



OŚWIADCZENIE SPRAWCY / UCZESTNIKA WYPADKU / KOLIZJI STATEMENT OF THE PARTY RESPONSIBLE FOR / PARTICIPANT OF THE ACCIDENT / COLLISION****

Prosimy o wypełnienie oświadczenia drukowanymi literami oraz o nie używanie ołówka. Dokonywanie zmian (tylko przez skreślenie) oraz dopisywanie danych innym charakterem pisma lub kolorem może nastąpić wyłącznie za zgodą Ubezpieczającego i musi zostać potwierdzone jego podpisem. Please fill in the application form in capital letters and do not use pencil. Any changes in the application form (made only by deletion) and adding data in other handwriting and colour are allowed only with the express consent of the insurer and have to be acknowledged by its signature.

I. Dane Sprawcy / Uczestnika wypadku / kolizji Details of the Party Responsible for / Participant of the accident / collision****

Nazwisko Surname	Grzmiłlas		Imię Name	Tomasz	
Kraj Country	Polska		Miejscowość Municipality	Mierzęcice	
Kod pocztowy Postcode	42-460	Pocztę Post office	Mierzęcice		
Ulica Street	Wolności			Numer domu Number	211A
Telefon Phone	501-108-301	e-mail	tomasz.grzmiłlas@gmail.com		
PESEL Per.id.num.	86050711057	Płeć Sex	K <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>	Obywatelstwo Nationality	Polskie
Dokument stwierdzający tożsamość Identity document	Dowód osobisty			Numer dokumentu Number	AWK232841
Czy Sprawca / Uczestnik wypadku / kolizji** posiadał uprawnienia do kierowania pojazdem? Was the Party Responsible for / Participant of the accident / collision** authorised to drive the vehicle?	Tak <input checked="" type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>			Kategoria prawa jazdy / uprawnień Driving licence category / authorisation number	
Numer prawa jazdy / uprawnień Driving licence / authorisation number				B	
Czy Sprawca / Uczestnik wypadku / kolizji** znajdował się w stanie po spożyciu alkoholu lub podobnie działających środków? Was the Party Responsible for / Participant of the accident / collision** under the influence of alcohol or other similar substances?	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input checked="" type="checkbox"/>				
Nazwa towarzystwa ubezpieczeniowego Name of the insurance company	MTU			Numer polisy OC Number of CL insurance	0257868501

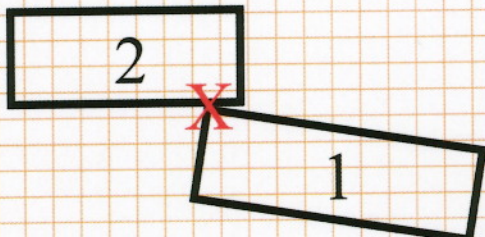
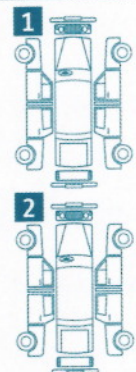
II. Oświadczenie Sprawcy wypadku / kolizji Statement of the Party Responsible for the accident / collision****

Oświadczam, że w dniu (dd, mm, rrrr) 11.02.2018 o godzinie ok. 21:00 w miejscowości (miejscowość, ulica) Katowice, ul Chorzowska
I hereby declare that on (dd/mm/yyyy) 11.02.2018 at (hh:mm) 21:00 in municipality (name of the municipality and street) Katowice, ul Chorzowska
prowadząc pojazd (rodzaj, marka) Astra, Opel nr rejestracyjny SBE 81686 należący do (nazwisko, imię lub nazwa zakładu pracy oraz adres) uszkadzono karoserię
while driving a vehicle (type, make) Astra, Opel plate number SBE 81686 owned by (surname, name or name of the establishment and address) uszkadzono karoserię
Tomasz Grzmiłlas ul. Wolności 211A, 42-460 Mierzęcice
spowodowałem wypadek / kolizję drogową**, w wyniku której (podać rodzaj szkody np. został uszkodzony samochód, marka i numer rejestracyjny) uszkodzony samochód, marka i numer rejestracyjny
I caused the road accident / collision as a result of which** (please specify the type of damage, e.g. the vehicle was damaged, make and plate number) uszkodzony samochód, marka i numer rejestracyjny
samochodu Volkswagen nr. rej. HPPK130

III. Szczegółowe okoliczności wypadku / kolizji (przyczyna wypadku, warunki drogowe, prędkość pojazdów, prędkość dopuszczalna na drodze, zachowanie uczestników wypadku) Circumstances of the accident / collision****

Kolizja powstała podczas zamiany pasa ruchu, uszkodzony pojazd Volkswagen nr. rej. HPPK130 znalazł się w martwym punkcie mojego lusterka bocznego, wykonując manewr zmiany pasa przednią częścią mojego samochodu uderzył w samochód Volkswagen.

IV. Szkic sytuacyjny miejsca zdarzenia oraz opis uszkodzeń Accident sketch and description of damages

	1 pojazd nr rejestracyjny/marka: vehicle, plate number/make Opel Astra SBE 81686	
	2 pojazd nr rejestracyjny/marka: vehicle, plate number/make Volkswagen HPPK130	
	3 pojazd nr rejestracyjny/marka: vehicle, plate number/make	
<p>← kierunek jazdy direction of driving</p> <p>X miejsce uszkodzenia place of damage</p>		

V. Czy w zdarzeniu uczestnicy doznali obrażeń ciała?

Were participants injured in the event? Tak ☐ Nie ☒

Kto doznał obrażeń ciała w zdarzeniu (imię, nazwisko, adres, telefon, rodzaj obrażeń)? ***
Who was injured in the event (name, surname, address, telephone, type of injury)? ***

Ilu pasażerów oprócz kierującego znajdowało się w pojazdach nr***
How many passengers, apart from the driver, were in the vehicles No***

1 2 3

VI. Świadkowie zdarzenia (nazwisko, imię, adres, telefon) / policja (nazwa jednostki) Witnesses of the accident (surname, name, address, telephone) / police (name of the unit)

ja oraz osoby będące w samochodzie Volkswagen

Podpis Sprawcy / Uczestnika (czytelny) Signature of the Responsible Party / Participant (legible)	Miejscowość Municipality	Podpis Poszkodowanego*** Signature of the Aggrieved Party***
Tomasz Grzmiłlas	Katowice	
Dowód osobisty - nr i seria Identity card, No and series	Data podpisania oświadczenia Date of signing of the statement	Dowód osobisty - nr i seria Identity card, No and series
	07.03.2018	

* Dotyczy, gdy druk wypełniany jest po zgłoszeniu szkody
* Applicable when the form is filled in after the claim was reported

** Niewłaściwe skreślić
** Delete if not applicable

*** Dotyczy, gdy ktokolwiek doznał obrażeń
*** Applies if anyone got injured

**** Dotyczy sytuacji, gdy spisanie oświadczenia następuje z udziałem Poszkodowanego
**** Applicable when the statement is made in the presence of the Aggrieved Party

KOPIA MTU/KM/ZS006/1411 str. 1/1

Infolinia 801 107 108*, 58 555 62 22

*opłata za połączenie zgodnie z cennikiem operatora
www.mtu.pl