

ZÁZNAM O DOPRAVNÍ NEHODĚ

Pokyny k vyplnění Záznamu a další informace naleznete na zadní straně

1. Datum nehody: _____	Čas: _____	2. Místo: _____	Místo:	3. Zranění vč. lehkého:
		Stát:		ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>

4. Věcná škoda na jiných:	5. Svědci: Jména, adresy, tel.:
vozdilech než A a B ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>
předmětech ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>

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 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:

12. OKOLNOSTI NEHODY

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

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

13. Náčrt 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 makléři):

NÁZEV:

Adresa:

..... Stát:

Tel./e-mail:

Je vozidlo pojištěno havarijně?
ne ano

9. Řidič (dle řidičského průkazu):

PŘÍJMENÍ:

Jméno:

Datum narození:

Adresa:

..... Stát:

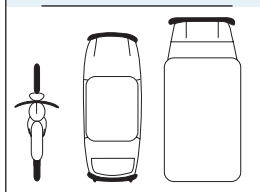
Tel./e-mail:

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:

.....

.....

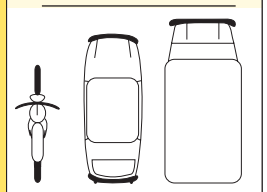
.....

14. Vlastní poznámky:

.....

.....

10. Označte šipkou body vzájemného střetu na vozidle B →



11. Viditelná poškození na vozidle B:

.....

.....

.....

14. Vlastní poznámky:

.....

.....

15. Podpisy řidičů 15.

A B

ZÁZNAM O DOPRAVNÍ NEHODĚ

Pokyny k vyplnění Záznamu a další informace naleznete na zadní straně

1. Datum nehody: _____	Čas: _____	2. Místo: _____ Místo: Stát:	3. Zranění vč. lehkého: ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>
------------------------	------------	--	---

4. Věcná škoda na jiných: vozidlech než A a B předmětech
ne ano ne ano

5. Svědci: Jména, adresy, tel.: _____
.....
.....

VOZIDLO A

6. Pojistník/pojištěný (dle dokladu o pojištění):
PŘÍJMENÍ:
Jméno:
Adresa:
PSČ: Stát:
Tel./e-mail: _____

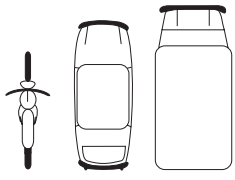
7. Vozidlo

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 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

K upřesnění náčrtu označte křížkem odpovídající políčka
*nehodící se škrtně

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

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

13. **Náčrt 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 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 15.
A B

VERKEHRSUNFALLBERICHT

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

← 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 Bescheinigung 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

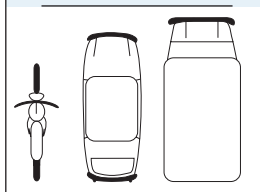
8. **Versicherungsunternehmen** (siehe Versicherungsbescheinigung):

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 →

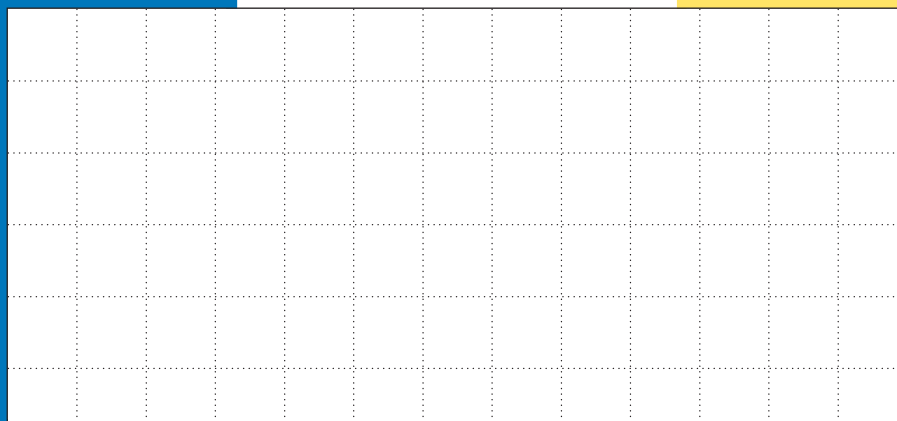


11. **Sichtbare Schäden am Fahrzeug A:**

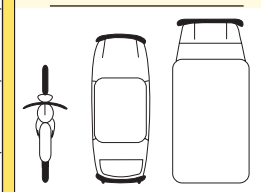
.....

14. **Eigene Bemerkungen:**

.....



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



11. **Sichtbare Schäden am Fahrzeug B:**

.....

14. **Eigene Bemerkungen:**

.....

15. **Unterschriften der Fahrer** 15.

A B

ACCIDENT STATEMENT

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: _____

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: _____
 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:

.....

14. My remarks: _____

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
<input type="checkbox"/> ←	state number of boxes marked with a cross →	<input type="checkbox"/>

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: _____

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: _____
 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

CONSTAT AMIABLE D'ACCIDENT AUTOMOBILE

1. Date de l'accident:	Heure:	2. Localisation:	Lieu:
		Pays:	3. Blessé(s) même léger(s): non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

4. Dégâts matériels à des: véhicules autres que A et B objets autres que des véhicules non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	5. Témoins: noms, adresses, tél.:
---	---

VÉHICULE A

6. Preneur d'assurance/assuré (voir attestation d'assurance):
 NOM:
 Prénom:
 Adresse:
 Code postal: Pays:
 Tél. ou e-mail:

7. Véhicule

À MOTEUR	REMORQUE
Marque, type	Marque, type
Année de construction	Année de construction
N° d'immatriculation	N° d'immatriculation
Pays d'immatriculation	Pays d'immatriculation

8. Société d'assurance (voir attestation d'assurance):
 NOM:
 N° de contrat:
 N° de carte verte:
 Attestation d'assurance ou carte verte valable
 du: au:
 Agence (ou bureau, ou courtier):
 NOM:
 Adresse:
 Pays:
 Tél. ou e-mail:
Les dégâts matériels au véhicule sont-ils assurés par le contrat?
 non oui

9. Conducteur (voir permis de conduire):
 NOM:
 Prénom:
 Date de naissance:
 Adresse:
 Pays:
 Tél. ou e-mail:
 Permis de conduire n°:
 Catégorie (A, B, ...):
 Permis valable jusqu'au:

12. CIRCONSTANCES

Mettre une croix dans chacune des cases
utilites pour préciser le croquis
* Rayer la mention inutile

↓		↓
A		B
<input type="checkbox"/>	1 * en stationnement/à l'arrêt	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2 * quittait un stationnement / ouvrait une portière	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3 prenait un stationnement	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4 sortait d'un parking, d'un lieu privé, d'un chemin de terre	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5 s'engageait dans un parking, un lieu privé, un chemin de terre	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	6 s'engageait sur une place à sens giratoire	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	7 roulait sur une place à sens giratoire	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	8 heurtait à l'arrière, en roulant dans le même sens et sur une même file	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	9 roulait dans le même sens et sur une file différente	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10 changeait de file	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	11 doublait	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	12 virait à droite	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	13 virait à gauche	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	14 reculait	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	15 empiétait sur une voie réservée à la circulation en sens inverse	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	16 venait de droite (dans un carrefour)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	17 n'avait pas observé un signal de priorité ou un feu rouge	<input type="checkbox"/>

← Indiquer le nombre de cases marquées d'une croix →

A signer obligatoirement par les DEUX conducteurs
 Ne constitue pas une reconnaissance de responsabilité mais un
 relevé des identités et des faits servant à l'accélération du règlement

13. Croquis de l'accident au moment du choc 13.

Préciser: 1. le tracé des voies - 2. la direction (par des flèches) des véhicules A,B -
 3. leur position au moment du choc - 4. les signaux routiers - 5. le nom des rues (ou routes)

VÉHICULE B

6. Preneur d'assurance/assuré (voir attestation d'assurance):
 NOM:
 Prénom:
 Adresse:
 Code postal: Pays:
 Tél. ou e-mail:

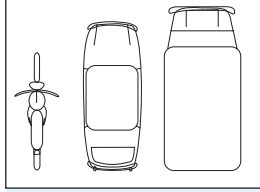
7. Véhicule

À MOTEUR	REMORQUE
Marque, type	Marque, type
Année de construction	Année de construction
N° d'immatriculation	N° d'immatriculation
Pays d'immatriculation	Pays d'immatriculation

8. Société d'assurance (voir attestation d'assurance):
 NOM:
 N° de contrat:
 N° de carte verte:
 Attestation d'assurance ou carte verte valable
 du: au:
 Agence (ou bureau, ou courtier):
 NOM:
 Adresse:
 Pays:
 Tél. ou e-mail:
Les dégâts matériels au véhicule sont-ils assurés par le contrat?
 non oui

9. Conducteur (voir permis de conduire):
 NOM:
 Prénom:
 Date de naissance:
 Adresse:
 Pays:
 Tél. ou e-mail:
 Permis de conduire n°:
 Catégorie (A, B, ...):
 Permis valable jusqu'au:

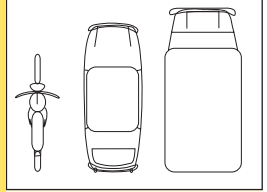
10. Indiquer le point de choc initial au véhicule A par une flèche →



11. Dégâts apparents au véhicule A:

14. Mes observations:

10. Indiquer le point de choc initial au véhicule B par une flèche →



11. Dégâts apparents au véhicule B:

14. Mes observations:

15. Signature des conducteurs 15.

A B

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 (linka 158) **vždy** když:
 - 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) 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.
- 5) 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 do bílých políček ty okolnosti (1-17), které se týkají Vaší nehody, a na konci sloupce 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 příběh dopravní nehody odlišně**.
- 4) Po úplném vyplnění záznam **podepište** a nechte jej podepsat i řidičem druhého vozidla.
- 5) Jeden výtisk si ponechte za účelem **bezodkladného** předání příslušné pojišťovně a jeden předejte druhému účastníkovi nehody. **Pozn.: po oddělení jednotlivých listů již nelze cokoli měnit či připisovat!!!!**

**Potřebujete-li zajistit odtah vozidla nebo nahlásit škodní událost,
Volejte asistenční společnost Pojišťovny VZP, a.s.:**

+420 226 294 294

Pozn: pojišťovnu tuzemského vozidla lze zjistit na: <https://ic.ckp.cz/vyhledavani>. Škody způsobené provozem vozidla bez pojištění odpovědnosti či cizozemského vozidla v ČR lze nahlásit České kanceláři pojistitelů prostřednictvím: <https://ic.ckp.cz/hlaseni>.