

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.:
vozidlech 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: _____

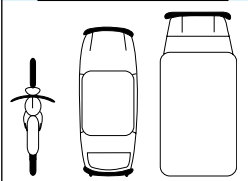
Tel./e-mail: _____

Číslo řidičského průkazu: _____

Skupina (A, B, ...): _____

Platnost řidičského průkazu do: _____

10. Označte šipkou body vzájemného střetu na vozidle A →



11. Viditelná poškození na vozidle A:

14. Vlastní poznámky:

12. OKOLNOSTI NEHODY

K upřesnění nákrasu označte křížkem odpovídající políčka

*nehodící se škrtněte

A		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	vjždělo na parkoviště, soukr. pozemek, polní, lesní apod. cestu	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6	vjždělo na kruh, 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 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. Nákras nehody v okamžiku střetu

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

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: _____

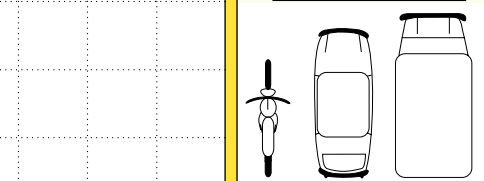
Tel./e-mail: _____

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

A _____ B _____

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 <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> objects other than vehicles <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/>	

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: _____	

12. CIRCUMSTANCES

↓	Put a cross in each of the relevant boxes to help explain the drawing	↓
A	*delete where appropriate	B
<input type="checkbox"/> 1	*parked / stopped	1 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2	*leaving a parking place / opening the door	2 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3	entering a parking place	3 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4	emerging from a car park, from private ground, from field, forrest track and the like	4 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 5	entering a car park, private ground, a field, forrest track and the like	5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 6	entering a roundabout	6 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 7	circulating a roundabout	7 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 8	striking the rear of the other vehicle while going in the same direction and in the same lane	8 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 9	going in the same direction but in a different lane	9 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 10	changing lanes	10 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 11	overtaking	11 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 12	turning to the right	12 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 13	turning to the left	13 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 14	reversing	14 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 15	encroaching on a lane reserved for circulation in the opposite direction	15 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 16	coming from the right (at road junctions)	16 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 17	had not observed a right of way sign or a red light	17 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	← state number of boxes marked with a cross → <input type="checkbox"/>	

Must be signed by BOTH drivers (see 15.)
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	

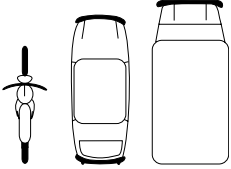
VEHICLE B

6. Insured/policyholder (see insurance certificate):	
NAME: _____	
First name: _____	
Address: _____	
Postal code: _____	Country: _____
Tel. or e-mail: _____	

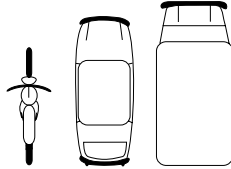
7. Vehicle	
MOTOR	TRAILER
Make, type _____	Make, type _____
Year of manufacture _____	Year of manufacture _____
Registration N° _____	Registration N° _____
Country of registration _____	Country of registration _____

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 <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/>	

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 →


<table border="1" style="width:100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;"></td> <td style="width:50%;"></td> </tr> </table>			<table border="1" style="width:100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;"></td> <td style="width:50%;"></td> </tr> </table>		

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


11. Visible damage to vehicle A:

11. Visible damage to vehicle B:

14. My remarks:

15. Signatures of the drivers	15.
A	B

14. My remarks:

VERKEHRSUNFALLBERICHT

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

4. Sachschäden an:

anderen Fahrzeugen als A und B anderen Gegenständen als Fahrzeugen

nein ja nein ja

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 Feld-, Waldweg u.ä.	<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	5	begann, in einen Parkplatz, ein privates Grundstück, einen Feld-, Waldweg u.ä. 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 eine 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 (s. 15.)
 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: _____

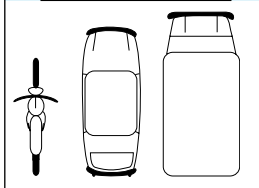
Telefon oder E-Mail: _____

Führerschein-Nr.: _____

Klasse (A, B, ...): _____

Führerschein gültig bis: _____

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



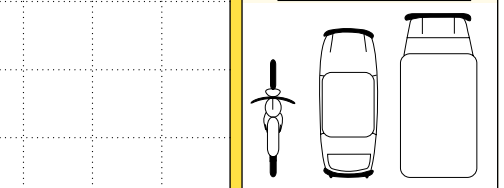
11. Sichtbare Schäden am Fahrzeug A:

14. Eigene Bemerkungen:

15. Unterschriften der Fahrer 15.

A B

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



11. Sichtbare Schäden am Fahrzeug A:

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 jinou urgentní pomoc (hasiče, policii), volejte **univerzální tísňovou linku 112**.
- 3) Při nehodě **v ČR** volejte Policii (příímá 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 šípkou (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.

Název pojišťovny	LINKA POMOCI ŘIDIČŮM		Klientská linka	Webová adresa
	ČR	zahraničí	ČR	
AIG EUROPE Limited	1224	+420 221 586 657	234 108 311	www.aig.cz
Allianz pojišťovna		+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	957 444 555	www.cpp.cz
Česká pojišťovna		+420 241 114 114	241 114 114	www.ceskapojistovna.cz
ČSOB pojišťovna		+420 222 803 442	466 100 777	www.csobpoj.cz
DIRECT pojišťovna		+420 291 291 291	221 221 221	www.direct.cz
Generali pojišťovna		+420 221 586 666	244 188 188	www.generali.cz
Hasičská vzájemná pojišťovna		+420 272 101 062	272 101 062	www.hvp.cz
Kooperativa pojišťovna		+420 266 799 779	957 105 105	www.koop.cz
PRVNÍ KLUBOVÁ pojišťovna		+420 246 097 285	734 510 530	www.prvniklubova.cz
Slavia pojišťovna		+420 255 790 260	255 790 111	www.slavia-pojistovna.cz
UNIQA pojišťovna		+420 272 101 020	488 125 125	www.uniqa.cz
Wüstenrot pojišťovna		+420 241 170 000	241 170 000	www.allianz.cz