

ZÁZNAM O DOPRAVNÍ NEHODĚ



TC09525001034

1. Datum nehody: _____	Čas: _____	2. Místo: _____ Místo: Stát:	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 ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>	předmětech 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: _____

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 makléři):
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:
.....
.....
.....

14. Vlastní poznámky:
.....
.....

12. OKOLNOSTI NEHODY

↓ A	K upřesnění nákresu označte křížkem odpovídající políčka *nehodící se škrtně	↓ 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, soukromého pozemku, polní cesty	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	vyjždělo na parkoviště, soukr. pozemek, polní cestu	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6	vyjždělo na kruh. objezd	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7	jelo na kruhovém objezdu	<input type="checkbox"/> 7
<input type="checkbox"/> 8	najelo zezadu 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 jízdní 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"/>

13. Nákres nehody v okamžiku střetu

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: _____

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 makléři):
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 B →

11. Viditelná poškození na vozidle B:
.....
.....
.....

14. Vlastní poznámky:
.....
.....

15. Podpisy řidičů

A B

Osobní údaje podléhají ochraně podle zákona.

ACCIDENT STATEMENT



TC09525001034

1. Date of accident: _____	Time: _____	2. Locality: _____	Place: _____	3. Injury(es) 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: _____
Tel. or E-mail: _____

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: _____
Tel. or E-mail: _____
Does the policy cover material damage to the vehicle?
no yes

9. Driver (see driving licence):
NAME: _____
First name: _____
Date of birth: _____
Address: _____
Country: _____
Tel. or E-mail: _____
Driving licence n°: _____
Category (A, B, ...): _____
Driving licence valid until: _____

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

11. Visible damage to vehicle A:

12. CIRCUMSTANCES

Put a cross in each of the relevant boxes to help explain the drawing
*delete where appropriate

A		B
<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 a track	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	entering a car park, private ground, a track	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6	entering a 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 →

Must be signed by BOTH drivers
Does not constitute an admission of liability, but a summary of identities and of the facts which will speed up the settlement of claims

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 positions 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: _____
Tel. or E-mail: _____

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: _____
Tel. or E-mail: _____
Does the policy cover material damage to the vehicle?
no yes

9. Driver (see driving licence):
NAME: _____
First name: _____
Date of birth: _____
Address: _____
Country: _____
Tel. or E-mail: _____
Driving licence n°: _____
Category (A, B, ...): _____
Driving licence valid until: _____

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 _____

14. My remarks:



1. Datum des Unfalls: _____	Zeit: _____	2. Ort: _____	Ort:	3. Verletzte, einschließlich Leichtverletzte:
		Land:		nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>

4. Sachschäden an:	5. Zeugen: Namen, Anschriften, Telefon:
anderen Fahrzeugen als A und B anderen Gegenständen als Fahrzeugen nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>

FAHRZEUG A

6. Versicherungsnehmer/Versicherter (siehe Versicherungsbescheinigung)

NAME:

Vorname:

Anschrift:

Postleitzahl: Land:

Telefon 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:

Telefon oder E-mail:

Sind die Sachschäden am Fahrzeug aufgrund des Vertrags versichert?
nein ja

9. Fahrer (siehe Führerschein):

NAME:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

..... Land:

Telefon 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
* Nichtzutreffendes streichen

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

← Geben Sie die Anzahl der angekreuzten Felder an →

Unbedingt von BEIDEN Fahrern zu unterzeichnen
Stellt keine Anerkennung der Haftung dar, sondern eine Feststellung der Identität und der Umstände, die der Beschleunigung der Regulierung dient

13. Skizze des Unfalls zum Zeitpunkt des Aufpralls **13.**

Bitte angeben: 1. den Verlauf der Fahrspuren - 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:

Telefon 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:

Telefon oder E-mail:

Sind die Sachschäden am Fahrzeug aufgrund des Vertrags versichert?
nein ja

9. Fahrer (siehe Führerschein):

NAME:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

..... Land:

Telefon oder E-mail:

Führerschein Nr.:

Klasse (A, B, ...):

Führerschein gültig bis:

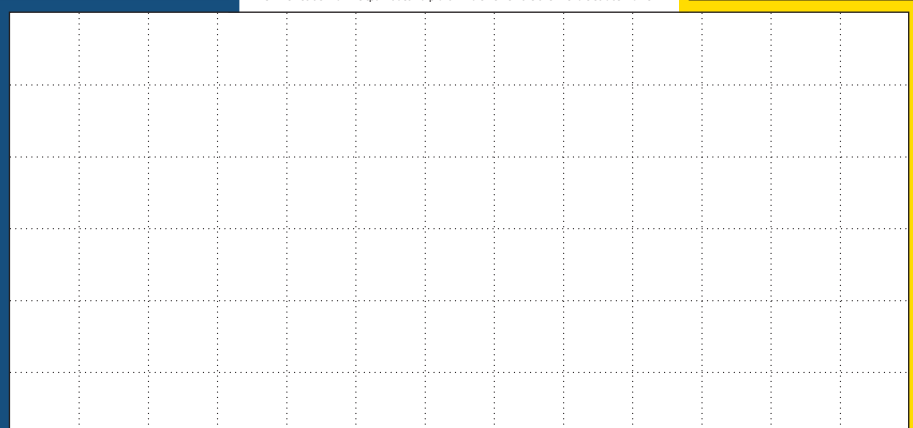
10. Markieren Sie die ursprüngl. Aufprallstelle am Fahrzeug A durch einen Pfeil →

11. Sichtbare Schäden am Fahrzeug A:

.....

.....

.....



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

11. Sichtbare Schäden am Fahrzeug B:

.....

.....

.....

14. Eigene Bemerkungen:

.....

.....

A

15. Unterschriften der Fahrer **15.**

.....

.....

B

14. Eigene Bemerkungen:

.....

.....

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 POMOCI, V OSTATNÍCH PŘÍPADECH VOLEJTE KLIENTSKOU LINKU VAŠÍ POJIŠŤOVNY.

Pojišťovna	Linka pomoci		Klientská linka	Webová adresa
	ČR	zahraničí	ČR	
Allianz pojišťovna	1224	+420 241 170 000	241 170 000	www.allianz.cz
AXA pojišťovna		+420 292 292 292	292 292 292	www.axa.cz
Česká podnikatelská pojišťovna		+420 266 799 779	841 444 555	www.cpp.cz
Česká pojišťovna		+420 224 557 111	841 114 114	www.ceskapojistovna.cz
ČSOB pojišťovna		+420 222 803 442	800 100 777	www.csobpoj.cz
Generali pojišťovna		+420 221 586 666	844 188 188	www.generali.cz
Hasičská vzájemná pojišťovna		+420 272 101 062	844 114 411	www.hvp.cz
AIG EUROPE Limited		+420 221 586 657	234 108 311	www.aig.cz
Kooperativa pojišťovna		+420 266 799 779	841 105 105	www.koop.cz
Slavia pojišťovna		+420 261 000 525	255 790 111	www.slavia-pojistovna.cz
Triglav pojišťovna		+420 272 099 910	542 425 000	www.triglav.cz
UNIQA pojišťovna		+420 272 101 020	800 120 020	www.uniqa.cz
Wüstenrot pojišťovna		+420 227 231 222	800 225 555	www.wuestenrot.cz