

ACCIDENT STATEMENT



1. Date of accident: _____ Time: _____	2. Locality: _____ Place: _____	3. Injury(ies) even if slight: no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/>
Country: _____		

4. Material damage: other than to vehicles A and B: no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> objects other than vehicles: no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/>	5. Witnesses – names, addresses, tel.:
---	--

VEHICLE A

6. **Insured / policyholder** (see insurance certificate)
NAME:
First name:
Address:
Postal code: Country:

7. **Vehicle**

MOTOR	TRAILER
Make, type	Make, type
Year of manufacture	Year of manufacture
Registration N°	Registration N°
Country of registration	Country of registration

8. **Insurance company** (see insurance certificate)
NAME:
Policy N°:
Green Card N°:
Insurance Certificate or Green Card valid from: to:
Agency (or bureau, or broker):
NAME:
Address:
Country:

9. **Driver** (see driving licence)
NAME:
First name:
Date of birth:
Address:
Country:

10. **Indicate the point of initial impact to vehicle A by an arrow →**

11. **Visible damage to vehicle A:**
.....
.....

14. **My remarks:**
.....
.....

12. CIRCUMSTANCES

↓ **A** Put a cross in each of the relevant boxes to help explain the driving ↓ **B**
*delete where appropriate

<input type="checkbox"/> 1 *parked / stopped	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2 *leaving a parking place / opening the door	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3 entering a parking place	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4 emerging from a car park, from private ground, from field, forrest track and the like	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5 entering a car park, private ground, a field, forrest track and the like	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6 entering the roundabout	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7 circulating a roundabout	<input type="checkbox"/> 7
<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"/> 8
<input type="checkbox"/> 9 going in the same direction but in a different lane	<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 10 changing lanes	<input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> 11 overtaking	<input type="checkbox"/> 11
<input type="checkbox"/> 12 turning to the right	<input type="checkbox"/> 12
<input type="checkbox"/> 13 turning to the left	<input type="checkbox"/> 13
<input type="checkbox"/> 14 reversing	<input type="checkbox"/> 14
<input type="checkbox"/> 15 encroaching on a lane reserved for circulation in the opposite direction	<input type="checkbox"/> 15
<input type="checkbox"/> 16 coming from the right (at road junctions)	<input type="checkbox"/> 16
<input type="checkbox"/> 17 had not observed a right of way sign or a red light	<input type="checkbox"/> 17

← **state number of boxes marked with a cross** →

13. **Sketch of accident when impact occurred** 13.
Indicate 1. the layout of the road - 2. by arrows the direction of the vehicles A, B - 3. their position at the time of impact - 4. the road signs - 5. names of the streets or roads

VEHICLE B

6. **Insured / policyholder** (see insurance certificate)
NAME:
First name:
Address:
Postal code: Country:

7. **Vehicle**

MOTOR	TRAILER
Make, type	Make, type
Year of manufacture	Year of manufacture
Registration N°	Registration N°
Country of registration	Country of registration

8. **Insurance company** (see insurance certificate)
NAME:
Policy N°:
Green Card N°:
Insurance Certificate or Green Card valid from: to:
Agency (or bureau, or broker):
NAME:
Address:
Country:

9. **Driver** (see driving licence)
NAME:
First name:
Date of birth:
Address:
Country:

10. **Indicate the point of initial impact to vehicle B by an arrow →**

11. **Visible damage to vehicle B:**
.....
.....

14. **My remarks:**
.....
.....

15. **Signatures of the drivers** 15.
A _____ B _____

VERKEHRSUNFALLBERICHT



1. Datum des Unfalls: Zeit:	2. Ort: Ort: Land:	3. Verletzte einschließlich Leichtverletzte: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
4. Sachschäden an: anderen Fahrzeugen als A und B nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> anderen Gegenständen als Fahrzeugen nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>		5. Zeugen – Namen, Anschriften, Telefon:

FAHRZEUG A

6. Versicherungsnehmer/Versicherter (siehe Versicherungsbescheinigung)
NAME:
Vorname:
Anschrift:
Postleitzahl: Land:
Tel. oder e-mail:

7. Fahrzeug

KRAFTFAHRZEUG	ANHÄNGER
Marke, Typ	Marke, Typ
Baujahr	Baujahr
Amtliches Kennzeichen	Amtliches Kennzeichen
Land der Zulassung	Land der Zulassung

8. Versicherungsunternehmen (siehe Versicherungsbescheinigung)
NAME:
Vertragsnummer:
Nummer der grünen Karte:
Versicherungsbescheinigung oder Grüne Karte gültig vom: bis:
Geschäftsstelle (oder Büro oder Makler):
NAME:
Anschrift:
Land:
Tel. oder e-mail:
Sind die Sachschäden am Fahrzeug aufgrund des Vertrags versichert?
nein ja

9. Fahrer (siehe Führerschein)
NAME:
Vorname:
Geburtsdatum:
Anschrift:
Land:
Tel. oder e-mail:
Führerschein-Nr.:
Klasse (A, B, ...):
Führerschein gültig bis:

12. UNFALLUMSTÄNDE

↓ Kreuzen Sie jeweils das entsprechende Feld an, um die Skizze zu präzisieren ↓
A B
*Nichtzutreffendes streichen

1 *parkte / hielt 1
 2 *verließ einen Parkplatz/ öffnete eine Wagentür 2
 3 parkte ein 3
 4 verließ einen Parkplatz, ein privates Grundstück, einen Feld-, Waldweg u.ä. 4
 5 begann, in einen Parkplatz, ein privates Grundstück, einen Feld-, Waldweg u.ä. einzufahren 5
 6 fuhr in einen Kreisverkehr ein 6
 7 fuhr in einem Kreisverkehr 7
 8 prallte beim Fahren in der gleichen Richtung und in der gleichen Kolonne auf das Heck auf 8
 9 fuhr in der gleichen Richtung und in einer anderen Kolonne 9
 10 wechselte die Kolonne 10
 11 überholte 11
 12 bog nach rechts ab 12
 13 bog nach links ab 13
 14 setzte zurück 14
 15 wechselte auf eine Fahrspur über, die dem Gegenverkehr vorbehalten ist 15
 16 kam von rechts (auf einer Kreuzung) 16
 17 hatte ein Vorfahrtszeichen oder eine rote Ampel missachtet 17

← Geben Sie die Anzahl der angekreuzten Felder an →

13. Skizze des Unfalls zum Zeitpunkt des Aufpralls 13.
Bitte angeben: 1. den Verlauf der Fahrsuren, 2. die Fahrtrichtung der Fahrzeuge A, B (durch Pfeile), 3. ihre Position zum Zeitpunkt des Aufpralls, 4. die Verkehrszeichen, 5. die Straßennamen

FAHRZEUG B

6. Versicherungsnehmer/Versicherter (siehe Versicherungsbescheinigung)
NAME:
Vorname:
Anschrift:
Postleitzahl: Land:
Tel. oder e-mail:

7. Fahrzeug

KRAFTFAHRZEUG	ANHÄNGER
Marke, Typ	Marke, Typ
Baujahr	Baujahr
Amtliches Kennzeichen	Amtliches Kennzeichen
Land der Zulassung	Land der Zulassung

8. Versicherungsunternehmen (siehe Versicherungsbescheinigung)
NAME:
Vertragsnummer:
Nummer der grünen Karte:
Versicherungsbescheinigung oder grüne Karte gültig vom: bis:
Geschäftsstelle (oder Büro oder Makler):
NAME:
Anschrift:
Land:
Tel. oder e-mail:
Sind die Sachschäden am Fahrzeug aufgrund des Vertrags versichert?
nein ja

9. Fahrer (siehe Führerschein)
NAME:
Vorname:
Geburtsdatum:
Anschrift:
Land:
Tel. oder e-mail:
Führerschein-Nr.:
Klasse (A, B, ...):
Führerschein gültig bis:

10. Markieren Sie die ursprüngl. Aufprallstelle am Fahrzeug A durch einen Pfeil →

11. Sichtbare Schäden am Fahrzeug A:

14. Eigene Bemerkungen:

15. Unterschriften der Fahrer

10. Markieren Sie die ursprüngl. Aufprallstelle am Fahrzeug B durch einen Pfeil →

11. Sichtbare Schäden am Fahrzeug B:

14. Eigene Bemerkungen:

ZÁZNAM O DOPRAVNÍ NEHODĚ



1. Datum nehody: _____ Čas: _____	2. Místo: _____ Místo: _____	3. Zranění vč. lehkého: _____ ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>	Pokyny k vyplnění Záznamu a další informace naleznete na zadní straně.
-----------------------------------	------------------------------	---	--

4. Věcná škoda na jiných: _____ vozidlech než A a B _____ předmětech _____ ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>	5. Svědci – jména, adresy, tel.: _____ _____ _____
--	--

VOZIDLO A

6. Pojistník / pojištěný (dle dokladu o pojištění)

PŘÍJMENÍ: _____
Jméno: _____
Adresa: _____
PSČ: _____ Stát: _____
Tel. / e-mail: _____

7. Vozidlo

MOTOROVÉ VOZIDLO	PŘÍPOJNÉ VOZIDLO
Tov. značka, typ _____	Tov. značka, typ _____
Rok výroby _____	Rok výroby _____
Registrační značka _____	Registrační značka _____
Stát registrace _____	Stát registrace _____

8. Pojistitel (dle dokladu o pojištění)

NÁZEV: _____
Číslo poj. smlouvy: _____
Číslo zelené karty: _____
Doklad o pojištění nebo zelená karta platná od: _____ do: _____
Pobočka (obch. zast. nebo makléř): _____
NÁZEV: _____
Adresa: _____
Stát: _____
Tel. / e-mail: _____
Je vozidlo pojištěno havarijně? ne ano

9. Řidič (dle řidičského průkazu)

PŘÍJMENÍ: _____
Jméno: _____
Datum narození: _____
Adresa: _____
Stát: _____
Tel. / e-mail: _____
Číslo řidičského průkazu: _____
Skupina (A, B, ...): _____
Platnost řidičského průkazu do: _____

12. OKOLNOSTI NEHODY

↓ A	K upřesnění nákresu označte křížkem odpovídající políčka * nehodící se škrtněte	↓ B
<input type="checkbox"/> 1	* parkovalo / stálo	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2	* vyjždělo z parkoviště / otevřené dveře	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	zaparkovávalo	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	vyjždělo z parkoviště, soukr. pozemku, polní, lesní apod. cesty.	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	vyjždělo na parkoviště, soukr. pozemek, polní, lesní apod. cestu.	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6	vyjždělo na kruhový objezd	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7	jelo na kruhovém objezdu	<input type="checkbox"/> 7
<input type="checkbox"/> 8	najelo ze zadu při jízdě stejným směrem ve stejném pruhu	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 9	jelo souběžně v jiném jízdním pruhu	<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 10	měnilo jízdni pruh	<input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> 11	předjíždělo	<input type="checkbox"/> 11
<input type="checkbox"/> 12	odbočovalo vpravo	<input type="checkbox"/> 12
<input type="checkbox"/> 13	odbočovalo vlevo	<input type="checkbox"/> 13
<input type="checkbox"/> 14	couvalo	<input type="checkbox"/> 14
<input type="checkbox"/> 15	vjelo do protisměru	<input type="checkbox"/> 15
<input type="checkbox"/> 16	přijíždělo zprava (na křižovatce)	<input type="checkbox"/> 16
<input type="checkbox"/> 17	nerespektovalo přednost v jízdě, nebo červenou na semaforu	<input type="checkbox"/> 17
<input type="checkbox"/> ←	udejte počet označených políček	→ <input type="checkbox"/>

Nezbytné podepsat oběma řidiči (bod 15.)
Není přiznáním odpovědnosti, slouží k dokumentaci dat a okolností nehody za účelem rychlejšího vyřízení náhrady škody.

13. Nákres nehody v okamžiku střetu 13.
Označte: 1. směr jízdních pruhů, 2. směr jízdy vozidel A, B (šipkou), 3. jejich postavení v okamžiku střetu, 4. dopravní značky, 5. jména ulic

VOZIDLO B

6. Pojistník / pojištěný (dle dokladu o pojištění)

PŘÍJMENÍ: _____
Jméno: _____
Adresa: _____
PSČ: _____ Stát: _____
Tel. / e-mail: _____

7. Vozidlo

MOTOROVÉ VOZIDLO	PŘÍPOJNÉ VOZIDLO
Tov. značka, typ _____	Tov. značka, typ _____
Rok výroby _____	Rok výroby _____
Registrační značka _____	Registrační značka _____
Stát registrace _____	Stát registrace _____

8. Pojistitel (dle dokladu o pojištění)

NÁZEV: _____
Číslo poj. smlouvy: _____
Číslo zelené karty: _____
Doklad o pojištění nebo zelená karta platná od: _____ do: _____
Pobočka (obch. zast. nebo makléř): _____
NÁZEV: _____
Adresa: _____
Stát: _____
Tel. / e-mail: _____
Je vozidlo pojištěno havarijně? ne ano

9. Řidič (dle řidičského průkazu)

PŘÍJMENÍ: _____
Jméno: _____
Datum narození: _____
Adresa: _____
Stát: _____
Tel. / e-mail: _____
Číslo řidičského průkazu: _____
Skupina (A, B, ...): _____
Platnost řidičského průkazu do: _____

10. Označte šipkou body vzájemného střetu na vozidle A →

11. Viditelná poškození na vozidle A:

10. Označte šipkou body vzájemného střetu na vozidle B →

11. Viditelná poškození na vozidle B:

14. Vlastní poznámky:

15. Podpisy řidičů 15.

14. Vlastní poznámky:

Osobní údaje podléhají ochraně podle zákona.

TC46006001019 TC96003001011

A. Úvodní informace

Tento **Záznam o nehodě (dále jen „záznam“)** použijte při dopravní nehodě v ČR nebo v zahraničí. Obsah a forma přední strany formuláře je shodná ve všech evropských státech i ve všech jazykových mutacích.

B. Jak postupovat po dopravní nehodě

- 1) Neprodleně zastavte vozidlo a zabezpečte místo nehody (zapněte varovná světla, oblečte si reflexní vestu a umístěte výstražný trojúhelník, atp.).
- 2) Je-li někdo zraněn nebo potřebujete-li i jinou urgentní pomoc (hasiče, policii), volejte **univerzální tísňovou linku 112**.
- 3) Při nehodě v **ČR** volejte Policii (přímá linka 158 nebo prostřednictvím linky 112) **vždy** když:
 - dojde ke zranění nebo usmrcení některého z účastníků nehody,
 - škoda na některém z vozidel (včetně přepravovaných věcí) přesáhne 100 000 Kč,
 - některý z účastníků nehody odmítne **sepsat** a **podepsat** záznam,
 - došlo ke škodě na majetku třetí osoby, která na ní neměla účast (např. poškození zaparkovaného vozidla, sloupu veřejného osvětlení, svodidel atp.).
- 4) **Potřebujete-li při nehodě v ČR zajistit odtah vozidla nebo jiné asistenční služby, volejte linku 1224 (Linka pomoci řidičům)**.
- 5) Pokud není nutné volat Policii, doporučujeme místo nehody z různých úhlů vyfotografovat a eventuálně přeměřit, při nevyhnutelné manipulaci s vozidlem zakreslete na vozovku jeho polohu.
- 6) Vyplňte tento záznam (viz instrukce níže).



C. Pokyny k použití formuláře Záznam o dopravní nehodě

- 1) Použijte jen jednu sadu formulářů pro 2 zúčastněná vozidla (2 sady pro 3 zúčastněná vozidla atp.).
- 2) Při vyplňování jednotlivých rubrik záznamu dávejte **POZOR, aby nedošlo k záměně údajů jednotlivých účastníků**, a to všude tam, **kde jsou tyto údaje uváděny odděleně**. Dále pak **zejména**:
 - označte přesně místo střetu šipkou (bod 10),
 - v bodě 12 označte křížkem ty okolnosti (1-17), které se týkají Vaší nehody, a na konci řádku uveďte počet Vámi označených políček (samostatně pro vozidlo A i B),
 - nakreslete plánek dopravní nehody (bod 13).
- 3) Uveďte **svědky nehody**, jejich jména a adresy (případně i telefonické či jiné spojení), **zejména pokud účastníci popisují průběh dopravní nehody odlišně**.
- 4) Po úplném vyplnění záznam **podepište** a nechte jej podepsat i druhým řidičem.
- 5) Jeden výtisk předejte druhému účastníkovi, druhý si ponechte za účelem **bezodkladného** předání příslušné pojišťovně.
Pozn.: po oddělení jednotlivých listů již NELZE cokoli měnit či dopisovat!

POTŘEBUJETE-LI ODTAH VOZIDLA NEBO JINÉ ASISTENČNÍ SLUŽBY, VOLEJTE LINKU 1224, V OSTATNÍCH PŘÍPADECH VOLEJTE KLIENTSKOU LINKU VAŠÍ POJIŠŤOVNY.

Pojišťovna	Linka pomoci řidičům	Klientská linka	Webová adresa
Allianz pojišťovna	1224	241 170 000	www.allianz.cz
Česká podnikatelská pojišťovna		957 444 555	www.cpp.cz
ČSOB pojišťovna		466 100 777	www.csobpoj.cz
Direct pojišťovna		221 221 221	www.direct.cz
Euro Insurances		296 333 666	www.leaseplaninsurance.com
Generali Česká pojišťovna		241 114 114	www.generaliceska.cz
Hasičská vzájemná pojišťovna		272 101 062	www.hvp.cz
Kooperativa pojišťovna		957 105 105	www.koop.cz
Pillow pojišťovna		734 510 530	www.mypillow.cz
Pojišťovna VZP		226 294 294	www.pvzp.cz
Slavia pojišťovna		255 790 111	www.slavia-pojistovna.cz
UNIQA pojišťovna		488 125 125	www.uniqa.cz