejsce zdarzenia:

Woj., powiat, gmina, miejscowość, droga/ulica:  
Kraj:

3. Osoby ranne

nie☐ tak☐

4. Straty materialne

inne niż pojazdy A i B  
nie☐ tak☐

inne przedmioty niż pojazdy  
nie☐ tak☐

5. Świadkowie: imiona, nazwiska, adresy, tel.:

POJAZD A

6. Ubezpieczony (wg \* dowodu/polisy ubezpieczenia)

NAZWISKO:   
Imię:   
Adres:   
Kod pocztowy: Kraj:   
Tel. lub E-mail:

7. Pojazdy

POJAZD SILNIKOWY

PRZYCZEPA

Marka, typ  
Nr rejestracyjny  
Kraj rejestracji

Marka, typ  
Nr rejestracyjny  
Kraj rejestracji

8. Zakład ubezpieczeń (wg \* dowodu/polisy ubezpieczenia)

NAZWA:   
Adres:   
\*Dowód ubezpieczenia/polisa pojazdu wystawiona/y przez \*agenta/oddział nr   
ważna od do   
Zielona Karta pojazdu wystawiona przez \*agenta/oddział nr   
ważna od do   
Czy posiada ubezpieczenie AC?   
nie☐ tak☐

9. Kierujący pojazdem (wg prawa jazdy)

NAZWISKO:   
Imię:   
Data urodzenia:   
Adres:   
Kod pocztowy: Kraj:   
Tel. lub E-mail :   
Nr prawa jazdy:   
Kategoria (A, B, ... ):   
Prawo jazdy ważne do: .

12. OKOLICZNOŚCI

zaznacz krzyżykiem pola odpowiadające okolicznościom zdarzenia

A

POJAZDY

B

1☐ \* zaparkowany/zatrzymany

2☐ \* ruszał z miejsca postoju / otwierał drzwi

3☐ w trakcie parkowania

4☐ wyjeżdżał z parkingu, z terenu prywatnego, z drogi nieutwardzonej

5☐ wjeżdżał na parking, na teren prywatny, na drogę nieutwardzoną

6☐ włączał się do ruchu okrężnego

7☐ poruszał się w ruchu okrężnym

8☐ uderzył w tył pojazdu jadącego tym samym pasem ruchu

9☐ jechał w tym samym kierunku, ale innym pasem ruchu

10☐ zmieniał pas ruchu

11☐ wyprzedzał

12☐ skręcał w prawo

13☐ skręcał w lewo

14☐ \* cofał / zawracał

15☐ jechał pasem przeznaczonym do ruchu w przeciwnym kierunku

16☐ nadjechał z prawej strony (na skrzyżowaniu)

17☐ \* nie udzielił pierwszeństwa przejazdu / jechał na czerwonym świetle

←

liczba pól zakreślonych krzyżykami

→

Muszą podpisać obaj kierowcy  
Dokument nie stanowi przyznania się do odpowiedzialności, lecz tylko do potwierdzenia tożsamości i faktów, co powinno przyspieszyć likwidację roszczeń

13. Szkic zdarzenia drogowego13.

Zaznaczyć: 1. układ drogi - 2. strzałkami kierunki jazdy pojazdów A i B - 3. pozycje pojazdów w momencie zdarzenia - 4. znaki drogowe i sygnalizację świetlną - 5. nazwy ulic / numery dróg

POJAZD B

6. Ubezpieczony (wg \* dowodu/polisy ubezpieczenia)

NAZWISKO:   
Imię:   
Adres:   
Kod pocztowy: Kraj:   
Tel. lub E-mail:

7. Pojazdy

POJAZD SILNIKOWY

PRZYCZEPA

Marka, typ  
Nr rejestracyjny  
Kraj rejestracji

Marka, typ  
Nr rejestracyjny  
Kraj rejestracji


8. Zakład ubezpieczeń (wg \* dowodu/polisy ubezpieczenia)

NAZWA:   
Adres:   
\*Dowód ubezpieczenia/polisa pojazdu wystawiona/y przez \*agenta/oddział nr   
ważna od do   
Zielona Karta pojazdu wystawiona przez \*agenta/oddział nr   
ważna od do   
Czy posiada ubezpieczenie AC?   
nie☐ tak☐

9. Kierujący pojazdem (wg prawa jazdy)

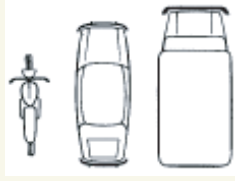
NAZWISKO:   
Imię:   
Data urodzenia:   
Adres:   
Kod pocztowy: Kraj:   
Tel. or E-mail :   
Nr prawa jazdy:   
Kategoria (A, B, ... ):   
Prawo jazdy ważne do: .

10. Zaznacz strzałką miejsce uderzenia w pojazd A →



11. Widoczne uszkodzenia pojazdu A:

10. Zaznacz strzałką miejsce uderzenia w pojazd B →



11. Widoczne uszkodzenia pojazdu B:

14. Uwagi:

15. Podpisy kierujących pojazdami15.

14. Uwagi:

A

B

\* niepotrzebne skreślić

Copyright CEA 2001