

# WSPÓLNE OŚWIADCZENIE O ZDARZENIU DROGOWYM / ACCIDENT STATEMENT

Data zdarzenia <i>Date of accident</i>	Godzina <i>Time</i>	Miejsce zdarzenia <i>Vicinity</i>	Województwo/powiat/gmina/miejscowość/droga/ulica <i>Place</i>	Osoby ranne <i>Injury(ies)</i>
				tak <input type="checkbox"/> : nie <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> : no <input type="checkbox"/>
Straty materialne <i>Material damage</i>		Świadkowie: Imiona/nazwiska/adresy/telefony <i>Witnesses: Names/adresses/telephone numbers</i>		
pojazdy inne niż A i B <i>vehicles other than A and B</i> tak <input type="checkbox"/> : nie <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> : no <input type="checkbox"/>		inne przedmioty niż pojazdy <i>vehicles other than A and B</i> tak <input type="checkbox"/> : nie <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> : no <input type="checkbox"/>		
<b>Pojazd ubezpieczony A (wg dowodu/polisu ubezpieczenia)</b> <i>Insured vehicle A (see insurance certificate)</i>		<b>OKOLICZNOŚCI</b> <i>Circumstances</i>		<b>Pojazd ubezpieczony B (wg dowodu/polisu ubezpieczenia)</b> <i>Insured vehicle B (see insurance certificate)</i>
Nazwisko <i>Name</i>		zaznacz pola odpowiadające okolicznościom zdarzenia <i>cross each of the relevant boxes to help explain the accident</i>		Nazwisko <i>Name</i>
Imię <i>First name</i>		<b>POJAZDY</b> <i>Vehicles</i>		Imię <i>First name</i>
Adres <i>Address</i>		<input type="checkbox"/> 1	zaparkowany/zatrzymany <i>parked/stopped</i>	<input type="checkbox"/> 1
Kod pocztowy <i>Postal code</i>		<input type="checkbox"/> 2	ruszał z miejsca postoju/otwierał drzwi <i>leaving a parking place/opening the door</i>	<input type="checkbox"/> 2
Kraj <i>Country</i>		<input type="checkbox"/> 3	w trakcie parkowania <i>entering a parking place</i>	<input type="checkbox"/> 3
Tel. lub e-mail <i>Phone or e-mail</i>		<input type="checkbox"/> 4	wyjeżdżał z parkingu/terenu prywatnego/ drogi nieutwardzonej <i>entering a car park/private grounds/a track</i>	<input type="checkbox"/> 4
Pojazdy/Przyczepa <i>Vehicle/Trailer</i>		<input type="checkbox"/> 5	wjeżdżał na parking/ teren prywatny/drogę nieutwardzoną <i>entering a car park/private grounds/a track</i>	<input type="checkbox"/> 5
Marka/typ <i>Make/type</i>		<input type="checkbox"/> 6	włączał się do ruchu okrężnego <i>joining a roundabout</i>	<input type="checkbox"/> 6
Nr rejestracyjny <i>Registration no.</i>		<input type="checkbox"/> 7	poruszał się w ruchu okrężnym <i>circulating a roundabout</i>	<input type="checkbox"/> 7
Kraj rejestracji <i>Country of registration</i>		<input type="checkbox"/> 8	uderzył w tył pojazdu jadącego tym samym pasem ruchu <i>striking the rear of the other vehicle while driving in the same lane</i>	<input type="checkbox"/> 8
Nazwa ubezpieczyciela i numer polisy <i>Insurance company and policy number</i>		<input type="checkbox"/> 9	jechał w tym samym kierunku, ale innym pasem ruchu <i>driving in the same direction but in a different lane</i>	<input type="checkbox"/> 9
Nazwa <i>Name</i>		<input type="checkbox"/> 10	zmieniał pas ruchu <i>changing lanes</i>	<input type="checkbox"/> 10
Nr polisy no.		<input type="checkbox"/> 11	wyprzedzał overtaking	<input type="checkbox"/> 11
Ważna od valid from		<input type="checkbox"/> 12	skręcał w prawo <i>making a right turn</i>	<input type="checkbox"/> 12
do until		<input type="checkbox"/> 13	skręcał w lewo <i>making a left turn</i>	<input type="checkbox"/> 13
Czy pojazd posiada ubezpieczenie AC? <i>Does the policy cover material damage to the vehicle</i>		<input type="checkbox"/> 14	cofał/zawracał <i>reversing</i>	<input type="checkbox"/> 14
tak <input type="checkbox"/> : nie <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 15	jechał pasem przeznaczonym do ruchu w przeciwnym kierunku <i>encroaching on a lane reserved for circulation in the opposite direction</i>	<input type="checkbox"/> 15
tak <input type="checkbox"/> : nie <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 16	na skrzyżowaniu nadjechał z prawej strony <i>coming from the right junction</i>	<input type="checkbox"/> 16
Kierowca (wg prawa jazdy) <i>Driver (see driving license)</i>		<input type="checkbox"/> 17	nie udzielił pierwszeństwa przejazdu/ jechał na czerwonym świetle <i>had not observed a right of way sign or a red light</i>	<input type="checkbox"/> 17
Nazwisko <i>Name</i>		← liczba pól zakreślonych krzyżykami <i>state number of boxes marked with a cross</i> →		<input type="checkbox"/> 17
Imię <i>First name</i>		<b>SZKIC ZDARZENIA DROGOWEGO</b>		
Data urodzenia/PESEL <i>Date of birth/national identification number</i>		Zaznacz: układ drogi, kierunki jazdy pojazdów A i B, pozycje pojazdów w momencie zderzenia, znaki drogowe i sygnalizację świetlną, nazwy ulic i numery dróg.		
Adres <i>Address</i>		<i>Draft of the accident</i>		
Kod pocztowy <i>Postal code</i>		Indicate: Road layout direction of vehicles A and B, their position at of the time of impact, road signs, names of the streets of roads		
Kraj <i>Country</i>		Zaznacz strzałką miejsce uderzenia w pojazd B <i>Use an arrow to indicate the point of initial impact to the vehicle B</i>		
Tel. lub e-mail <i>Phone or email</i>		Zaznacz strzałką miejsce uderzenia w pojazd A <i>Use an arrow to indicate the point of initial impact to the vehicle A</i>		
Nr prawa jazdy <i>Driving license no.</i>		Zaznacz strzałką miejsce uderzenia w pojazd A <i>Use an arrow to indicate the point of initial impact to the vehicle A</i>		
Kategoria (A,B,...) <i>Driving license no.</i>		Zaznacz strzałką miejsce uderzenia w pojazd A <i>Use an arrow to indicate the point of initial impact to the vehicle A</i>		
Ważna od Valid from		Zaznacz strzałką miejsce uderzenia w pojazd A <i>Use an arrow to indicate the point of initial impact to the vehicle A</i>		
Widoczne uszkodzenia pojazdu A <i>Visible damage to vehicle A</i>		A Podpisy kierujących pojazdami <i>Signatures of both drivers</i>		B Widoczne uszkodzenia pojazdu B <i>Visible damage to vehicle B</i>

