

WSPÓLNE OŚWIADCZENIE O ZDARZENIU DROGOWYM

Accident statement

Strona 1/2
Sheet 1/2

1. Data zdarzenia Date of accident	Godzina Time	2. Miejsce zdarzenia: Locality: Kraj: Country:	Woj., powiat, gmina, miejscowość, droga/ulica: Place:	3. Osoby ranne Injury(ies) even if slight nie <input type="checkbox"/> no tak <input type="checkbox"/> yes
--	------------------------	--	--	---

4. Straty materialne Material damage inne niż pojazdy A i B other than vehicles A and B? nie <input type="checkbox"/> no tak <input type="checkbox"/> yes	inne przedmioty niż pojazdy objects other than vehicles nie <input type="checkbox"/> no tak <input type="checkbox"/> yes
--	--

5. Świadkowie: imiona, nazwiska, adresy, tel. Witnesses: names, addresses, tel.


POJAZD A Vehicle A

6. Ubezpieczony (wg *dowodu/polisy ubezpieczenia) Insured policyholder (see insurance certificate)	
NAZWISKO: Name	
Imię: First name	
Adres: Address	
Kod pocztowy: Postal code	Kraj: Country
Tel. lub E-mail: Tel. no., e-mail:	

7. Pojazdy (Vehicles)	
POJAZD SILNIKOWY (Motor)	PRZYCZEPA (Trailer)
Marka, typ (Mark, type)	Marka, typ (Mark, type)
Nr rejestracyjny (Registration no.)	Nr rejestracyjny (Registration no.)
Kraj rejestracji (Country of registration)	Kraj rejestracji (Country of registration)

8. Zakład ubezpieczeń (wg *dowodu/polisy ubezpieczenia) Insurance company (see insurance certificate)
NAZWA: Name
Adres: Address
*Dowód ubezpieczenia/polisa wystawiona/y przez *agenta/oddział Insurance certificate issued by an agent / bureau
Nr (no.)
ważna od do valid from until
Zielona Karta pojazdu wystawiona przez *agenta/oddział Green Card no. issued by an agent / bureau
Nr (no.)
ważna od do valid from until
Czy pojazd posiada ubezpieczenie AC ? Does the policy cover material damage to the vehicle? nie <input type="checkbox"/> no tak <input type="checkbox"/> yes

9. Kierujący pojazdem (wg prawa jazdy) Driver (see driving licence)	
NAZWISKO: Name	
Imię: First name	
Data urodzenia: Date of birth	
Adres: Address	
Kod pocztowy: Postal code	Kraj: Country
Tel. lub E-mail: Tel. no., e-mail:	
Nr prawa jazdy: Driving licence no.	
Kategoria (A, B, ...): Category	
Prawo jazdy ważne do: Driving licence valid until:	

10. Zaznacz strzałką miejsce uderzenia w pojazd A → Indicate the point of initial impact to vehicle A by an arrow


11. Widoczne uszkodzenia pojazdu A: (Visible damages to vehicle A)
--

14. Uwagi: My remarks:

12. OKOLICZNOŚCI

Circumstances

zaznacz krzyżykiem pola odpowiadające okolicznościom zdarzenia cross each of the relevant boxes to help explain the draft		
A	POJAZDY	B
<input type="checkbox"/> 1	* zaparkowany/zatrzymany parked / stopped	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2	* ruszał z miejsca postoju / otwierał drzwi leaving a parking place / opening the door	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	w trakcie parkowania entering a parking place	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	wyjeżdżał z parkingu , terenu prywatnego, drogi nieutwardzonej emerging from a car park, from private ground, from a track	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	wjeżdżał na parking , teren prywatny, drogę nieutwardzoną entering a car park, a private ground, a track	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6	włączył się do ruchu okrężnego entering a roundabout	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7	poruszał się w ruchu okrężnym circulating a roundabout	<input type="checkbox"/> 7
<input type="checkbox"/> 8	uderzył w tył pojazdu jadącego tym samym pasem ruchu striking the rear of the other vehicle while going in the same direction and in the same lane	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 9	jechał w tym samym kierunku, ale innym pasem ruchu going in the same direction but in a different lane	<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 10	zmieniał pas ruchu changing lanes	<input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> 11	wyprzedzał overtaking	<input type="checkbox"/> 11
<input type="checkbox"/> 12	skręcał w prawo turning to the right	<input type="checkbox"/> 12
<input type="checkbox"/> 13	skręcał w lewo turning to the left	<input type="checkbox"/> 13
<input type="checkbox"/> 14	* cofał / zawracał going backward / reversing	<input type="checkbox"/> 14
<input type="checkbox"/> 15	jechał pasem przeznaczonym do ruchu w przeciwnym kierunku in the opposite direction	<input type="checkbox"/> 15
<input type="checkbox"/> 16	na skrzyżowaniu nadjechał z prawej strony coming from the right at road junctions	<input type="checkbox"/> 16
<input type="checkbox"/> 17	* nie udzielił pierwszeństwa przejazdu / jechał na czerwonym świetle had not observed a right of way sign or a red light	<input type="checkbox"/> 17
<input type="checkbox"/> ←	liczba pól zakreślonych krzyżykami state number of boxes marked with a cross	<input type="checkbox"/> →

Muszą podpisać obaj kierowcy Must be signed by both drivers
Dokument nie stanowi przyznania się do odpowiedzialności, lecz tylko do potwierdzenia tożsamości i faktów, co powinno przyspieszyć likwidację roszczeń
Does not constitute an admission of liability, but a summary of identities and of the facts which will speed up the settlement of claims.

13. Szkic zdarzenia drogowego Draft of accident
Zaznaczyć: 1. układ drogi - 2. strzałkami kierunki jazdy pojazdów A i B - 3. pozycje pojazdów w momencie zderzenia - 4. znaki drogowe i sygnalizacje świetlne - 5. nazwy ulic i numery dróg Indicate: 1. The layout of the road - 2. by arrows the direction of vehicles A, B - 3. their position at the time of impact - 4. the road signs - 5. names of the streets or roads.


POJAZD B Vehicle B

6. Ubezpieczony (wg *dowodu/polisy ubezpieczenia) Insured policyholder (see insurance certificate)	
NAZWISKO: Name	
Imię: First name	
Adres: Address	
Kod pocztowy: Postal code	Kraj: Country
Tel. lub E-mail: Tel. no., e-mail:	

7. Pojazdy (Vehicles)	
POJAZD SILNIKOWY (Motor)	PRZYCZEPA (Trailer)
Marka, typ (Mark, type)	Marka, typ (Mark, type)
Nr rejestracyjny (Registration no.)	Nr rejestracyjny (Registration no.)
Kraj rejestracji (Country of registration)	Kraj rejestracji (Country of registration)

8. Zakład ubezpieczeń (wg *dowodu/polisy ubezpieczenia) Insurance company (see insurance certificate)
NAZWA: Name
Adres: Address
*Dowód ubezpieczenia/polisa wystawiona/y przez *agenta/oddział Insurance certificate issued by an agent / bureau
Nr (no.)
ważna od do valid from until
Zielona Karta pojazdu wystawiona przez *agenta/oddział Green Card no. issued by an agent / bureau
Nr (no.)
ważna od do valid from until
Czy pojazd posiada ubezpieczenie AC ? Does the policy cover material damage to the vehicle? nie <input type="checkbox"/> no tak <input type="checkbox"/> yes

9. Kierujący pojazdem (wg prawa jazdy) Driver (see driving licence)	
NAZWISKO: Name	
Imię: First name	
Data urodzenia: Date of birth	
Adres: Address	
Kod pocztowy: Postal code	Kraj: Country
Tel. lub E-mail: Tel. no., e-mail:	
Nr prawa jazdy: Driving licence no.	
Kategoria (A, B, ...): Category	
Prawo jazdy ważne do: Driving licence valid until:	

10. Zaznacz strzałką miejsce uderzenia w pojazd B → Indicate the point of initial impact to vehicle B by an arrow


11. Widoczne uszkodzenia pojazdu B: (Visible damages to vehicle B)
--

14. Uwagi: My remarks:

15. Podpisy kierujących pojazdami Signatures of the drivers

A **B**