

SPRÁVA O NEHODE

1. Dátum nehody: _____ Čas: _____
2. Mesto: _____ Miesto: _____
3. Zranenie vrät. ľahkého: _____
nie áno

4. Vecná škoda na iných: _____
vozidlách ako A a B predmetoch
nie áno nie áno

5. Svedkovia: mená, adresy, tel.: _____

VOZIDLO A

6. Poistník/poistený (podľa dokladov o poistení): _____
PRIEZVISKO: _____
Meno: _____
Adresa: _____
PSČ : _____ Štát: _____
Tel./e-mail: _____

7. Vozidlo

MOTOROVÉ VOZIDLO	PŘÍPOJNÉ VOZIDLO
Tov. značka, typ	
Evidenčné číslo	Evidenčné číslo
Štát registrácie	Štát registrácie

8. Poist'ovateľ (podľa dokladov o poistení)

NÁZOV:.....
Číslo poisť. zmluvy:
Číslo zelenej karty:
Doklad o poistení alebo zelená karta platná
od: _____ do: _____
Pobočka (obch. zást. alebo maklér):
NÁZOV:.....
Adresa:
..... Štát:
Tel./e-mail: _____
Je vozidlo poistené havarijne?
nie áno

9. Vodič (podľa vodičského preukazu):

PRIEZVISKO:
Meno:
Dátum narodenia:
Adresa:
..... Štát:
Tel./e-mail: _____
Číslo vodičského preukazu:.....
Skupina (A, B, ...):
Platnosť vodičského preukazu do:

12. OKOLNOSTI NEHODY

↓ K upresneniu nákrasu označte križikom zodpovedajúce kolónky ↓

A		B
<input type="checkbox"/> 1	*parkovalo/stálo	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2	*vychádzalo z parkoviska/ otvorené dvere	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	zaparkovávalo	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	vychádzalo z parkoviska, súkromného pozemku, poľnej cesty	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	vchádzalo na parkovisko, súkromný pozemok, poľnú cestu	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6	vchádzalo na kruhový objazd	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7	išlo na kruhovom objazde	<input type="checkbox"/> 7
<input type="checkbox"/> 8	narazilo zo zadu pri jazde rovnakým smerom v rovnakom pruhu	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 9	išlo súbežne v inom jazdnom pruhu	<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 10	menilo jazdný pruh	<input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> 11	predchádzalo	<input type="checkbox"/> 11
<input type="checkbox"/> 12	odbočovalo vpravo	<input type="checkbox"/> 12
<input type="checkbox"/> 13	odbočovalo vľavo	<input type="checkbox"/> 13
<input type="checkbox"/> 14	cúvalo	<input type="checkbox"/> 14
<input type="checkbox"/> 15	vošlo do protismery	<input type="checkbox"/> 15
<input type="checkbox"/> 16	prichádzalo sprava (na križovatke)	<input type="checkbox"/> 16
<input type="checkbox"/> 17	nerespektovalo prednosť v jazde, alebo červenú na semafore	<input type="checkbox"/> 17

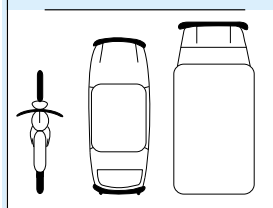
← označte počet označených kolóniek →

Nevyhnutné podpísať obidvoma vodičmi
Nie priznaním zodpovednosti, slúži k záznamu údajov a okolností
nehody za účelom rýchlejšieho vysporiadania náhrady škody.

13. Nákras nehody v čase stretu vozidiel 13.

Označte: 1. smer jazdných pruhov, 2. smer jazdy vozidiel A, B (šípkou),
3. ich postavenie v čase stretu, 4. dopravné značky, 5. názvy ulíc

10. Označte šípku body vzájomného stretu na vozidle A →



11. Viditeľné poškodenie na vozidle A:

.....
.....
.....

14. Vlastné poznámky:

.....
.....
.....

VOZIDLO B

6. Poistník/poistený (podľa dokladov o poistení): _____
PRIEZVISKO:
Meno:
Adresa:
PSČ : Štát:
Tel./e-mail: _____

7. Vozidlo

MOTOROVÉ VOZIDLO	PŘÍPOJNÉ VOZIDLO
Tov. značka, typ	
Evidenčné číslo	Evidenčné číslo
Štát registrácie	Štát registrácie

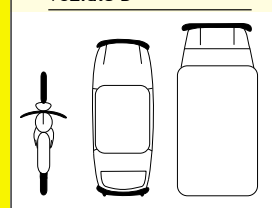
8. Poist'ovateľ (podľa dokladov o poistení)

NÁZOV:.....
Číslo poisť. zmluvy:
Číslo zelenej karty:
Doklad o poistení alebo zelená karta platná
od: _____ do: _____
Pobočka (obch. zast. alebo maklér):
NÁZOV:.....
Adresa:
..... Štát:
Tel./e-mail: _____
Je vozidlo poistené havarijne?
nie áno

9. Vodič (podľa vodičského preukazu):

PRIEZVISKO:
Meno:
Dátum narodenia:
Adresa:
..... Štát:
Tel./e-mail: _____
Číslo vodičského preukazu:.....
Skupina (A, B, ...):
Platnosť vodičského preukazu do:

10. Označte šípku body vzájomného stretu na vozidle B →



11. Viditeľné poškodenie na vozidle B:

.....
.....
.....

14. Vlastné poznámky:

.....
.....
.....

15. Podpisy vodičov 15.

A B

Car accident report Must be signed by both drivers.

1. Date of accident _____ Time _____	2. City: _____ Place: _____	3. Injuries _____ yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Country: _____		

4. Other damages

Other than car damages A and B yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Damages on other objects yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
--	--

5. Witnesses: names, addresses, phones: _____

VEHICLE A

6. INSURED

Surname: _____
 Name: _____
 Address: _____
 Zip code: _____ Country: _____
 Phone/e-mail: _____

7. VEHICLE

MOTOR VEHICLE	TRAILER
Make - Type	
Registration No.	Registration No.
Country of Registration	Country of Registration

8. INSURER (Motor Third Party Liability Insurance)

Name: _____
 Insurance Contract No.: _____
 Green Card No.: _____
 Green Card validity
 From: _____ Till: _____
 Branch (business agent): _____
 Name: _____
 Address: _____
 Country: _____
 Phone/e-mail: _____
 Car insured (Motor Hull Insurance)?
 no yes

9. DRIVER (due to driving licence)

Surname: _____
 Name: _____
 Date of birth: _____
 Address: _____
 Country: _____
 Phone/e-mail: _____
 Driving licence No. _____
 Class (A, B, ...): _____
 Driving licence is valid till: _____

12. ACCIDENT CIRCUMSTANCES

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

*delete one alternative

↓ A	<p><input type="checkbox"/> 1 *The car was parked/steady</p> <p><input type="checkbox"/> 2 *leaving a parking place/ open door</p> <p><input type="checkbox"/> 3 The car was parking</p> <p><input type="checkbox"/> 4 entering the road</p> <p><input type="checkbox"/> 5 leaving the road</p> <p><input type="checkbox"/> 6 entering a roundabout</p> <p><input type="checkbox"/> 7 leaving a roundabout</p> <p><input type="checkbox"/> 8 striking the rear of the other vehicle while going in the same direction and in the same lane</p> <p><input type="checkbox"/> 9 going in the same direction but in a different lane</p> <p><input type="checkbox"/> 10 changing lanes</p> <p><input type="checkbox"/> 11 overtaking</p> <p><input type="checkbox"/> 12 turning to the right</p> <p><input type="checkbox"/> 13 turning to the left</p> <p><input type="checkbox"/> 14 reversing</p> <p><input type="checkbox"/> 15 encroaching in the opposite traffic lane</p> <p><input type="checkbox"/> 16 coming from the right (on the crossroad)</p> <p><input type="checkbox"/> 17 The car did not respect a „give way“ sign or traffic lights</p>	↓ B
←	Total number of spaces marked with a cross	→

Must be signed by both drivers.
 This is not acknowledgement of a responsibility. This document is designed to record accident circumstances for purpose of damage recompensation.

13. Must be signed by both drivers. 13.
 Please mark: 1. direction of traffic lanes 2. driving direction of vehicles A, B (by arrow) 3. position at the moment of collision 4. traffic signs 5. street names

VEHICLE B

6. INSURED

Surname: _____
 Name: _____
 Address: _____
 Zip code: _____ Country: _____
 Phone/e-mail: _____

7. VEHICLE

MOTOR VEHICLE	TRAILER
Make - Type	
Registration No.	Registration No.
Country of Registration	Country of Registration

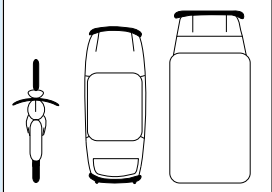
8. INSURER (Motor Third Party Liability Insurance)

Name: _____
 Insurance Contract No.: _____
 Green Card No.: _____
 Green Card validity
 From: _____ Till: _____
 Branch (business agent): _____
 Name: _____
 Address: _____
 Country: _____
 Phone/e-mail: _____
 Car insured (Motor Hull Insurance)?
 no yes

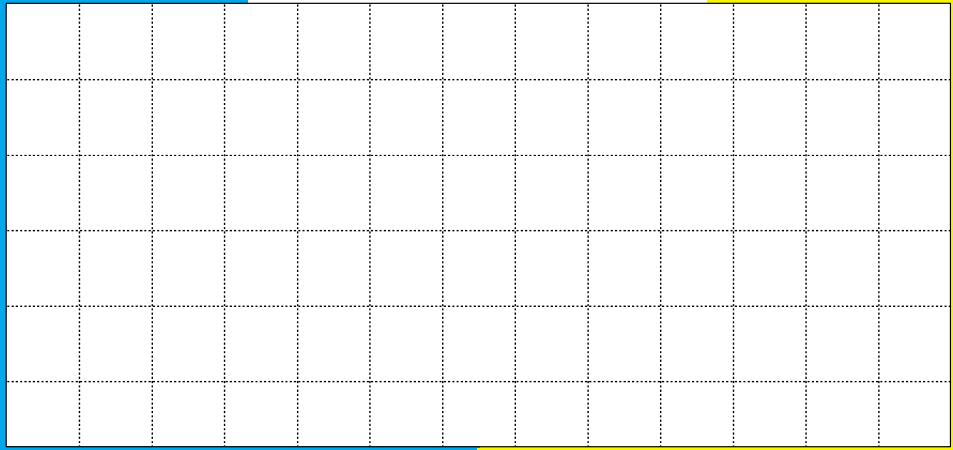
9. DRIVER (In accordance with driving licence)

Surname: _____
 Name: _____
 Date of birth: _____
 Address: _____
 Country: _____
 Phone/e-mail: _____
 Driving licence No. _____
 Class (A, B, ...): _____
 Driving licence is valid till: _____

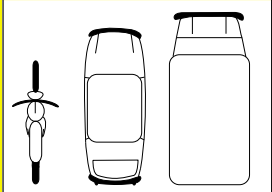
10. INDICATE BY AN ARROW THE POINT OF INITIAL IMPACT (CAR „A“) →



11. VISIBLE DAMAGE (CAR „A“):



10. INDICATE BY AN ARROW THE POINT OF INITIAL IMPACT (CAR „B“) →



11. VISIBLE DAMAGE (CAR „B“):

14. NOTES:

15. Signatures of the drivers 15.

A B

14. NOTES:

