

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"/> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
4. Iné poškodenie než na vozoch A a B <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	5. Svedkovia (spolujazdca podčiarknite)		Vyšetrované políciou <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>

<b>Vozidlo A</b>		<b>Vozidlo B</b>	
6. Držiteľ (meno, adresa)		6. Držiteľ (meno, adresa)	
Telefón (9 - 16 hodín)		Telefón (9 - 16 hodín)	
Platiteľ DPH		Platiteľ DPH	
<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	

7. Vozidlo	12. Vyznačte	7. Vozidlo
Typ-značka		Typ-značka
EČV		EČV

8. Poistiteľ zodpovednosti za škodu z prevádzky mot. voz.	1	Vozidlo stálo	1	8. Poistiteľ zodpovednosti za škodu z prevádzky mot. voz.
	2	Vozidlo sa pohýnalo	2	
	3	Vozidlo zastavovalo	3	

Adresa:	4	Vozidlo vychádzalo z miesta ležiaceho mimo cesty	4	Adresa:
Číslo poistky:	5	Vozidlo odbočovalo na miesto ležiace mimo cesty	5	Číslo poistky:
Zelená karta číslo:	6	Vozidlo vchádzalo na kruhový objazd	6	Zelená karta číslo:

(Pre cudzincov)	Platí do:	7	Vozidlo išlo po kruhovom objazde	7	(Pre cudzincov)	Platí do:
Platnosť zelenej karty		8	Vozidlo narazilo do zadnej časti vozidla idúceho tým istým smerom v tom istom pruhu	8	Platnosť zelenej karty	

Vozidlo poistené havarijne (KASKO)	9	Vozidlo išlo súbežne	9	Vozidlo poistené havarijne (KASKO)
<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	10	Vozidlo prechádzalo z pruhu do pruhu	10	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
V ktorej poisťovni?	11	Vozidlo prechádzalo	11	V ktorej poisťovni?

9. Vodič	12	Vozidlo odbočovalo vpravo	12	9. Vodič
Meno:	13	Vozidlo odbočovalo vľavo	13	Meno:
Priezvisko:	14	Vozidlo cúvalo	14	Priezvisko:

Adresa:	15	Vozidlo prešlo do protismeru	15	Adresa:
Vodič. pr. č.	16	Vozidlo prišlo sprava	16	Vodič. pr. č.
Skup. Vystavil	17	Vozidlo nedalo prednosť v jazde	17	Skup. Vystavil

Platný od do	(Pre bus, taxi)	10. Hlavný smer nárazu označte šípkou	10. Hlavný smer nárazu označte šípkou
		← Počet vyznačených polí →	

11. Viditeľné poškodenie	13. Plánik nehody	11. Viditeľné poškodenie
--------------------------	-------------------	--------------------------

11. Viditeľné poškodenie	13. Plánik nehody	11. Viditeľné poškodenie
14. Poznámky		14. Poznámky

15. Nehodu zaviniť	16. Podpis zúčastnených	15. Nehodu zaviniť
Vodič vozidla A	A	Vodič vozidla A
<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Vodič vozidla B	B	Vodič vozidla B
<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Spoluvina		Spoluvina
<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Iný (meno, adresa)		Iný (meno, adresa)

Vyplnia vodiči oboch vozidiel

1. Dátum nehody	Hodina	2. Miesto (ulica, č. domu, kilometer cesty, mesto, štát)	3. Zranení áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
4. Iné poškodenie než na vozoch A a B áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	5. Svedkovia (spolujazdca podčiarknite)		Vyšetrované políciou áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>

**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 \_\_\_\_\_  
EČV \_\_\_\_\_

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

Adresa: \_\_\_\_\_  
Číslo poistky: \_\_\_\_\_  
Zelená karta číslo: \_\_\_\_\_

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

Vozidlo poistené havarijne (KASKO)  
áno     nie

V ktorej poisťovni? \_\_\_\_\_

12. Vyznačte

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

(Prípadne iný priebeh nehody uveďte v poznámke)

← Počet vyznačených polí →

7. Vozidlo  
Typ-značka \_\_\_\_\_  
EČV \_\_\_\_\_

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

Adresa: \_\_\_\_\_  
Číslo poistky: \_\_\_\_\_  
Zelená karta číslo: \_\_\_\_\_

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

Vozidlo poistené havarijne (KASKO)  
áno     nie

V ktorej poisťovni? \_\_\_\_\_

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

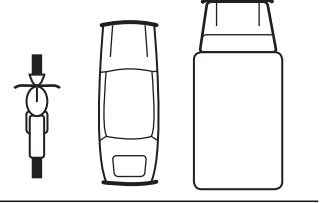
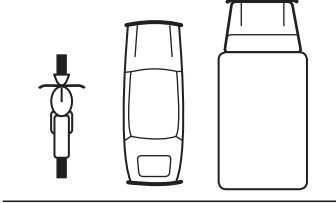
Platný od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_  
(Pre bus, taxi)

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

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

10. Hlavný smer nárazu označte šípkou

10. Hlavný smer nárazu označte šípkou



13. Plánik nehody


11. Viditeľné poškodenie

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. Viditeľné poškodenie

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14. Poznámky

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14. Poznámky

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15. Nehodu zaviniť

Vodič vozidla A   áno     nie

Vodič vozidla B   áno     nie

Spoluvina       áno     nie

Iný (meno, adresa) \_\_\_\_\_

16. Podpis zúčastnených

A    B

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15. Nehodu zaviniť

Vodič vozidla A   áno     nie

Vodič vozidla B   áno     nie

Spoluvina       áno     nie

Iný (meno, adresa) \_\_\_\_\_

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 <input type="checkbox"/>
4. Iné poškodenie než na vozoch A a B <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>		5. Svedkovia (spolujazdca podčiarknite)	Vyšetrované políciou <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>

Vozidlo A		Vozidlo B																																																			
<p>6. Držiteľ (meno, adresa)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Telefón (9 - 16 hodín)</p> <p>Platiteľ DPH _____</p> <p><input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/></p>	↓ A	<p>6. Držiteľ (meno, adresa)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Telefón (9 - 16 hodín)</p> <p>Platiteľ DPH _____</p> <p><input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/></p>																																																			
<p>7. Vozidlo</p> <p>Typ-značka _____</p> <p>EČV _____</p> <p>8. Poistiteľ zodpovednosti za škodu z prevádzky mot. voz.</p> <p>_____</p> <p>Adresa: _____</p> <p>Číslo poisťky: _____</p> <p>Zelená karta číslo: _____</p> <p>(Pre cudzincov) Platí do: _____</p> <p>Platnosť zelenej karty _____</p> <p>Vozidlo poistené havarijne (KASKO)</p> <p><input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/></p> <p>V ktorej poisťovni? _____</p> <p>9. Vodič</p> <p>Meno: _____</p> <p>Priezvisko: _____</p> <p>Adresa: _____</p> <p>Vodič. pr. č. _____</p> <p>Skup. _____ Vystavil _____</p> <p>Platný od _____ do _____</p> <p>(Pre bus, taxi)</p>	↓ B	<p>7. Vozidlo</p> <p>Typ-značka _____</p> <p>EČV _____</p> <p>8. Poistiteľ zodpovednosti za škodu z prevádzky mot. voz.</p> <p>_____</p> <p>Adresa: _____</p> <p>Číslo poisťky: _____</p> <p>Zelená karta číslo: _____</p> <p>(Pre cudzincov) Platí do: _____</p> <p>Platnosť zelenej karty _____</p> <p>Vozidlo poistené havarijne (KASKO)</p> <p><input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/></p> <p>V ktorej poisťovni? _____</p> <p>9. Vodič</p> <p>Meno: _____</p> <p>Priezvisko: _____</p> <p>Adresa: _____</p> <p>Vodič. pr. č. _____</p> <p>Skup. _____ Vystavil _____</p> <p>Platný od _____ do _____</p> <p>(Pre bus, taxi)</p>																																																			
<p>12. Vyznačte</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 90%;">Vozidlo stálo</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Vozidlo sa pohyňalo</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Vozidlo zastavovalo</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td>Vozidlo vychádzalo z miesta ležiaceho mimo cesty</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td>Vozidlo odbočovalo na miesto ležiace mimo cesty</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">6</td> <td>Vozidlo vchádzalo na kruhový objazd</td> <td style="text-align: center;">6</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">7</td> <td>Vozidlo išlo po kruhovom objazde</td> <td style="text-align: center;">7</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">8</td> <td>Vozidlo narazilo do zadnej časti vozidla idúceho tým istým smerom v tom istom pruhu</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">9</td> <td>Vozidlo išlo súdežne</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">10</td> <td>Vozidlo prechádzalo z pruhu do pruhu</td> <td style="text-align: center;">10</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">11</td> <td>Vozidlo prechádzalo</td> <td style="text-align: center;">11</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">12</td> <td>Vozidlo odbočovalo vpravo</td> <td style="text-align: center;">12</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">13</td> <td>Vozidlo odbočovalo vľavo</td> <td style="text-align: center;">13</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">14</td> <td>Vozidlo cúvalo</td> <td style="text-align: center;">14</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">15</td> <td>Vozidlo prešlo do protismeru</td> <td style="text-align: center;">15</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">16</td> <td>Vozidlo prišlo sprava</td> <td style="text-align: center;">16</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">17</td> <td>Vozidlo nedalo prednosť v jazde</td> <td style="text-align: center;">17</td> </tr> </table> <p>(Prípadný iný priebeh nehody uveďte v poznámke)</p> <p style="text-align: center;">← Počet vyznačených polí →</p>			1	Vozidlo stálo	1	2	Vozidlo sa pohyňalo	2	3	Vozidlo zastavovalo	3	4	Vozidlo vychádzalo z miesta ležiaceho mimo cesty	4	5	Vozidlo odbočovalo na miesto ležiace mimo cesty	5	6	Vozidlo vchádzalo na kruhový objazd	6	7	Vozidlo išlo po kruhovom objazde	7	8	Vozidlo narazilo do zadnej časti vozidla idúceho tým istým smerom v tom istom pruhu	8	9	Vozidlo išlo súdežne	9	10	Vozidlo prechádzalo z pruhu do pruhu	10	11	Vozidlo prechádzalo	11	12	Vozidlo odbočovalo vpravo	12	13	Vozidlo odbočovalo vľavo	13	14	Vozidlo cúvalo	14	15	Vozidlo prešlo do protismeru	15	16	Vozidlo prišlo sprava	16	17	Vozidlo nedalo prednosť v jazde	17
1	Vozidlo stálo	1																																																			
2	Vozidlo sa pohyňalo	2																																																			
3	Vozidlo zastavovalo	3																																																			
4	Vozidlo vychádzalo z miesta ležiaceho mimo cesty	4																																																			
5	Vozidlo odbočovalo na miesto ležiace mimo cesty	5																																																			
6	Vozidlo vchádzalo na kruhový objazd	6																																																			
7	Vozidlo išlo po kruhovom objazde	7																																																			
8	Vozidlo narazilo do zadnej časti vozidla idúceho tým istým smerom v tom istom pruhu	8																																																			
9	Vozidlo išlo súdežne	9																																																			
10	Vozidlo prechádzalo z pruhu do pruhu	10																																																			
11	Vozidlo prechádzalo	11																																																			
12	Vozidlo odbočovalo vpravo	12																																																			
13	Vozidlo odbočovalo vľavo	13																																																			
14	Vozidlo cúvalo	14																																																			
15	Vozidlo prešlo do protismeru	15																																																			
16	Vozidlo prišlo sprava	16																																																			
17	Vozidlo nedalo prednosť v jazde	17																																																			
<p>10. Hlavný smer nárazu označte šípkou</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> </div>	↓ A	<p>10. Hlavný smer nárazu označte šípkou</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> </div>																																																			
<p>11. Viditeľné poškodenie</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>14. Poznámky</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>15. Nehodu zaviniť</p> <p>Vodič vozidla A <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/></p> <p>Vodič vozidla B <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/></p> <p>Spoluvina <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/></p> <p>Iný (meno, adresa) _____</p>	↓ A	<p>11. Viditeľné poškodenie</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>14. Poznámky</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>15. Nehodu zaviniť</p> <p>Vodič vozidla A <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/></p> <p>Vodič vozidla B <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/></p> <p>Spoluvina <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/></p> <p>Iný (meno, adresa) _____</p>																																																			

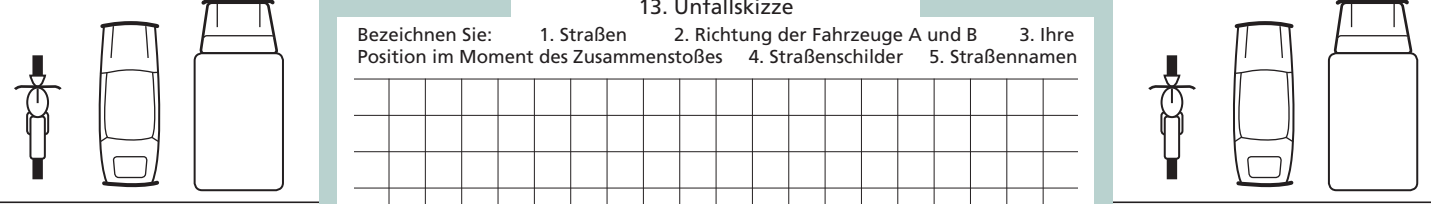
# Unfallbericht

Von beiden Fahrzeugkern auszufüllen

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

<b>Fahrzeug A</b>		<b>Fahrzeug B</b>	
6. Fahrzeughalter (Name und Anschrift) Herr/Frau/Fräulein/Firma		6. Fahrzeughalter (Name und Anschrift) Herr/Frau/Fräulein/Firma	
Telefón (von 9 - 16 Uhr) _____		Telefón (von 9 - 16 Uhr) _____	
Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug; <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug; <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

7. Fahrzeug Marke, Typ _____	<b>12. Bitte Zutreffendes ankreuzen</b>		7. Fahrzeug Marke, Typ _____
Amtl. Kennzeichen _____	1 <input type="checkbox"/>	Fahrzeug war abgestellt	1 <input type="checkbox"/>
8. Haftpflichtversicherer _____	2 <input type="checkbox"/>	setzte sich in Fahrt	2 <input type="checkbox"/>
Adresse: _____	3 <input type="checkbox"/>	hielt an	3 <input type="checkbox"/>
Vers. Nr. _____	4 <input type="checkbox"/>	fuhr aus Grundstück, Feldweg aus	4 <input type="checkbox"/>
Nr. der Grünen Karte _____	5 <input type="checkbox"/>	bog in Grundstück oder Feldweg ein	5 <input type="checkbox"/>
(Für Ausländer)	6 <input type="checkbox"/>	bog in einen Kreisverkehr ein	6 <input type="checkbox"/>
"Atestation" gültig bis _____	7 <input type="checkbox"/>	fuhr im Kreisverkehr	7 <input type="checkbox"/>
oder Grüne Karte	8 <input type="checkbox"/>	fuhr auf	8 <input type="checkbox"/>
Besteht eine Vollkasko-Versicherung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	fuhr in gleicher Richtung aber in einer anderen Spur	9 <input type="checkbox"/>
In welcher Versicherung? _____	10 <input type="checkbox"/>	wechselte die Spur	10 <input type="checkbox"/>
9. Fahrzeuglenker	11 <input type="checkbox"/>	überholte	11 <input type="checkbox"/>
Name: _____	12 <input type="checkbox"/>	bog rechts ab	12 <input type="checkbox"/>
Vorname: _____	13 <input type="checkbox"/>	bog links ab	13 <input type="checkbox"/>
Adresse: _____	14 <input type="checkbox"/>	fuhr rückwärts	14 <input type="checkbox"/>
Führerschein-Nr. _____	15 <input type="checkbox"/>	fuhr in die Gegenfahrbahn	15 <input type="checkbox"/>
Gruppe _____ ausgestellt durch _____	16 <input type="checkbox"/>	kam von rechts	16 <input type="checkbox"/>
gültig ab _____ bis _____	17 <input type="checkbox"/>	beachtete Vorfahrtszeichen nicht	17 <input type="checkbox"/>
(Für Omnibusse, Taxi usw.)	Anzahl der angekreuzten Felder		
10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes ↓			10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes ↓

<b>13. Unfallskizze</b>			
Bezeichnen Sie: 1. Straßen 2. Richtung der Fahrzeuge A und B 3. Ihre Position im Moment des Zusammenstoßes		4. Straßenschilder 5. Straßennamen	
			
11. Sichtbare Schäden		11. Sichtbare Schäden	
14. Bemerkungen		14. Bemerkungen	

15. Der Unfall wurde verursacht vom:	<b>16. Unterschrift der Fahrzeuglenker</b>		15. Der Unfall wurde verursacht vom:
Lenker des Fahrzeugs A <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<b>A</b>	<b>B</b>	Lenker des Fahrzeugs A <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Lenker des Fahrzeugs B <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			Lenker des Fahrzeugs B <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Mitverschulden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			Mitverschulden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Anderer (Name und Anschrift) _____			Anderer (Name und Anschrift) _____

# Registration of accident

(Please, tear off carefully here)

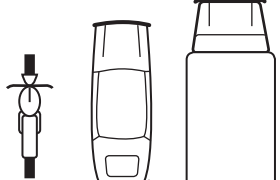
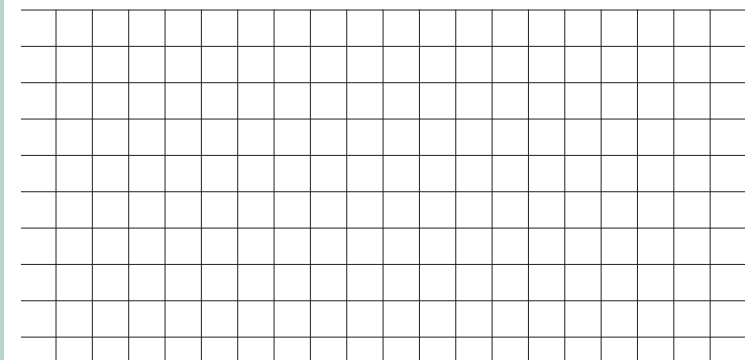
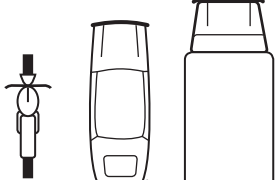
Must be signed by both drivers

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	Vehicle B
6. Owner (Name and address) _____ _____ _____ telephone (9 a.m. - 4 p.m.) _____ Payer of V.A.T. yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	6. Owner (Name and address) _____ _____ _____ telephone (9 a.m. - 4 p.m.) _____ Payer of V.A.T. yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

Vehicle A	12. Put a cross in each of the relevant spaces to help explain the plan	Vehicle B																																																																								
7. Vehicle Typ - Mark _____ Registration No. _____ 8. Third-party liability insurer _____ Address: _____ Policy No. _____ Green Card No. _____ (For foreigners only) valid until _____ Green Card _____ Is the damage to the vehicle insured? yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> In which Insurance Comp.? _____	<table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1</td><td>The car was parked</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2</td><td>starting to ride</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>3</td><td>stopping</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>4</td><td>entering the road</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>5</td><td>leaving the road</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>6</td><td>entering a roundabout</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>7</td><td>circulating in a roundabout</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>8</td><td>striking the rear of the other vehicle while going in the same direction and in the same lane</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>9</td><td>going in the same direction but in a different lane</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>10</td><td>changing lanes</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>11</td><td>overtaking</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>12</td><td>turning to the right</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>13</td><td>turning to the left</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>14</td><td>reversing</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>15</td><td>encroaching in the opposite traffic lane</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>16</td><td>coming from the right</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>17</td><td>not observing a right of way sign</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="4" style="text-align: center;">Total number of spaces marked with a cross</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	1	The car was parked	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	starting to ride	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	stopping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	entering the road	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	leaving the road	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	entering a roundabout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	circulating in a roundabout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	striking the rear of the other vehicle while going in the same direction and in the same lane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9	going in the same direction but in a different lane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	changing lanes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11	overtaking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	turning to the right	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13	turning to the left	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14	reversing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15	encroaching in the opposite traffic lane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16	coming from the right	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17	not observing a right of way sign	<input type="checkbox"/>	Total number of spaces marked with a cross				7. Vehicle Typ - Mark _____ Registration No. _____ 8. Third-party liability insurer _____ Address: _____ Policy No. _____ Green Card No. _____ (For foreigners only) valid until _____ Green Card _____ Is the damage to the vehicle insured? yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> In which Insurance Comp.? _____
<input type="checkbox"/>	1	The car was parked	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/>	2	starting to ride	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/>	3	stopping	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/>	4	entering the road	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/>	5	leaving the road	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/>	6	entering a roundabout	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/>	7	circulating in a roundabout	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/>	8	striking the rear of the other vehicle while going in the same direction and in the same lane	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/>	9	going in the same direction but in a different lane	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/>	10	changing lanes	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/>	11	overtaking	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/>	12	turning to the right	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/>	13	turning to the left	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/>	14	reversing	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/>	15	encroaching in the opposite traffic lane	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/>	16	coming from the right	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/>	17	not observing a right of way sign	<input type="checkbox"/>																																																																							
Total number of spaces marked with a cross																																																																										
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.)																																																																								

10. Indicate by an arrow the point of initial impact		10. Indicate by an arrow the point of initial impact
--	--	--

Vehicle A	13. Plan of the accident	Vehicle B
		

11. Visible damage _____ _____	11. Visible damage _____ _____
14. Remarks _____ _____	14. Remarks _____ _____

Vehicle A	16. Signatures of the participants	Vehicle B
15. Accident caused by Vehicle driver A yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Vehicle driver B yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Common fault yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Other (name, address) _____	<p>A</p> <p>_____</p> <p>B</p> <p>_____</p>	15. Accident caused by Vehicle driver A yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Vehicle driver B yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Common fault yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Other (name, address) _____

# Constat amiable (Prière de détacher ici avec précaution) 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		Vehicule B	
6. Nom, prénom et adresse de l'assuré		6. Nom, prénom et adresse de l'assuré	
Téléphone (de 9H à 16H)		Téléphone (de 9H à 16H)	
Est-il payeur de la TVA?		Est-il payeur de la TVA?	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

7. Vehicule  
Maque, type \_\_\_\_\_  
No. d'immatr. \_\_\_\_\_

8. Sté d'assurance R.C.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
No. de contrat \_\_\_\_\_  
No. de la carte verte \_\_\_\_\_  
(pour les étrangers)  
Validité 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)

10. Indiquez par une flèche le point de choque initial



11. Dégâts apparents  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
14. Observations  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
15. Responsable de l'accident

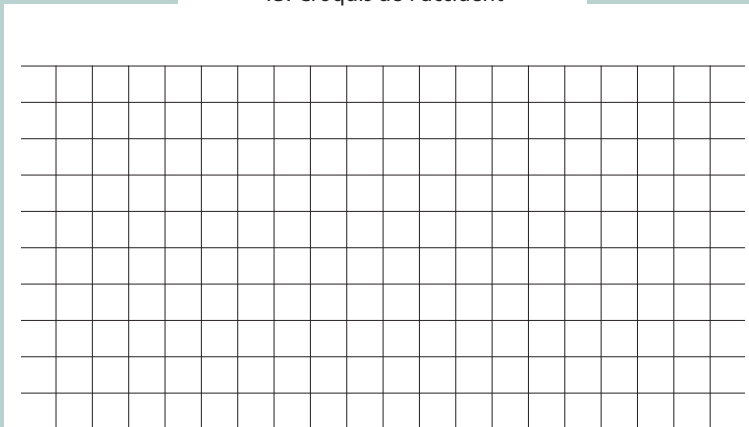
Conducteur du véhicule A oui  non   
Conducteur du véhicule B oui  non   
Complicité oui  non   
Autre (nom, adresse) \_\_\_\_\_

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 a sens giratoire	6
7	roulait sur une place a 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 a droite	12
13	virait a gauche	13
14	reculait	14
15	empiétait sur la partie de chaussée réservée a la circulation en sens inverse	15
16	venait de droite	16
17	n'avait pas observé le signal de priorité	17

Indiquer le nombre de cases marquées d'une croix

13. Croquis de l'accident



16. Signatures des personnes intéressées

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

7. Vehicule  
Maque, type \_\_\_\_\_  
No. d'immatr. \_\_\_\_\_

8. Sté d'assurance R.C.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
No. de contrat \_\_\_\_\_  
No. de la carte verte \_\_\_\_\_  
(pour les étrangers)  
Validité de la carte verte | valable du \_\_\_\_\_ jusqu'au \_\_\_\_\_

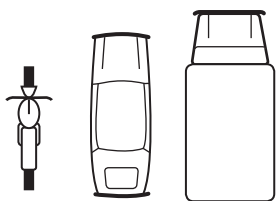
Les dégâts matériels au véhicule sont-ils assurés?  
oui  non

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)

10. Indiquez par une flèche le point de choque initial



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) \_\_\_\_\_

## POKYNY PRE ÚČASTNÍKOV DOPRAVNEJ NEHODY A AKO POSTUPOVAŤ

1. Táto správa o nehode nenahrádza písomné hlásenie na predpísanom tlačive.

**V prípade, ak sa udalosť stala na území SR**, je povinnosťou poisteného bez zbytočného odkladu, najneskôr do 15 kalendárnych dní nahlásiť poisťovni Groupama poisťovňa a. s., pobočka poisťovne z iného členského štátu a zaslať vyplnené tlačivo **OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI Z POISTENIA MOTOROVÉHO VOZIDLA – POISTENÝ** na adresu: Groupama poisťovňa a. s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, Miletičova 21, P. O. Box 32, 820 05 Bratislava 25.

**V prípade, ak sa udalosť stala mimo územia SR**, po príchode na územie SR bez zbytočného odkladu, najneskôr do 30 kalendárnych dní nahlásite poisťovni Groupama poisťovňa a. s., pobočka poisťovne z iného členského štátu a zašlite vyplnené tlačivo **OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI Z POISTENIA MOTOROVÉHO VOZIDLA – POISTENÝ** na adresu: Groupama poisťovňa a. s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, Miletičova 21, P. O. Box 32, 820 05 Bratislava 25.

Tlačivá k nahlasovaniu poisťovej udalosti z povinného zmluvného poistenia získate na ktorejkoľvek našej pobočke alebo si ich môžete stiahnuť a vytlačiť z našej web stránky [www.groupama.sk](http://www.groupama.sk)

2. Ak je niekto zranený, poskytnite mu prvú pomoc a privolajte lekára.

3. Privolajte políciu, ak to odporúča zákon alebo to vyžadujú okolnosti.

4. Vyplňte Správu o nehode v slovenskej verzii v kolónkach, ktoré sa Vás týkajú.

5. Takto vyplnený formulár opatrne odtrhnite a založte pod formulár v jazykovej verzii, ktorá je najbližšia Vašej protistrane.

6. Požiadajte Vašu protistranu o vyplnenie jej verzie formuláru, čím sa i na Vašu verziu prepíšu údaje protistrany.

7. Je potrebné dbať na to, aby pod Vašou verziou formuláru a verziou protistrany bola verzia jazykovo najbližšia miestnej polícii, čím aj polícia získa verziu pre ňu zrozumiteľnú.

8. Po vyplnení oboch verzií navzájom podpíšte a požiadajte políciu, aby Vám napísané údaje potvrdila, a to na časti nad formulárom.

9. Po ukončení všetkých udevených úkonov máte v ruke doklad, ktorý urýchli likvidáciu Vašej škodovej udalosti.

**Pre políciu / Unsere Bitte an die Polizei / For the police / Pour la police:**

**Prosíme, potvrdte správnosť dolevedených údajov a vyznačte tieto údaje / Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit der in der Unfallmeldung ausgefüllten Angaben und beantworten Sie bitte die unten aufgeführten Fragen / Please, confirm that given facts are correct and point out the following / S'il vous plaît, confirmez que les circonstances sont correctes et notez les faits suivants**

**Prosíme, vyznačte krížikom / Bitte zutreffendes ankreuzen / Cross, please / Cochez les cases, s'il vous plaît:**

**Nehodu zavini / Wer hat den Unfall verursacht / Accident caused by / Accident causé par**

<b>A</b>	<input type="checkbox"/>	<b>B</b>	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	----------	--------------------------

**Alkohol zistený / Bei wem wurde Alkohol festgestellt / Alcohol in blood / Alcool dans le sang**

<b>A</b>	<input type="checkbox"/>	<b>B</b>	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	----------	--------------------------

**VP zadržaný / Wem wurde der Führerschein abgenommen**

**/ Driving licence taken away / Permis de conduire retiré**

<b>A</b>	<input type="checkbox"/>	<b>B</b>	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	----------	--------------------------

V prípade dopravnej nehody volajte našu asistenčnú službu, ktorá Vám je k dispozícii 24 hodín denne na tel. čísle **+421 2 208 54 504**.

**Hlásenie škôd:**

**Groupama poisťovňa a. s., pobočka poisťovne z iného členského štátu**

**Miletičova 21, P. O. Box 32, 820 05 Bratislava 25**

**Call centrum: 0850 211 411**

**Fax: +421 2 208 54 441**