

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

7. Vozidlo Typ-značka EČV/ŠPZ	12. Vyznačte	7. Vozidlo Typ-značka EČV/ŠPZ	
8. Poistiteľ zodpovednosti za škodu z prevádzky motorového vozidla		1 Vozidlo stálo	8. Poistiteľ zodpovednosti za škodu z prevádzky motorového vozidla
Adresa:		2 Vozidlo sa pohýnalo	Adresa:
Číslo poisťky		3 Vozidlo zastavovalo	Číslo poisťky
Zelená karta číslo		4 Vozidlo vychádzalo z miesta ležiaceho mimo cesty	Zelená karta číslo
(Pre cudzincov) Platí do:		5 Vozidlo odbočovalo na miesto ležiace mimo cesty	(Pre cudzincov) Platí do:
Platnosť zelenej karty		6 Vozidlo vchádzalo na kruhový objazd	Platnosť zelenej karty
Vozidlo poistené havarijne (KASKO)		7 Vozidlo išlo po kruhovom objazde	Vozidlo poistené havarijne (KASKO)
áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>		8 Vozidlo narazilo do zadnej časti vozidla idúceho tým istým smerom v tom istom pruhu	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
V ktorej poisťovni?		9 Vozidlo išlo súdežne	V ktorej poisťovni?
9. Vodič		10 Vozidlo prechádzalo z pruhu do pruhu	9. Vodič
Meno		11 Vozidlo predchádzalo	Meno
Priezvisko		12 Vozidlo odbočovalo vpravo	Priezvisko
Adresa		13 Vozidlo odbočovalo vľavo	Adresa
Vodič. pr. č.		14 Vozidlo cúvalo	Vodič. pr. č.
Skup. Vystavil		15 Vozidlo prešlo do protismeru	Skup. Vystavil
Platný od do		16 Vozidlo prišlo sprava	Platný od do
(Pre bus, taxi)	17 Vozidlo nedalo prednosť v jazde	(Pre bus, taxi)	
10. Hlavný smer nárazu (označte šípku)	← Počet vyznačených polí →	10. Hlavný smer nárazu (označte šípku)	

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

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

A

Telefon (von 9 - 16 Uhr) _____

Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug? ja nein

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 _____

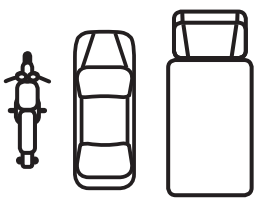
Führerschein-Nr. _____

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) _____

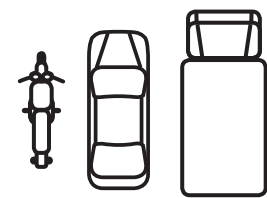
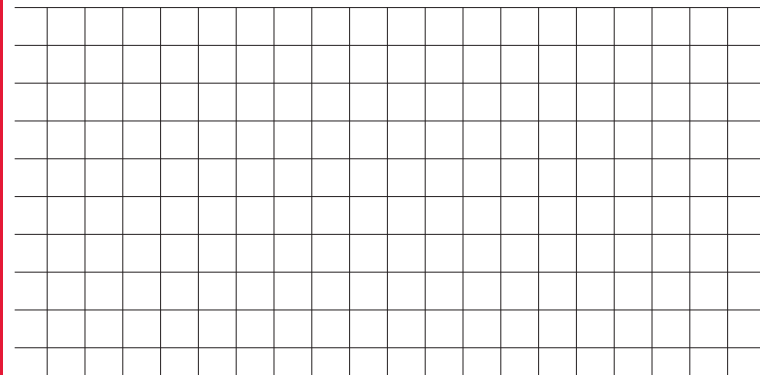
12. Bitte Zutreffendes ankreuzen

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

← Anzahl der angekreuzten Felder →

13. Unfallskizze

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

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) _____

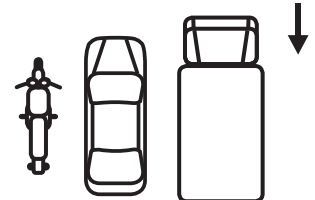
Agreed statement of facts on motor vehicle accident

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

7. Vehicle Type-Mark _____ Registration No. _____	12. Put a cross in each of the relevant spaces to help explain the plan <table border="1"> <tr><td>1</td><td>The car was parked</td><td>1</td></tr> <tr><td>2</td><td>starting to ride</td><td>2</td></tr> <tr><td>3</td><td>stopping</td><td>3</td></tr> <tr><td>4</td><td>entering the road</td><td>4</td></tr> <tr><td>5</td><td>leaving the road</td><td>5</td></tr> <tr><td>6</td><td>entering the roundabout</td><td>6</td></tr> <tr><td>7</td><td>circulating in a roundabout</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>striking the rear of the other vehicle while going in the same direction and in the same lane</td><td>8</td></tr> <tr><td>9</td><td>going in the same direction but in a different lane</td><td>9</td></tr> <tr><td>10</td><td>changing lanes</td><td>10</td></tr> <tr><td>11</td><td>overtaking</td><td>11</td></tr> <tr><td>12</td><td>turning to the right</td><td>12</td></tr> <tr><td>13</td><td>turning to the left</td><td>13</td></tr> <tr><td>14</td><td>reversing</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>encroaching in the opposite traffic lane</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>coming from the right</td><td>16</td></tr> <tr><td>17</td><td>not observing a right of way sign</td><td>17</td></tr> <tr><td colspan="3" style="text-align: center;"> ← Total number of spaces marked with a cross → </td></tr> </table>	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. _____
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 →																																																								
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.? _____		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.? _____																																																						
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
--	--	--

11. Visible damage _____ _____	13. Plane of the accident <table border="1" style="width: 100%; height: 150px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																																																																																					11. Visible damage _____ _____
14. Remarks _____ _____	16. Signatures of the participants _____ _____	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) _____	A	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) _____
--	----------	--