Numer szkody*
*Claim number**
.....

OŚWIADCZENIE SPRAWCY/UCZESTNIKA WYPADKU/KOLIZJI

I. DANE OGÓLNE

Imię i nazwisko osoby, która spowodowała wypadek/kolizję				PESEL
Adres	Ulica	Nr domu	Kod	Poczta
Miejscowość		Telefon		Adres e-mail
Kategoria prawa jazdy		Czy sprawca posiadał uprawnienia do kierowania pojazdem ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM		
Nazwa Towarzystwa Ubezpieczeń, w którym pojazd sprawcy/uczestnika posiadał ważne ubezpieczenie OC				Nr polisy OC / Nr rej pojazdu

II. DANE DOTYCZĄCE PRZEBIEGU KOLIZJI/WYPADKU

1. Oświadczam, że w dniu ..... o godzinie ..... w miejscowości (miejscowość, ulica) .....

prowadząc pojazd (rodzaj, marka) ..... nr rejestracyjny ..... należący do (nazwisko, imię lub nazwa zakładu pracy oraz adres)

.....

spowodowałem wypadek drogowy, w wyniku którego (podać rodzaj szkody np. został uszkodzony samochód, marka i numer rejestracyjny) .....

2a. Opis okoliczności wypadku/kolizji (proszę podanie przyczyny wypadku, warunków drogowych, szacunkowej prędkości pojazdów, prędkości dopuszczalnej na drodze):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

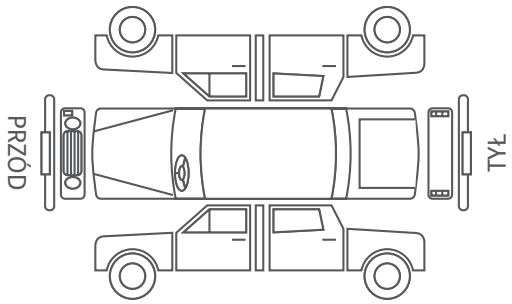
.....

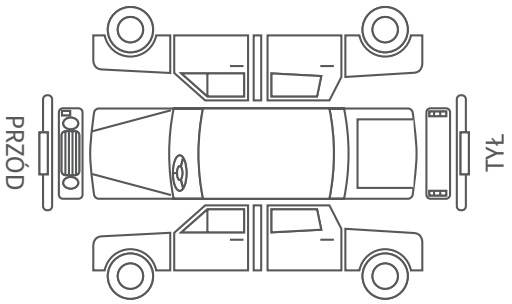
.....

.....

2b. Szkic sytuacyjny miejsca zdarzenia oraz opis uszkodzeń pojazdów (proszę narysować położenie pojazdów w trakcie zdarzenia z uwzględnieniem położenia poszczególnych ulic, znaków drogowych, parkingów itd.)

3. Proszę o zaznaczenie krzyżykami na poniższych modelach konkretnych miejsc, w których uszkodzone zostały pojazdy





4. Informacje dodatkowe

– czy na miejsce zdarzenia wzywana była policja? ☐ TAK ☐ NIE (jeśli TAK, proszę o podanie nazwy jednostki, bądź też miejscowości, z której policja przyjechała)

.....

– czy którykolwiek z kierujących znajdował się pod wpływem alkoholu? ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM (jeśli TAK, proszę o podanie danych kierującego – imię, nazwisko, adres, telefon)

.....

– czy w zdarzeniu brały udział jakiekolwiek osoby, oprócz kierujących pojazdami? ☐ TAK ☐ NIE (jeśli TAK, proszę podać dane tych osób, jeśli są Panu/Pani znane – imię, nazwisko, adres, telefon)

.....

– czy jakiekolwiek osoby doznały obrażeń ciała wskutek wypadku/kolizji? ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM (jeśli TAK, proszę o podanie danych osobowych tych osób, jeżeli są Panu/Pani znane – imię, nazwisko, adres, telefon)

.....

– czy którykolwiek z kierujących znajdował się pod wpływem środków odurzających? ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM (jeśli TAK, proszę o podanie danych kierującego – imię, nazwisko, adres, telefon)

.....

– czy posiadana Pan/Pani jakiekolwiek informacje na temat świadków zdarzenia? ☐ TAK ☐ NIE (jeśli TAK, proszę o podanie danych tych osób, jeśli są Panu/Pani znane – imię, nazwisko, adres, telefon)

.....

Miejscowość	Data wypełnienia	Imię i nazwisko