

1 Data wypadku	Godzina	2 Kraj / Kod pocztowy / miejscowość	3 Ranni, nawet lekko ranni nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/>
----------------	---------	-------------------------------------	---

4 Szkody materialne dotyczące innych pojazdów niż A i B nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/>	innych przedmiotów niż pojazdów: nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/>	5 Świadkowie: nazwiska, adresy, nr tel.
---	---	--

Pojazd A

6 **Ubezpieczony*** (patrz potwierdzenie ubezpieczenia)
nazwisko
imię
adres
kod pocztowy kraj
nr tel. lub e-mail

7 **Pojazd**
pojazd mechaniczny: marka, typ
nr rej. kraj dopuszczenia pojazdu do ruchu

Przyczepa:
nr rej. kraj dopuszczenia pojazdu do ruchu

8 **Zakład ubezpieczeń** (patrz potwierdzenie ubezpieczenia)
nazwa
nr umowy
nr zielonej karty
potwierdzenie ubezpieczenia zielonej karty ważnej od do

potwierdzenie ubezpieczenia zielonej karty ważnej od do

nazwa oddziału (biuro lub makler)
adres
kraj
nr tel. lub e-mail

Czy szkody materialne pojazdu są ubezpieczone umową? nie tak

9 **Kierowca** (patrz prawo jazdy)
nazwisko
imię
data ur.
adres
kraj
nr tel. lub e-mail

nr prawa jazdy
kategoria (A, B, ...)
prawo jazdy ważne do



11 Widoczne uszkodzenia pojazdu A

14 Uwagi własne:

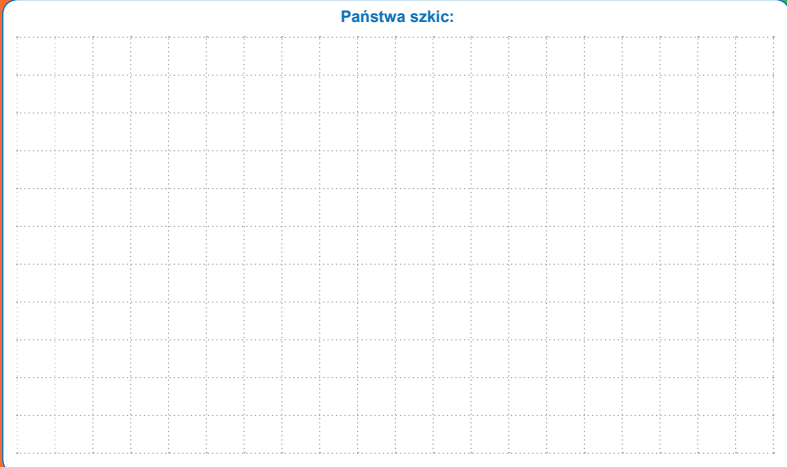
Okoliczności zdarzenia

12 W celu sprecyzowania szkicu zakreślić krzyżykiem odpowiednie pola. Niepotrzebne skreślić:

A	Jak doszło do wypadku?	B
1	parkował / stał	1
2	opuszczał parking / otwierał drzwi pojazdu	2
3	wjeżdżał na miejsce postoju	3
4	wyjeżdżał z parkingu, terenu prywatnego, drogi	4
5	wjeżdżał na parking, teren prywatny, drogę	5
6	włączył się do ruchu okrężnego (rondo)	6
7	jechał w ruchu okrężnym	7
8	uderzył w tył pojazdu jadącego w tym samym kierunku i tym samym pasem	8
9	jechał w tym samym kierunku, lecz innym pasem	9
10	zmieniał pas ruchu	10
11	wyprzedzał	11
12	skręcał w prawo	12
13	skręcał w lewo	13
14	cofał	14
15	wjechał na pas ruchu dla przeciwnego kierunku	15
16	nadjeżdżał z prawej strony (na skrzyżowaniu)	16
17	zlekceważył znak pierwszeństwa przejazdu lub czerwone światło	17

← **Podać liczbę zakreślonych pól** →

13 **Szkic sytuacyjny wypadku w momencie kolizji**
Proszę uzupełnić szkic później na www.Szkic-Sytuacyjny.pl
Proszę oznaczyć 1. układ dróg
2. kierunki ruchu pojazdów A i B (oznaczyć strzałką),
3. państwa pozycję w momencie kolizji,
4. znaki drogowe, 5. nazwy ulic



Pojazd B

6 **Ubezpieczony*** (patrz potwierdzenie ubezpieczenia)
nazwisko
imię
adres
kod pocztowy kraj
nr tel. lub e-mail

7 **Pojazd**
pojazd mechaniczny: marka, typ
nr rej. kraj dopuszczenia pojazdu do ruchu

Przyczepa:
nr rej. kraj dopuszczenia pojazdu do ruchu

8 **Zakład ubezpieczeń** (patrz potwierdzenie ubezpieczenia)
nazwa
nr umowy
nr zielonej karty
potwierdzenie ubezpieczenia lub zielonej karty ważnej od do

potwierdzenie ubezpieczenia lub zielonej karty ważnej od do

nazwa oddziału (biuro lub makler)
adres
kraj
nr tel. lub e-mail

Czy szkody materialne pojazdu są ubezpieczone umową? nie tak

9 **Kierowca** (patrz prawo jazdy)
nazwisko
imię
data ur.
adres
kraj
nr tel. lub e-mail

nr prawa jazdy
kategoria (A, B, ...)
prawo jazdy ważne do



11 Widoczne uszkodzenia pojazdu B

14 Uwagi własne:



1 Date of accident Time **2** Locality - Country - Place

3 Injuries even if slight
no yes

4 Material damage
other than to vehicles A and B: no yes objects other than vehicles: no yes

5 Witnesses: names, addresses, tel.

Vehicle A

6 Insured/policyholder* * see insurance certificate
Surname
First name
Address
Postcode Country
Tel. or e-mail

7 Vehicle

Motor:
Make, type
Registration No.
Country of registration

Trailer:
Registration No.
Country of registration

8 Insurance company (see insurance certificate)
Surname
Policy No.
Green Card No.
Insurance Certificate or Green Card valid from to
Agency (or bureau, or broker)
Address
Country
Tel. or e-mail
Does the policy cover material damage to the vehicle? no yes

9 Driver (see driving licence)
Surname
First name
Date of birth
Address
Country
Tel. or email
Driving licence No.
Category (A, B, ...)
Driving licence valid until:

Circumstances

Put a cross in each of the relevant boxes to help explain the drawing -* delete where appropriate:

A	What happened?	B
<input type="checkbox"/>	* parked / stopped	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	* leaving a parking space / opening a vehicle door	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	entering a parking space	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	*emerging from a parking space, from private premises, from a track	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	*entering a parking space, private premises, a track	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	entering a roundabout	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	circulating a roundabout	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	striking the rear of the other vehicle in the same line of traffic and travelling in the same direction	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	going in the same direction but in a different line of traffic	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	changing lines of traffic	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	overtaking	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	turning to the right	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	turning to the left	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	reversing	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	changing to a lane reserved for traffic in the opposite direction	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	coming from the right (at a junction)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	had not observed a priority sign or a red light	<input type="checkbox"/>

← State the number of boxes marked with a cross →

13 Sketch of accident when impact occurred
Complete your sketch later: www.AccidentSketch.com
Indicate 1. the layout of the road 2. by arrows the direction of the vehicles A, B 3. their position at the time of impact 4. the road signs 5. names of the streets or roads

Vehicle B

6 Insured/policyholder* * see insurance certificate
Surname
First name
Address
Postcode Country
Tel. or e-mail

7 Vehicle

Motor:
Make, type
Registration No.
Country of registration

Trailer:
Registration No.
Country of registration

8 Insurance company (see insurance certificate)
Surname
Policy No.
Green Card No.
Insurance Certificate or Green Card valid from to
Agency (or bureau, or broker)
Address
Country
Tel. or e-mail
Does the policy cover material damage to the vehicle? no yes

9 Driver (see driving licence)
Surname
First name
Date of birth
Address
Country
Tel. or email
Driving licence No.
Category (A, B, ...)
Driving licence valid until:

10 Indicate the point of initial impact to vehicle A by an arrow →

11 Visible damage to vehicle A:

14 My remarks:

Your Sketch of the accident:

15 Signatures of the drivers



10 Indicate the point of initial impact to vehicle B by an arrow →

11 Visible damage to vehicle B:

14 My remarks: