





KOOPERATIVA poistovnía, a.s.  
Vienna Insurance Group  
Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava 1  
Slovenská republika  
IČO: 00 585 441, IČ DPH: SK2020527300  
Reg.- Obch. reg. Okr. súdu BA I, odd.: Sa, vl. č. 79/B

# Záznam o dopravnej nehode

Ide len o informácie potrebné na promptné vybavenie likvidácie

Vyplnia vodiči oboch vozidiel

1. Dátum nehody _____ Hodina _____	2. Miesto (ulica, č. domu, kilometer cesty, mesto, štát) _____	3. Zranení <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
4. Iné poškodenie než na vozidlách A a B <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	5. Svedkovia (mená, adresy, r. č., kontakt – spolujazdca podčiarknite)	Vyšetované policiou <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Policajný útvar mesta _____

**Vozidlo A**

6. Držiteľ (meno, adresa) \_\_\_\_\_

Telefón (9 - 16 hodín) \_\_\_\_\_

Platiteľ DPH  áno  nie

**Vozidlo B**

6. Držiteľ (meno, adresa) \_\_\_\_\_

Telefón (9 - 16 hodín) \_\_\_\_\_

Platiteľ DPH  áno  nie

7. Vozidlo  
Typ – značka \_\_\_\_\_  
ŠPZ/EČV \_\_\_\_\_  
VIN \_\_\_\_\_

8. Poistiteľ zodpovednosti za škodu z prevádzky mot. voz. \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Číslo poisťky \_\_\_\_\_

Zelená karta číslo \_\_\_\_\_

(Pre cudzincov) Platnosť zelenej karty Platí do: \_\_\_\_\_

Vozidlo poistené havarijne (KASKO)  áno  nie

V ktorej poisťovni? \_\_\_\_\_

7. Vozidlo  
Typ – značka \_\_\_\_\_  
ŠPZ/EČV \_\_\_\_\_  
VIN \_\_\_\_\_

8. Poistiteľ zodpovednosti za škodu z prevádzky mot. voz. \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Číslo poisťky \_\_\_\_\_

Zelená karta číslo \_\_\_\_\_

(Pre cudzincov) Platnosť zelenej karty Platí do: \_\_\_\_\_

Vozidlo poistené havarijne (KASKO)  áno  nie

V ktorej poisťovni? \_\_\_\_\_

9. Vodič  
Meno \_\_\_\_\_  
Priezvisko \_\_\_\_\_  
Adresa \_\_\_\_\_  
Vodič. pr. č. \_\_\_\_\_  
Skup. \_\_\_\_\_ Vystavil \_\_\_\_\_

Platný od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_  
(Pre bus, taxi)

9. Vodič  
Meno \_\_\_\_\_  
Priezvisko \_\_\_\_\_  
Adresa \_\_\_\_\_  
Vodič. pr. č. \_\_\_\_\_  
Skup. \_\_\_\_\_ Vystavil \_\_\_\_\_

Platný od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_  
(Pre bus, taxi)

10. Hlavný smer nárazu označe šípkou

12. Vyznačte	
1	Vozidlo stálo <input type="checkbox"/>
2	Vozidlo sa pohýnalo <input type="checkbox"/>
3	Vozidlo zastavovalo <input type="checkbox"/>
4	Vozidlo vychádzalo z miesta ležiaceho mimo cesty <input type="checkbox"/>
5	Vozidlo odbočovalo na miesto ležiace mimo cesty <input type="checkbox"/>
6	Vozidlo vchádzalo na kruhový objazd <input type="checkbox"/>
7	Vozidlo išlo po kruhovom objazde <input type="checkbox"/>
8	Vozidlo narazilo do zadnej časti vozidla idúceho tým istým smerom v tom istom pruhu <input type="checkbox"/>
9	Vozidlo išlo súbežne <input type="checkbox"/>
10	Vozidlo prechádzalo z pruhu do pruhu <input type="checkbox"/>
11	Vozidlo predchádzalo <input type="checkbox"/>
12	Vozidlo odbočovalo vpravo <input type="checkbox"/>
13	Vozidlo odbočovalo vľavo <input type="checkbox"/>
14	Vozidlo cúvalo <input type="checkbox"/>
15	Vozidlo prešlo do protismeru <input type="checkbox"/>
16	Vozidlo prišlo sprava <input type="checkbox"/>
17	Vozidlo nedalo prednosť v jazde <input type="checkbox"/>

(Pripadný iný priebeh nehody uveďte v poznámke)

Počet označených polí \_\_\_\_\_

11. Viditeľné poškodenia

14. Poznámky

15. Nehodu zavínil  
Vodič vozidla A  áno  nie   
Vodič vozidla B  áno  nie   
Spoluvina  áno  nie   
Iný (meno, adresa) \_\_\_\_\_

11. Viditeľné poškodenia

14. Poznámky

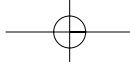
15. Nehodu zavínil  
Vodič vozidla A  áno  nie   
Vodič vozidla B  áno  nie   
Spoluvina  áno  nie   
Iný (meno, adresa) \_\_\_\_\_

16. Podpis zúčastnených

**A** **B**

Po podpísaní vyplnené údaje nemeňte

Súčasne dávam svojím podpisom v zmysle zákona 428/2002 Z.z. o ochrane osobných údajov súhlas poisťovní KOOPERATIVA, a.s. Vienna Insurance Group, aby moje osobné údaje poskytnuté v súvislosti s likvidáciou škodovej udalosti spracovávala v informacioných systémoch pre ďalšie nevyhnutnú pre zabezpečenie práva a povinností vyplývajúcich z likvidácie predmetnej udalosti. Zároveň dávam súhlas na sprístupnenie mojich osobných údajov tretím osobám, pokiaľ to bude potrebné pre zabezpečenie likvidácie predmetnej škodovej udalosti.



## Ako používať formulár „Záznam o dopravnej nehode“

Formulár „Záznam o dopravnej nehode“ plne zodpovedá modelu vytvorenému Comité Européen des Assurances (CEA). Je vytvorený na uplatnenie pri všetkých dopravných nehodách, slúži na záznam skutkového stavu a na jeho vyplnenie nie je potrebná dohoda o otázke zavinenia. Môžu byť uvedené aj protichodné výpovede, v nutnom prípade aj na zvláštnom liste. Keď má druhý účastník nehody taký istý formulár schválený Comité Européen des Assurances, ale v inom jazyku, sú tieto formuláre rovnaké. Môžete si preto jeho obsah bod po bode na základe vlastného formulára preložiť. Z tohto dôvodu sú jednotlivé body očíslované.

### Na mieste nehody

1. Použite len jednu sadu formulárov pre 2 zúčastnené vozidlá (dve sady pre 3 zúčastnené vozidlá atď.). Nie je dôležité, kto formulár dodá a vyplní. Použite guľôčkové pero a píšete tak, aby boli čitateľné aj kópie.
2. Pri vyplňaní „Záznamu o dopravnej nehode“ dávajte pozor na nasledujúce:
  - otázky v bode 8 sa vzťahujú na Vaše doklady o poistení (číslo dokladu o poistení zodpovednosti, zelenej karty),
  - otázky v bode 9 sa vzťahujú k Vášmu vodičskému preukazu,
  - označte presne miesto stretu (bod 10),
  - označte krížikom ten variant (1 - 17), ktorý sa týka Vašej nehody (bod 12), a na konci uveďte počet označených polí,
  - vyhotovte náčrt nehody (bod 13).
3. Nezabudnite uviesť prípadných svedkov nehody, ich mená a adresy, hlavne keď Váš názor sa líši od názoru ostatných účastníkov nehody.
4. Podpíšte „Záznam o dopravnej nehode“ a dajte ho podpísať aj druhému vodičovi. Jeden výtlačok dajte druhému účastníkovi a nechajte si druhý za účelom odovzdania Vášmu poisťiteľovi.

Po vyplnení formulára

- pri oznámení nehody poisťovni nezabudnite uviesť, kde a kedy by mohlo byť vozidlo obhliadnuté odborníkom,
- v žiadnom prípade nemeňte údaje na prednej strane formulára,
- formulár odovzdajte bezodkladne príslušnej poisťovni.

Formulár „Záznam o dopravnej nehode“ majte vždy na dosah ruky. Uložte ho, prosím, vo vozidle.

**Po doplnení údajov slúži k nahláseniu škodovej udalosti v zmysle §10 ods. 1. zákona č. 381/2001 Z.z.**

### Údaje o vozidle, ktorým bola škoda spôsobená

ĚČV:	Továrenská značka, typ:	VIN (výrobné číslo, event. č. karosérie/rámu)
ĚČV:	Továrenská značka, typ:	VIN (výrobné číslo, event. č. karosérie/rámu)
Rozsah poškodenia:		

### Údaje o poškodenom vozidle

ĚČV:	Továrenská značka, typ:	VIN (výrobné číslo, event. č. karosérie/rámu)
ĚČV:	Továrenská značka, typ:	VIN (výrobné číslo, event. č. karosérie/rámu)
Rozsah poškodenia:		

### ŠKODA NA ZDRAVÍ

Došlo ku škode na zdraví? <sup>2)</sup>	ÁNO	NIE	
Meno a priezvisko poškodenej osoby:			
Popíšte rozsah škody na zdraví:			
Bola poškodená osoba pripútaná bezp. pásom	ÁNO	NIE	
Meno a priezvisko poškodenej osoby:			
Popíšte rozsah škody na zdraví:			
Bola poškodená osoba pripútaná bezp. pásom	ÁNO	NIE	
Meno a priezvisko poškodenej osoby:			
Popíšte rozsah škody na zdraví:			
Bola poškodená osoba pripútaná bezp. pásom	ÁNO	NIE	

### NÁROKY POŠKODENÉHO

Žiada poškodený náhradu? <sup>2)</sup>	ÁNO	NIE	Žiadal náhradu od Vás? <sup>2)</sup>	ÁNO	NIE	V akej výške?
Považujete nárok za oprávnený? <sup>2)</sup>	ÁNO	NIE	Vo výške:	Spoluvina poškodeného: <sup>2)</sup> ÁNO NIE		
Bola už z vašej strany poskytnutá náhrada škody? <sup>2)</sup>	ÁNO	NIE	Komu a v akej výške?			

Dolupodpísaný prehlasuje, že na všetky otázky odpovedal pravdivo a úplne. Berie na vedomie svoju povinnosť v priebehu šetrenia škodovej udalosti postupovať v súlade s pokynmi poisťovne KOOPERATIVA, a.s. Vienna Insurance Group a podľa všeobecných poistných podmienok a zmluvných dojednaní poisťovne KOOPERATIVA, a.s. Vienna Insurance Group.

### Vyplní poisťovňa

Dátum oznámenia škodovej udalosti:	Odovzdané prílohy:	..... os. číslo a podpis preberajúceho
------------------------------------	--------------------	---

<sup>2)</sup> Platný variant zakrúžkujte.

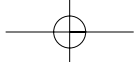
<sup>3)</sup> Ďalších event. svedkov uveďte v prílohe.

<sup>4)</sup> Ďalších event. poškodených uveďte v prílohe.

Dolupodpísaný ..... , r. č. .... dávam v zmysle zákona č. 428/2002 Z.z. o ochrane osobných údajov súhlas poisťovni KOOPERATIVA, a.s. Vienna Insurance Group, aby moje osobné údaje poskytnuté v súvislosti s likvidáciou uvedenej škodovej udalosti spracovávala vo svojich informačných systémoch po dobu nevyhnutnú pre zabezpečenie práv a povinností vyplývajúcich z likvidácie predmetnej škodovej udalosti. Zároveň dávam súhlas na sprístupnenie mojich osobných údajov tretím osobám, pokiaľ to bude potrebné na zabezpečenie likvidácie predmetnej škodovej udalosti.

V ..... dňa .....

.....  
podpis (pečiatka)



# Unfallbericht

Von beiden Fahrzeuglenkern auszufüllen

1. Unfalltag	Uhrzeit	2. Ort (Straße, Haus-Nr., bzw. Kilometerstein, Stadt, Land)	3. Verletzte <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
4. Andere Sachschäden als an den Fahrzeugen A und B <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		5. Zeugen (Name, Anschrift, Telefon – Insassen unterschreiben)	Polizeilich aufgenommen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

**Fahrzeug A**

6. Fahrzeughalter (Name und Anschrift)  
Herr/Frau/Fräulein/Firma  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Telefon (von 9 - 16 Uhr) \_\_\_\_\_  
Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug?  ja  nein

**Fahrzeug B**

6. Fahrzeughalter (Name und Anschrift)  
Herr/Frau/Fräulein/Firma  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Telefon (von 9 - 16 Uhr) \_\_\_\_\_  
Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug?  ja  nein

7. Fahrzeug  
Marke, Typ \_\_\_\_\_  
Amtl. Kennzeichen \_\_\_\_\_

12. Bitte Zutreffendes ankreuzen

<input type="checkbox"/>	1	Fahrzeug war abgestellt	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2	setzte sich in Fahrt	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3	hielt an	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4	fuhr aus Grundstück, Feldweg aus	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5	bog in Grundstück oder Feldweg ein	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	6	bog in einen Kreisverkehr ein	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	7	fuhr im Kreisverkehr	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	8	fuhr auf	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	9	fuhr in gleicher Richtung aber in einer anderen Spur	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10	wechselte die Spur	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	11	überholte	<input type="checkbox"/>	11	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	12	bog rechts ab	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	13	bog links ab	<input type="checkbox"/>	13	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	14	fuhr rückwärts	<input type="checkbox"/>	14	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	15	fuhr in die Gegenfahrbahn	<input type="checkbox"/>	15	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	16	kam von rechts	<input type="checkbox"/>	16	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	17	beachtete Vorfahrtszeichen nicht	<input type="checkbox"/>	17	<input type="checkbox"/>

7. Fahrzeug  
Marke, Typ \_\_\_\_\_  
Amtl. Kennzeichen \_\_\_\_\_

8. Haftpflichtversicherer  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Vers. Nr. \_\_\_\_\_  
Nr. der Grünen Karte \_\_\_\_\_

8. Haftpflichtversicherer  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Vers. Nr. \_\_\_\_\_  
Nr. der Grünen Karte \_\_\_\_\_

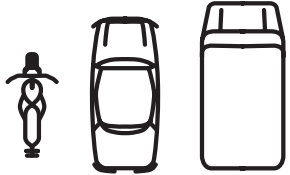
(Für Ausländer) gültig bis \_\_\_\_\_  
„Atestation“ oder Grüne Karte  
Besteht eine Vollkasko-Versicherung?  
 ja  nein   
In welcher Versicherung? \_\_\_\_\_

(Für Ausländer) gültig bis \_\_\_\_\_  
„Atestation“ oder Grüne Karte  
Besteht eine Vollkasko-Versicherung?  
 ja  nein   
In welcher Versicherung? \_\_\_\_\_

9. Fahrzeuglenker  
Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Führerschein-Nr. \_\_\_\_\_  
Gruppe \_\_\_\_\_ angestellt durch \_\_\_\_\_  
gültig ab \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
(Für Omnibusse, Taxi usw.)

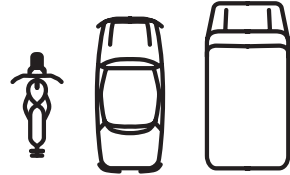
9. Fahrzeuglenker  
Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Führerschein-Nr. \_\_\_\_\_  
Gruppe \_\_\_\_\_ angestellt durch \_\_\_\_\_  
gültig ab \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
(Für Omnibusse, Taxi usw.)

10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes



Anzahl der angekreuzten Felder

10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes



11. Sichtbare Schäden  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. Sichtbare Schäden  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. Bemerkungen  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. Bemerkungen  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

15. Der Unfall wurde verursacht vom:  
Lenker des Fahrzeugs A  ja  nein   
Lenker des Fahrzeugs B  ja  nein   
Mitverschulden  ja  nein

**A**

16. Unterschrift der Fahrzeuglenker

**B**

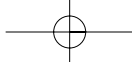
15. Der Unfall wurde verursacht vom:  
Lenker des Fahrzeugs A  ja  nein   
Lenker des Fahrzeugs B  ja  nein   
Mitverschulden  ja  nein

**B**

Anderer (Name und Anschrift) \_\_\_\_\_

Nach Unterschrift und Trennung der Blätter nichts mehr ändern!

Anderer (Name und Anschrift) \_\_\_\_\_



## Wie benutzt man das Formular „Aufzeichnung über einen Verkehrsunfall“

Das Formular „Aufzeichnung über einen Verkehrsunfall“ entspricht vollständig dem Modell, welches vom Ausschuss Comité Européen des Assurances (CEA) gebildet wurde. Es wurde geschaffen zur Geltendmachung bei allen Verkehrsunfällen, dient zur Aufnahme des Tatbestandes und für seine Ausfüllung ist die Vereinbarung über die Schuldfrage nicht notwendig. Es können auch entgegengesetzte Aussagen aufgeführt werden, wenn es notwendig ist auch auf einem eigenständigen Schreiben. Wenn der andere Teilnehmer des Unfalls das gleiche Formular, genehmigt vom Comité Européen des Assurances, aber in einer anderen Sprache hat, sind diese Formulare gleichwertig. Sie können darum seinen Inhalt Punkt für Punkt auf Grundlage des eigenen Formulars übersetzen. Aus diesem Grund sind die einzelnen Punkte nummeriert.

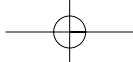
### Am Unfallort:

1. Benutzen Sie nur einen Satz von Formularen für 2 beteiligte Fahrzeuge (zwei Sätze für 3 beteiligte Fahrzeuge usw.) Es ist nicht bedeutend wer das Formular zur Verfügung stellt und wer es ausfüllt. Benutzen Sie einen Kugelschreiber und schreiben Sie so, dass auch die Kopie lesbar ist.
2. Beim Ausfüllen der „Aufzeichnung über einen Verkehrsunfall“ geben Sie auf folgendes Acht:
  - die Fragen im Punkt 8 beziehen sich auf Ihre Unterlagen über die Versicherung (Nummer der Unterlage über die Haftpflichtversicherung, Grüne Karte),
  - die Fragen im Punkt 9 beziehen sich auf Ihre Fahrerlaubnis,
  - kennzeichnen Sie die genaue Stelle des Aufeinandertreffens (Punkt 10),
  - kreuzen Sie die Variante an (1 – 17), welche Ihren Unfall betrifft (Punkt 12) und am Ende führen Sie die Anzahl der gekennzeichneten Felder an,
  - fertigen Sie eine Skizze des Unfalls an (Punkt 13).
3. Vergessen Sie nicht die Aufführung ggf. Zeugen, ihre Namen und Adressen, hauptsächlich, wenn sich Ihre Meinung von der Meinung der anderen Unfallteilnehmer unterscheidet.
4. Unterschreiben Sie die „Aufzeichnung über einen Verkehrsunfall“ und geben Sie ihn auch zur Unterzeichnung dem anderen Fahrzeugfahrer. Eine Kopie geben Sie dem anderen Teilnehmer und die andere behalten Sie für sich zum Zweck der Übergabe an Ihre Versicherungsanstalt.

### Nach Ausfüllen des Formulars

- bei der Bekanntgabe des Unfalls bei der Versicherung vergessen Sie nicht aufzuführen, wo und wann das Fahrzeug von einem Gutachter besichtigt werden kann,
- in keinem Fall ändern Sie die Angaben auf der Vorderseite des Formulars,
- das Formular übergeben Sie sofort der zugehörigen Versicherungsanstalt.

**Das Formular „Aufzeichnung über einen Verkehrsunfall“ halten Sie stets in Reichweite. Legen Sie es bitte im Fahrzeug ab.**



KOOPERATIVA poisťovnía, a.s.  
 Vienna Insurance Group  
 Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava 1  
 Slovenská republika  
 IČO: 00 585 441, IČ DPH: SK2020527300  
 Reg.: Obch. reg. Okr. sídlo BA I, odd.: Sa, vl. č. 79/8

# Agreed statement of facts on motor vehicle accident

Must be signed by both drivers

1. Date of accident	Time	2. Place (street, N° of house, road kilometer, city, country)	3. Injuries yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
4. Other than car damages A and B yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	5. Witnesses (underline the follow-travelers)		Investigated by police yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

Vehicle A

6. Owner (Name and address)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 telephone (9 a.m.- 4 p.m.) \_\_\_\_\_

Payer of V.A.T. yes  no

A	B
---	---

Vehicle B

6. Owner (Name and address)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 telephone (9 a.m.- 4 p.m.) \_\_\_\_\_

Payer of V.A.T. yes  no

7. Vehicle  
 Type – Mark \_\_\_\_\_  
 Registration No. \_\_\_\_\_

8. Third-party liability insurer  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
 Policy No. \_\_\_\_\_  
 Green Card No. \_\_\_\_\_

(For foreigners only) Green Card valid until \_\_\_\_\_

Is the damage to the vehicle insured?  
 yes  no

In which Insurance Comp.? \_\_\_\_\_

12. Put a cross in each of the relevant spaces to help explain the plan

1	The car was parked	1
2	starting to ride	2
3	stopping	3
4	entering the road	4
5	leaving the road	5
6	entering a roundabout	6
7	circulating in a roundabout	7
8	striking the rear of the other vehicle while going in the same direction and in the same lane	8
9	going in the same direction but in a different lane	9
10	changing lanes	10
11	overtaking	11
12	turning to the right	12
13	turning to the left	13
14	reversing	14
15	encroaching in the opposite traffic lane	15
16	coming from the right	16
17	not observing a right of way sign	17

Total number of spaces marked with a cross

7. Vehicle  
 Type – Mark \_\_\_\_\_  
 Registration No. \_\_\_\_\_

8. Third-party liability insurer  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
 Policy No. \_\_\_\_\_  
 Green Card No. \_\_\_\_\_

(For foreigners only) Green Card valid until \_\_\_\_\_

Is the damage to the vehicle insured?  
 yes  no

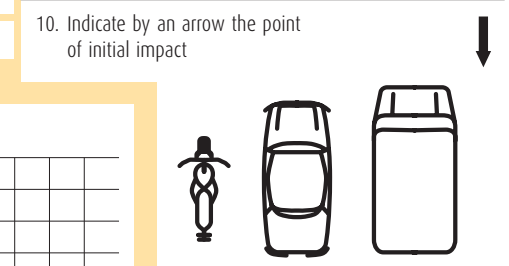
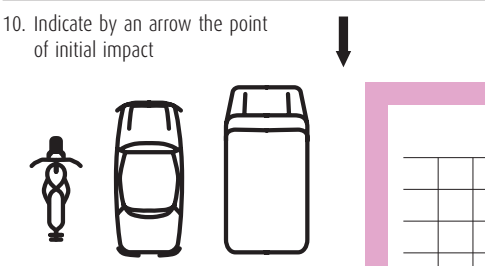
In which Insurance Comp.? \_\_\_\_\_

9. Driver  
 Name \_\_\_\_\_  
 Surname \_\_\_\_\_  
 Address \_\_\_\_\_  
 Driving license No. \_\_\_\_\_  
 Groups \_\_\_\_\_ Issued by \_\_\_\_\_

Valid from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_  
 (for bus, taxi etc.)

9. Driver  
 Name \_\_\_\_\_  
 Surname \_\_\_\_\_  
 Address \_\_\_\_\_  
 Driving license No. \_\_\_\_\_  
 Groups \_\_\_\_\_ Issued by \_\_\_\_\_

Valid from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_  
 (for bus, taxi etc.)



11. Visible damage  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

14. Remarks  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

11. Visible damage  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

14. Remarks  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

15. Accident caused by:  
 Vehicle driver A yes  no   
 Vehicle driver B yes  no   
 Common fault yes  no   
 Other (name, address) \_\_\_\_\_

15. Accident caused by:  
 Vehicle driver A yes  no   
 Vehicle driver B yes  no   
 Common fault yes  no   
 Other (name, address) \_\_\_\_\_

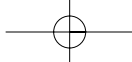
13. Plan of the accident									

16. Signatures of the participants

**A** \_\_\_\_\_

**B** \_\_\_\_\_

Do not make any changes after signing the paper.



## How to use the „Motor vehicle accident report“ form

The „Motor vehicle accident report“ form is in full compliance with the model made by Comité Européen des Assurances (CEA). It is designed to be applied in case of any motor vehicle accidents, it serves to report the state of facts and no agreement on guilt is necessary for its fulfilment. It can also include contrary statements, on a separate sheet of paper if needed. If the other participant of the accident has the same form agreed by Comité Européen des Assurances, but in a different language, these forms are equal. Therefore you may translate its contents point by point on the basis of your own form. This is the reason why the individual points are numbered.

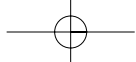
### On the place of the accident

1. Use only one set of forms for 2 participated vehicles (two sets for 3 participated vehicles, etc.). It is not important who delivers and fills in the form. Use a ball pen and write so that the copies are readable.
2. When filling in the „Motor vehicle accident report“ be aware of the following:
  - questions in point 8 refer to your insurance documents (number of the liability insurance document, green card),
  - questions in point 9 refer to your driving licence,
  - mark precisely the crash point (point 10),
  - mark with a cross the variant (1 - 17) related to your motor vehicle accident (point 12) and define the number of marked spaces in the end,
  - make a drawing of the accident (point 13).
3. Do not forget to mention all possible witnesses of the accident, their names and addresses, especially if your opinion is different from the opinions of other participants of the accident.
4. Sign the „Motor vehicle accident report“ and have it signed by the other driver, too. Give one copy to the other participant of the accident and keep your copy in order to give it to your insurer.

After you have filled in the form

- when communicating the accident to the insurance company, do not forget to state when and where the vehicle could be checked by an expert,
- under no circumstances modify the data in the foreside of the form,
- deliver the form immediately to the insurance company.

**The „Motor vehicle accident report“ form should be kept on hand. Keep it in the vehicle, please.**



# Constant amiable d'accident automobile

A remplir par les deux conducteurs

1. Date de l'accident	Heure	2. Lieu (rue, numéro, év. borne kilométrique, commune, pays)	3. Blessé(s) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
4. Dégâts matériels autres qu'aux véhicules A et B oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		5. Témoins (soulignez les passagers)	Instruit par la police oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

**Vehicule A**

6. Nom, prénom et adresse de l'assuré

Téléphone (de 9H à 16H)

Est-il payeur de la TVA? oui  non

**Vehicule B**

6. Nom, prénom et adresse de l'assuré

Téléphone (de 9H à 16H)

Est-il payeur de la TVA? oui  non

7. Véhicule  
Marque, type  
No. d'immatr.

8. Sté d'assurance R.C.

Adresse:

No. de contrat

No. de la carte verte

(pour les étrangers) Valable de la carte verte valable du jusqu'au

Les dégâts matériels au véhicule sont-ils assurés?  
oui  non

Sté d'assurance

12. Mettre une croix dans chacune des cases utiles

1	en stationnement	1
2	quittait un stationnement	2
3	prenait un stationnement	3
4	sortait d'un parking, d'un lieu privé, d'un chemin de terre	4
5	s'engageait dans un parking, un lieu privé, un chemin de terre	5
6	s'engageait sur une place à sens giratoire	6
7	roulait sur une place à sens giratoire	7
8	heurtait à l'arrière l'autre véhicule qui roulait dans le même sens et sur la même file	8
9	roulait dans le même sens et sur une file différente	9
10	changeait de file	10
11	doublait	11
12	virait à droite	12
13	virait à gauche	13
14	reculait	14
15	empiétait sur la partie de chaussée réservée à la circulation en sens inverse	15
16	venait de droite	16
17	n'avait pas observé le signal de priorité	17

7. Véhicule  
Marque, type  
No. d'immatr.

8. Sté d'assurance R.C.

Adresse:

No. de contrat

No. de la carte verte

(pour les étrangers) Valable de la carte verte valable du jusqu'au

Les dégâts matériels au véhicule sont-ils assurés?  
oui  non

Sté d'assurance

9. Conducteur

Nom

Prénom

Adresse

Permis de conduire No.

Catégorie délivré par

Valable du jusqu'au (pour les bus et les taxis)

9. Conducteur

Nom

Prénom

Adresse

Permis de conduire No.

Catégorie délivré par

Valable du jusqu'au (pour les bus et les taxis)

10. Indiquez par une fleche le point de choqe initial

← Indiquer le nombre de casses marquées d'une croix →

13. Croquis de l'accident

11. Dégâts apparents

14. Observations

15. Responsable de l'accident:

Conducteur du véhicule A oui  non

Conducteur du véhicule B oui  non

Complicité oui  non

Autre (nom, adresse)

16. Signatures des personnes intéressées

**A** \_\_\_\_\_

**B** \_\_\_\_\_

Ne rien modifier au constat après les signatures.

15. Responsable de l'accident:

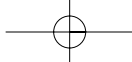
Conducteur du véhicule A oui  non

Conducteur du véhicule B oui  non

Complicité oui  non

Autre (nom, adresse)





## Comment se servir du formulaire „Constat amiable d'accident automobile“

Le formulaire „Constat amiable d'accident automobile“ est conforme au modèle créé par le Comité Européen des Assurances (CEA). Il est créé pour être appliqué lors de tous les accidents de circulation, il sert pour constater l'état de fait et aucun agrément sur la faute n'est nécessaire pour son remplissage. Des déclarations contradictoires peuvent être mentionnées, à la feuille séparée en cas de nécessité. Si l'autre participant de l'accident a le même formulaire agréé par le Comité Européen des Assurances, mais dans une autre langue, ces formulaires sont les mêmes. C'est pourquoi vous pouvez traduire son contenu point par point sur la base de votre formulaire. C'est pourquoi les points sont numérotés.

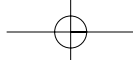
### Sur l'endroit de l'accident

1. Utilisez seulement un lot des formulaires pour 2 véhicules participés (deux lots pour 3 véhicules participés, etc.). Il n'est pas important qui fournit et remplit le formulaire. Utilisez un stylo bille et écrivez de façon à pouvoir lire des copies du formulaire.
2. En remplissant le formulaire „Constat amiable d'accident automobile“ prenez en considérations les points suivants:
  - questions au point 8 relatives à vos documents d'assurance (numéro du document d'assurance responsabilité civile automobile obligatoire, de la carte verte),
  - questions au point 8 relatives à votre permis de conduire,
  - marquez exactement le point de collision (point 10),
  - marquez par une croix le variant (1 - 17) concernant votre accident de circulation (point 12) et mentionnez le nombre des cases marquées d'une croix,
  - faites un croquis de l'accident (point 13).
3. N'oubliez pas de mentionner des possibles témoins de l'accident, leurs noms et adresses, surtout si votre opinion est différent des opinions des autres participants de l'accident.
4. Signez le formulaire de „Constat amiable d'accident automobile“ et faites-le signer par l'autre conducteur aussi. Donnez une copie à l'autre participant de l'accident et sauvegardez votre copie pour la donner à votre assureur.

### Après avoir rempli le formulaire

- lors de la communication de l'accident à la société d'assurance, n'oubliez pas de mentionner l'endroit et la date de la visite du véhicule par un expert,
- ne modifiez un aucun cas les données au recto du formulaire,
- remettez le formulaire immédiatement à votre société d'assurance.

**Ayez le formulaire de „Constat amiable d'accident automobile“ toujours à la portée de la main. Sauvegardez le formulaire dans le véhicule.**



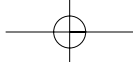
## INFORMÁCIE PRE POŠKODENÝCH CUDZINCOV V ZAHRANIČÍ:

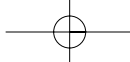
For damage compensation please turn directly to the organization listed for your country.

Mit Ihrem Schadenersatzanspruch wenden Sie sich bitte direct an die Organisation in Ihrem Land.

Pour obtenir le dédommagement de votre sinistre, adressez-vous directement à l'organisme de votre pays.

<p><b>A</b> <b>WIENER STÄDTISCHE</b> VERSICHERUNG AG M23/Auslandsabteilung Obere Donaustraße 49-51 1020 WIEN tel: +43 5035021557 fax: +43 50 350 9923182</p>	<p><b>F</b> <b>MACIF</b> Siege Social Division Gestion Sinistres Internationaux 79037 NIORT cedex 9 tel: + 33 5 4909 4567 fax: + 33 5 4909 4568</p>	<p><b>NL</b> <b>ACHMEA GLOBAL NET</b> Afdeling Schade Buitenland Prins Willem-Alexanderlaan 651 Postbus 700 7300 HC APELDOORN tel: + 31 55 - 579 9111 fax: + 31 55 - 579 2994</p>
<p><b>B</b> <b>P and V Assurance Société</b> Rue Royale 151 B-1210 Bruxelles</p>	<p><b>GB</b> <b>ICA</b> - Intercontinental Adjusters (Europe) Ltd. 1 Cecil Court, London Road ENFIELD, Middlesex EN2 6BU tel: +44 20 - 8342 1040 fax: +44 20 - 8342 0270</p>	<p><b>P</b> <b>InterEurope Portugal</b> Rua Candidodos Reis 198 P-2780-212 Oeiras - LISBOA tel: +351 21 - 442 15 34 fax: +351 21 - 442 16 37</p>
<p><b>L</b> <b>P and V Assurance Société</b> 7 Avenue Victor Hugo 1017 L-2453 Luxembourg</p>	<p><b>GR</b> <b>INTERJURA HELLAS</b> Mesogion Str. 38 11527 ATHENS tel: +30 210 - 7474 322 fax: +30 210 - 7473 066</p>	<p><b>PL</b> <b>TU Compensa SA</b> <b>Vienna Insurance Group</b> Department Likwidacji Szkod Al. Jerozolimskie 162 02 - 342 WARSAW tel: +48 22 - 5016179 fax: +48 22 - 5016197</p>
<p><b>CH</b> <b>DIE MOBILIAR</b> Schadendienst Ausland Bundesgasse 35 3001 BERN tel: +41 31 389 73 - linka fax: +41 31 389 68 55</p>	<p><b>H</b> <b>UNION BIZTOSÍTÓ Rt.</b> <b>Vienna Insurance Group</b> Barros u. 1 1082 BUDAPEST tel: + 36 1 - 4864 339 fax: + 36 1 - 4864 396</p>	<p><b>RO</b> <b>OMNIASIG</b> <b>Vienna Insurance Group</b> Calea Grivitei 355-357, sector 1 010797 BUCURESTI tel: +40 741 - 872493 fax: +40 21 - 2240062</p>
<p><b>D</b> <b>HUK-COBURG</b> Auslandsabteilung Willi-Hussong-Str. 2 96442 COBURG tel: +49 9561 - 96 6 6610 fax: (+49) 9561 - 96 3661</p>	<p><b>HR</b> <b>KVARNER WIENER STAEDTISCHE</b> <b>Vienna Insurance Group</b> Foreign Motor Claims Department Osječka 46 51 000 RIJEKA/CROATIA tel: (+385) 51 22 78 96 fax: (+385) 51 22 67 82</p>	<p><b>S</b> <b>FOLKSAM INSURANCE GROUP</b> Foreign Claims Department Bohusgatan 14 106 60 STOCKHOLM tel: +46 8 - 772 60 00 fax: +46 8 - 714 91 97</p>
<p><b>DK</b> <b>TOPDANMARK</b> Motor Claims Dpt. Boruprang 4 2750 BALLERUP</p>	<p><b>I</b> <b>UGF DIVISIONE UNIPOL ASSICURAZIONI</b> Liquidazione esteri Via Stalingrado 45 40128 BOLOGNA tel: (+39) 051 - 609 7573 fax: (+39) 051 - 609 6624</p>	<p><b>SL</b> <b>TRIGLAV INSURANCE COMPANY</b> Foreign Claims Department Miklošičeva 19 1001 LJUBLJANA Slovenia tel: +386 1 - 47 47 562 fax: +386 1 - 23 18 385</p>
<p><b>E</b> <b>InterEurope Spain</b> World Trade Centre - Moll de Barcelona Edificio sur - 4a planta 08039 BARCELONA tel: +34 93 - 50 88 458 fax: +34 93 - 50 88 459</p>	<p><b>IR</b> <b>ICA</b> - Intercontinental Adjusters Ltd. 4<sup>th</sup> Floor Hainault House 69/71 St Stephen's Green DUBLIN 2 <i>(phone and fax contacts via ICA GB)</i></p>	<p><b>CZ</b> <b>KOOPERATIVA pojišťovna, a.s.</b> <b>Vienna Insurance Group</b> Foreign Claims Department Sármova 8 101 00 Prague 10 tel: +420 272 112 304 fax: +420 272 112 305</p>





## Ako používať formulár „Záznam o dopravnej nehode“

Formulár „Záznam o dopravnej nehode“ plne zodpovedá modelu vytvorenému Comité Européen des Assurances (CEA). Je vytvorený na uplatnenie pri všetkých dopravných nehodách, slúži na záznam skutkového stavu a na jeho vyplnenie nie je potrebná dohoda o otázke zavinenia. Môžu byť uvedené aj protichodné výpovede, v nutnom prípade aj na zvláštnom liste. Keď má druhý účastník nehody taký istý formulár schválený Comité Européen des Assurances, ale v inom jazyku, sú tieto formuláre rovnaké. Môžete si preto jeho obsah bod po bode na základe vlastného formulára preložiť. Z tohto dôvodu sú jednotlivé body očíslované.

### Na mieste nehody

1. Použite len jednu sadu formulárov pre 2 zúčastnené vozidlá (dve sady pre 3 zúčastnené vozidlá atď.). Nie je dôležité, kto formulár dodá a vyplní. Použite guľôčkové pero a píšeť tak, aby boli čitateľné aj kópie.
2. Pri vyplňaní „Záznamu o dopravnej nehode“ dávajte pozor na nasledujúce:
  - otázky v bode 8 sa vzťahujú na Vaše doklady o poistení (číslo dokladu o poistení zodpovednosti, zelenej karty),
  - otázky v bode 9 sa vzťahujú k Vášmu vodičskému preukazu,
  - označte presne miesto stretu (bod 10),
  - označte krížikom ten variant (1 - 17), ktorý sa týka Vašej nehody (bod 12), a na konci uveďte počet označených polí,
  - vyhotovte náčrt nehody (bod 13).
3. Nezabudnite uviesť prípadných svedkov nehody, ich mená a adresy, hlavne keď Váš názor sa líši od názoru ostatných účastníkov nehody.
4. Podpíšte „Záznam o dopravnej nehode“ a dajte ho podpísať aj druhému vodičovi. Jeden výtlačok dajte druhému účastníkovi a nechajte si druhý za účelom odovzdania Vášmu poisťiteľovi.

Po vyplnení formulára

- pri oznámení nehody poisťovni nezabudnite uviesť, kde a kedy by mohlo byť vozidlo obhliadnuté odborníkom,
- v žiadnom prípade nemeňte údaje na prednej strane formulára,
- formulár odovzdajte bezodkladne príslušnej poisťovni.

Formulár „Záznam o dopravnej nehode“ majte vždy na dosah ruky. Uložte ho, prosím, vo vozidle.

**Po doplnení údajov slúži k nahláseniu škodovej udalosti v zmysle §10 ods. 1. zákona č. 381/2001 Z.z.**

### Údaje o vozidle, ktorým bola škoda spôsobená

ĚČV:	Továrenská značka, typ:	VIN (výrobné číslo, event. č. karosérie/rámu)
ĚČV:	Továrenská značka, typ:	VIN (výrobné číslo, event. č. karosérie/rámu)
Rozsah poškodenia:		

### Údaje o poškodenom vozidle

ĚČV:	Továrenská značka, typ:	VIN (výrobné číslo, event. č. karosérie/rámu)
ĚČV:	Továrenská značka, typ:	VIN (výrobné číslo, event. č. karosérie/rámu)
Rozsah poškodenia:		

### ŠKODA NA ZDRAVÍ

Došlo ku škode na zdraví? <sup>2)</sup>	ÁNO	NIE	
Meno a priezvisko poškodenej osoby:			
Popíšte rozsah škody na zdraví:			
Bola poškodená osoba pripútaná bezp. pásom	ÁNO	NIE	
Meno a priezvisko poškodenej osoby:			
Popíšte rozsah škody na zdraví:			
Bola poškodená osoba pripútaná bezp. pásom	ÁNO	NIE	
Meno a priezvisko poškodenej osoby:			
Popíšte rozsah škody na zdraví:			
Bola poškodená osoba pripútaná bezp. pásom	ÁNO	NIE	

### NÁROKY POŠKODENÉHO

Žiada poškodený náhradu? <sup>2)</sup>	ÁNO	NIE	Žiadal náhradu od Vás? <sup>2)</sup>	ÁNO	NIE	V akej výške?
Považujete nárok za oprávnený? <sup>2)</sup>	ÁNO	NIE	Vo výške:	Spoluvina poškodeného: <sup>2)</sup> ÁNO NIE		
Bola už z vašej strany poskytnutá náhrada škody? <sup>2)</sup>	ÁNO	NIE	Komu a v akej výške?			

Dolupodpísaný prehlasuje, že na všetky otázky odpovedal pravdivo a úplne. Berie na vedomie svoju povinnosť v priebehu šetrenia škodovej udalosti postupovať v súlade s pokynmi poisťovne KOOPERATIVA, a.s. Vienna Insurance Group a podľa všeobecných poistných podmienok a zmluvných dojednaní poisťovne KOOPERATIVA, a.s. Vienna Insurance Group.

### Vyplní poisťovňa

Dátum oznámenia škodovej udalosti:	Odovzdané prílohy:	..... os. číslo a podpis preberajúceho
------------------------------------	--------------------	---

<sup>2)</sup> Platný variant zakrúžkujte.

<sup>3)</sup> Ďalších event. svedkov uveďte v prílohe.

<sup>4)</sup> Ďalších event. poškodených uveďte v prílohe.

Dolupodpísaný ..... , r. č. .... dávam v zmysle zákona č. 428/2002 Z.z. o ochrane osobných údajov súhlas poisťovni KOOPERATIVA, a.s. Vienna Insurance Group, aby moje osobné údaje poskytnuté v súvislosti s likvidáciou uvedenej škodovej udalosti spracovávala vo svojich informačných systémoch po dobu nevyhnutnú pre zabezpečenie práv a povinností vyplývajúcich z likvidácie predmetnej škodovej udalosti. Zároveň dávam súhlas na sprístupnenie mojich osobných údajov tretím osobám, pokiaľ to bude potrebné na zabezpečenie likvidácie predmetnej škodovej udalosti.

V ..... dňa .....

.....  
podpis (pečiatka)