

Pamiętaj

w przypadku kolizji obowiązkiem uczestników jest niezwłoczne usunięcie z jezdni pojazdów biorących w nich udział. Nie wolno jednak tego robić, jeśli doszło do wypadku z ofiarami. Czasami usunięcie pojazdu nie będzie możliwe, wtedy obowiązkiem kierowcy jest odpowiednio oznakować miejsce zdarzenia. Musi on - jeśli jest to możliwe – włączyć światła awaryjne, a także ustawić trójkąt ostrzegawczy.

Jeśli do kolizji doszło na autostradzie lub drodze ekspresowej trójkąt ustawiamy w odległości 100 m od unieruchomionych pojazdów. Na innych drogach poza obszarem zabudowanym w odległości od 30-50 m od pojazdów. Kiedy na miejsce przybędą policjanci, to oni "przejmują dowodzenie". Uczestnicy kolizji mają obowiązek bezwzględnie dostosować się do poleceń wydawanych przez funkcjonariuszy.

AGART Agencja Ubezpieczeniowa
ul. Traugutta 12
43-365 Bielsko-Biała

tel; 792 004 070

tel; 660 590 903

e-mail; henryk@abcfinansowe.pl
www.ABCFinansowe.pl

Wspólne Oświadczenie O Zdarzeniu Drogowym

NASZA OFERTA

Ubezpieczenia na życie

- na wypadek śmierci lub inwalidztwa
- grupowe już od 1 osoby
- dla osób do 70 roku życia bez kwestionariusza medycznego
- pod kredyt
- polisy ochronne
- polisy kapitałowe
- polisy inwestycyjne

UBEZPIECZENIA

- KOMUNIKACYJNE: OC, AC, ASS, NNW tel.792 004 070
- MAJĄTKOWE: DOMY, MIESZKANIA tel.660 590 903
- NA ŻYCIE I NNW
- ZDROWOTNE
- GRUPOWE
- ZAWODOWE W TYM OC
- FIRMOWE

ul. Traugutta 12
Bielsko-Biała
Przychodnia Kolejowa
Budynek A parter pok.nr 2

**U NAS BEZPŁATNIE SPRAWDZISZ UBEZPIECZENIE KOMUNIKACYJNE
OC, AC, ASS, NNW W KILKUNASTU TOWARZYSTWACH**

Ubezpieczenia majątkowe i komunikacyjne w 17 Towarzystwach Ubezpieczeniowych

- ubezpieczenie OC, AC, NNW, Assistance samochodu
- każdy klient dostaje porównanie składki OC swojego samochodu w kilkunastu TU
- ubezpieczenie domu, mieszkania
- ubezpieczenie majątku firmy
- ubezpieczenie OC firmy
- ubezpieczenie OC zawodowe, w tym lekarzy
- ubezpieczenia specjalistyczne
- ubezpieczenia zdrowotne - szybki dostęp do lekarzy

•Telefony ALARMOWE

- 112 - numer alarmowy,
- 984 - Pogotowie Rzeczne,
- 985 - Ratownictwo Morskie i Górskie,
- 991 - Pogotowie Energetyczne,
- 992 - Pogotowie Gazowe,
- 993 - Pogotowie Ciepłownicze,
- 994 - Pogotowie Wodociągowe,
- 997 - Policja,
- 998 - Straż Pożarna,
- 999 – Pogotowie Ratunkowe

TY wiesz, co jest dla Ciebie i Twoich najbliższych ważne!

MY zadbamy o

Twoje i Twoich najbliższych poczucie bezpieczeństwa mając na uwadze Wasze potrzeby, poczucie bezpieczeństwa i pewność siebie!

JEŚLI:

- masz samochód
- masz dom lub mieszkanie
- wynajmujesz dom lub mieszkanie
- podróżujesz
- prowadzisz firmę
- jesteś rodzicem

Odwiedź nas i dowiedz się jakie mamy dla Ciebie rozwiązania.

WSPÓLNE OŚWIADCZENIE O ZDARZENIU DROGOWYM

Data zdarzenia	Godzina	Miejsce zdarzenia (miejscowość, ulica/ulice)
Świadkowie (imię, nazwisko, dokładny adres, dokument tożsamości seria i nr dowodu tożsamości, nr telefonu)		
Krótki opis zdarzenia		

POJAZD A

Ubezpieczony (wg* dowodu/polisy ubezpieczenia)	<input type="checkbox"/>
NAZWISKO	<input type="checkbox"/>
Imię	<input type="checkbox"/>
Adres	<input type="checkbox"/>
Kod pocztowy	<input type="checkbox"/>
Telefon	<input type="checkbox"/>

Pojazdy	
POJAZD SILNIKOWY	PRZYCZEPA
Marka, typ	Marka, typ
Numer rejestracyjny	Numer rejestracyjny

Zakład ubezpieczeń (wg* dowodu/polisy ubezpieczenia)	<input type="checkbox"/>
NAZWA	<input type="checkbox"/>
Adres	<input type="checkbox"/>
*Dowód ubezpieczenia/polisy pojazdu wystawiony/a przez *agenta/oddział	<input type="checkbox"/>
nr	<input type="checkbox"/>
ważna od	do

Kierujący pojazdem (wg prawa jazdy)	<input type="checkbox"/>
NAZWISKO	<input type="checkbox"/>
Imię	<input type="checkbox"/>
Data urodzenia	<input type="checkbox"/>
Adres	<input type="checkbox"/>
Kod pocztowy	<input type="checkbox"/>
Telefon	<input type="checkbox"/>
Nr prawa jazdy	<input type="checkbox"/>
Kategoria	<input type="checkbox"/>
Prawo jazdy ważne do	<input type="checkbox"/>

Zaznacz strzałką miejsce uderzenia w pojazd A

Widoczne uszkodzenia pojazdu A
POJAZD A

OKOLICZNOŚCI

<input type="checkbox"/>	*zaparkowany/zatrzymany	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	*ruszał z miejsca postoju/otwierał drzwi w trakcie parkowania	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	wyjeżdżał z parkingu, z terenu prywatnego, z drogi nieutwardzonej	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	wjeżdżał na parking, na teren prywatny, na drogę nieutwardzoną	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	włączał się do ruchu okrężnego	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	poruszał się w ruchu okrężnym	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	uderzył w tył pojazdu jadącego tym samym pasem ruchu	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	jechał w tym samym kierunku, ale innym pasem ruchu	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	zmieniał pas ruchu	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	wyprzedzał	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	skręcał w prawo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	skręcał w lewo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	*cofał/zawracał	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	jechał pasem przeznaczonym do ruchu w przeciwnym kierunku	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	nadjechał z prawej strony (na skrzyżowaniu)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	*nie udzielił pierwszeństwa przejazdu/jechał na czerwonym świetle	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	liczba pól zakreślonych krzyżykami	<input type="checkbox"/>
Muszą podpisać obaj kierowcy		
Dokument nie stanowi przyznania się do odpowiedzialności, lecz potwierdzenie tożsamości i faktów, co powinno przyspieszyć likwidację roszczeń.		
Szkic zdarzenia drogowego		
Zaznaczyć układ dróg, znaki drogowe, strzałkami - kierunek jazdy, układ pojazdów w momencie zderzenia, nazwy ulic/dróg		

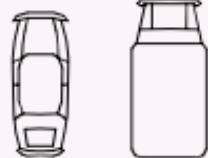
POJAZD B

Ubezpieczony (wg* dowodu/polisy ubezpieczenia)	<input type="checkbox"/>
NAZWISKO	<input type="checkbox"/>
Imię	<input type="checkbox"/>
Adres	<input type="checkbox"/>
Kod pocztowy	<input type="checkbox"/>
Telefon	<input type="checkbox"/>

Pojazdy	
POJAZD SILNIKOWY	PRZYCZEPA
Marka, typ	Marka, typ
Numer rejestracyjny	Numer rejestracyjny

Zakład ubezpieczeń (wg* dowodu/polisy ubezpieczenia)	<input type="checkbox"/>
NAZWA	<input type="checkbox"/>
Adres	<input type="checkbox"/>
*Dowód ubezpieczenia/polisy pojazdu wystawiony/a przez *agenta/oddział	<input type="checkbox"/>
nr	<input type="checkbox"/>
ważna od	do

Kierujący pojazdem (wg prawa jazdy)	<input type="checkbox"/>
NAZWISKO	<input type="checkbox"/>
Imię	<input type="checkbox"/>
Data urodzenia	<input type="checkbox"/>
Adres	<input type="checkbox"/>
Kod pocztowy	<input type="checkbox"/>
Telefon	<input type="checkbox"/>
Nr prawa jazdy	<input type="checkbox"/>
Kategoria	<input type="checkbox"/>
Prawo jazdy ważne do	<input type="checkbox"/>

Zaznacz strzałką miejsce uderzenia w pojazd B

Widoczne uszkodzenia pojazdu B
POJAZD B

Podpisy kierujących pojazdami