

Správa o nehode

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

7. Vozidlo
Typ-značka _____
EČV/ŠPZ _____

8. Poistiteľ zodpovednosti za škodu z prevádzky motorového vozidla

Adresa: _____
Číslo poisťky _____
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)

10. Hlavný smer nárazu (označte šípku)

12. Vyznačte

1	Vozidlo stálo	1
2	Vozidlo sa pohýnalo	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 súběžne	9
10	Vozidlo prechádzalo z pruhu do pruhu	10
11	Vozidlo predchádzalo	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

(Prípady iný priebeh nehody uveďte v poznámke)

← Počet vyznačených polí →

7. Vozidlo
Typ-značka _____
EČV/ŠPZ _____

8. Poistiteľ zodpovednosti za škodu z prevádzky motorového vozidla

Adresa: _____
Číslo poisťky _____
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 _____

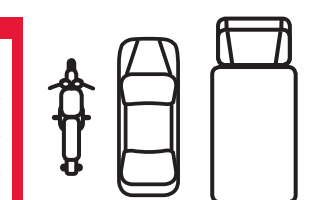
Platný od _____ do _____
(Pre bus, taxi)

10. Hlavný smer nárazu (označte šípku)

13. Plánik nehody



↓



↓

11. Viditeľné poškodenie

14. Poznámky

15. Nehodu zaviniť
Vodič vozidla A áno nie **A**
Vodič vozidla B áno nie
Spoluvina áno nie
Iný (meno, adresa) _____

16. Podpis zúčastnených

15. Nehodu zaviniť
Vodič vozidla A áno nie **B**
Vodič vozidla B áno nie
Spoluvina áno nie
Iný (meno, adresa) _____

Unfallbericht

Von beiden Fahrzeuglenkern auszufüllen

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

A

Fahrzeug B

6. Fahrzeughalter (Name und Anschrift) Herr/Frau/Fräulein/Firma

Telefon (von 9 - 16 Uhr) _____

Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug? ja nein

B

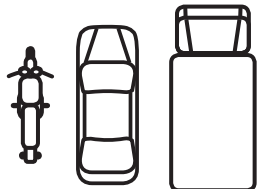
7. Fahrzeug
Marke, Typ _____
Amtl. Kennzeichen _____

8. Haftpflichtversicherer

Adresse: _____
Vers. Nr. _____
Nr. der Grünen Karte _____
(Für Ausländer) „Atestation“ oder Grüne Karte gültig bis _____
Besteht eine Vollkasko-Versicherung?
ja nein
In welcher Versicherung? _____

9. Fahrzeuglenker
Name _____
Vorname _____
Adresse _____
Führerschein-Nr. _____
Gruppe _____ ausgestellt durch _____
gültig ab _____ bis _____
(Für Omnibuse, Taxi usw.)

10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes



11. Sichtbare Schäden

14. Bemerkungen

15. Der Unfall wurde verursacht vom:
Lenker des Fahrzeugs A ja nein
Lenker des Fahrzeugs B ja nein
Mitverschulden ja nein
Anderer (Name und Anschrift) _____

12. Bitte Zutreffendes ankreuzen

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

← Anzahl der angekreuzten Felder →

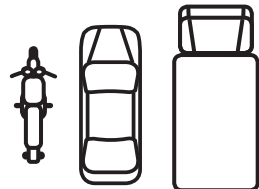
7. Fahrzeug
Marke, Typ _____
Amtl. Kennzeichen _____

8. Haftpflichtversicherer

Adresse: _____
Vers. Nr. _____
Nr. der Grünen Karte _____
(Für Ausländer) „Atestation“ oder Grüne Karte gültig bis _____
Besteht eine Vollkasko-Versicherung?
ja nein
In welcher Versicherung? _____

9. Fahrzeuglenker
Name _____
Vorname _____
Adresse _____
Führerschein-Nr. _____
Gruppe _____ ausgestellt durch _____
gültig ab _____ bis _____
(Für Omnibuse, Taxi usw.)

10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes



11. Sichtbare Schäden

14. Bemerkungen

15. Der Unfall wurde verursacht vom:
Lenker des Fahrzeugs A ja nein
Lenker des Fahrzeugs B ja nein
Mitverschulden ja nein
Anderer (Name und Anschrift) _____

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

Vehicle B

6. Owner (Name and address)

telephone (9 a.m. - 4 p.m.) _____

Payer of V.A.T. yes no

↓
B

7. Vehicle
Type-Mark _____
Registration No. _____

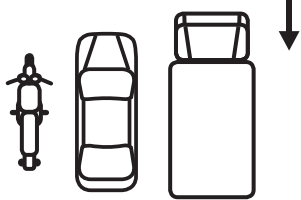
8. Third-party liability insurer

Address: _____
Policy No. _____

Green Card No. _____
(For foreigners only) valid until _____
Green Card _____
Is the damage to the vehicle insured?
yes no
In which Insurance Comp.? _____

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



11. Visible damage

14. Remarks

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) _____

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 the 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. _____

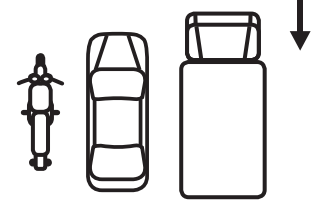
8. Third-party liability insurer

Address: _____
Policy No. _____

Green Card No. _____
(For foreigners only) valid until _____
Green Card _____
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.)

10. Indicate by an arrow the point of initial impact



11. Visible damage

14. Remarks

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) _____

13. Plane of the accident

16. Signatures of the participants

A

B