

Správa o nehode

(Prosíme, tu opatrne odtrhnite)



Slovenská poisťovňa

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 poškodenie než na vozoch A a B áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	5. Svedkovia (spolujazdca podčiarknite)		Vyšetrowané políciou áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>

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

7. Vozidlo Typ-značka _____ ŠPZ/EČV _____	12. Vyznačte	7. Vozidlo Typ-značka _____ ŠPZ/EČV _____
8. Poistiteľ zodpovednosti za škodu z prevádzky mot. voz.	1 Vozidlo stálo	8. Poistiteľ zodpovednosti za škodu z prevádzky mot. voz.
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 súběžne	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 šípkou	(Prípady iný priebeh nehody uveďte v poznámke)	10. Hlavný smer nárazu označte šípkou

Počet vyznačených polí

13. Plánik nehody
11. Viditeľné poškodenie
14. Poznámky

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



Po podpisani vyplnené údaje nemeňte.

Unfallbericht

Unfallbericht bitte vorsichtig an der Perforation trennen!



Von beiden Fahrzeugenkern 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		Fahrzeug B	
6. Fahrzeughalter (Name und Anschrift) Herr/Frau/Fräulein/Firma	↓ A	6. Fahrzeughalter (Name und Anschrift) Herr/Frau/Fräulein/Firma	↓ B
Telefon (von 9 - 16 Uhr)		Telefon (von 9 - 16 Uhr)	
Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

7. Fahrzeug Marke, Typ	12. Bitte Zutreffendes ankreuzen	7. Fahrzeug Marke, Typ	
Amtl. Kennzeichen		1 <input type="checkbox"/> Fahrzeug war abgestellt	1 <input type="checkbox"/> Amtl. Kennzeichen
8. Haftpflichtversicherer		2 <input type="checkbox"/> setzte sich in Fahrt	2 <input type="checkbox"/> 8. Haftpflichtversicherer
Adresse:		3 <input type="checkbox"/> hielt an	3 <input type="checkbox"/>
Vers. Nr.		4 <input type="checkbox"/> fuhr aus Grundstück, Feldweg aus	4 <input type="checkbox"/> Adresse:
Nr. der Grünen Karte (Für Ausländer) "Atestation" oder Grüne Karte gültig bis		5 <input type="checkbox"/> bog in Grundstück oder Feldweg ein	5 <input type="checkbox"/> Vers. Nr.
Besteht eine Vollkasko-Versicherung? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		6 <input type="checkbox"/> bog in einen Kreisverkehr ein	6 <input type="checkbox"/> Nr. der Grünen Karte (Für Ausländer) "Atestation" oder Grüne Karte gültig bis
In welcher Versicherung?		7 <input type="checkbox"/> fuhr im Kreisverkehr	7 <input type="checkbox"/> Besteht eine Vollkasko-Versicherung? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
9. Fahrzeuglenker Name		8 <input type="checkbox"/> fuhr auf	8 <input type="checkbox"/> In welcher Versicherung?
Vorname		9 <input type="checkbox"/> fuhr in gleicher Richtung aber in einer anderen Spur	9 <input type="checkbox"/> 9. Fahrzeuglenker Name
Adresse		10 <input type="checkbox"/> wechselte die Spur	10 <input type="checkbox"/> Vorname
Führerschein-Nr.		11 <input type="checkbox"/> überholte	11 <input type="checkbox"/> Adresse
Gruppe _____ ausgestellt durch _____		12 <input type="checkbox"/> bog rechts ab	12 <input type="checkbox"/> Führerschein-Nr.
gültig ab _____ bis _____ (Für Omnibusse, Taxi usw.)		13 <input type="checkbox"/> bog links ab	13 <input type="checkbox"/> Gruppe _____ ausgestellt durch _____
10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes		14 <input type="checkbox"/> fuhr rückwärts	14 <input type="checkbox"/> gültig ab _____ bis _____ (Für Omnibusse, Taxi usw.)
		15 <input type="checkbox"/> fuhr in die Gegenfahrbahn	
		16 <input type="checkbox"/> kam von rechts	
	17 <input type="checkbox"/> beachtete Vorfahrtszeichen nicht		

10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes

	11. Sichtbare Schäden	13. Unfallskizze	
	14. Bemerkungen		
	15. Der Unfall wurde verursacht vom:		
	16. Unterschrift der Fahrzeuglenker		
	15. Der Unfall wurde verursacht vom:		
	16. Unterschrift der Fahrzeuglenker		
	11. Sichtbare Schäden		
	14. Bemerkungen		
	15. Der Unfall wurde verursacht vom:		
	16. Unterschrift der Fahrzeuglenker		

15. Der Unfall wurde verursacht vom:	16. Unterschrift der Fahrzeuglenker	15. Der Unfall wurde verursacht vom:
Lenker des Fahrzeugs A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Lenker des Fahrzeugs A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Lenker des Fahrzeugs B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Lenker des Fahrzeugs B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Mitverschulden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Mitverschulden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Anderer (Name und Anschrift)		Anderer (Name und Anschrift)



Nach Unterschrift und Trennung der Blätter nichts mehr ändern!

Constat amiable d'accident automobile

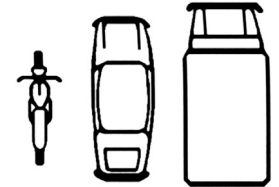
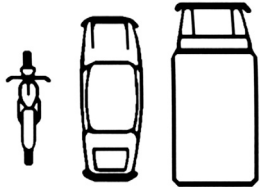
A remplir par les deux conducteurs

1. Date de l'accident	Heure	2. Lieu (rue, numéro, év. borne kilométrique, commune, pays)	3. Blessé(s) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
4. Dégâts matériels autres qu'aux véhicules A et B oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	5. Témoins (soulignez les passagers)		Instruit par la police oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Vehicule A		Vehicule B	
6. Nom, prénom et adresse de l'assuré		6. Nom, prénom et adresse de l'assuré	
Téléphone (de 9H à 16H)		Téléphone (de 9H à 16H)	
Est-il payeur de la TVA?		Est-il payeur de la TVA?	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

7. Véhicule Marque, type _____ No. d'immatr. _____	<p>12. Mettre une croix dans chacune des cases utiles</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1</td><td>en stationnement</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2</td><td>quittait un stationnement</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>3</td><td>prenait un stationnement</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>4</td><td>sortait d'un parking, d'un lieu privé, d'un chemin de terre</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>5</td><td>s'engageait dans un parking, un lieu privé, un chemin de terre</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>6</td><td>s'engageait sur une place a sens giratoire</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>7</td><td>roulait sur une place a sens giratoire</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>8</td><td>heurtait a l'arriere l'autre véhicule qui roulait dans le meme sens et sur la meme file</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>9</td><td>roulait dans le meme sens et sur une file différente</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>10</td><td>changeait de file</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>11</td><td>doublait</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>12</td><td>virait a droite</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>13</td><td>virait a gauche</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>14</td><td>reculait</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>15</td><td>empiétait sur la partie de chaussée réservée a la circulation en sens inverse</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>16</td><td>venait de droite</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>17</td><td>n'avait pas observé le signal de priorité</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	1	en stationnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	quittait un stationnement	<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 a sens giratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	roulait sur une place a sens giratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	heurtait a l'arriere l'autre véhicule qui roulait dans le meme sens et sur la meme file	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9	roulait dans le meme 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 a droite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13	virait a gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14	reculait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15	empiétait sur la partie de chaussée réservée a la circulation en sens inverse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16	venait de droite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17	n'avait pas observé le signal de priorité	<input type="checkbox"/>	7. Véhicule Marque, type _____ No. d'immatr. _____
<input type="checkbox"/>		1	en stationnement	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/>		2	quittait un stationnement	<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 a sens giratoire	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/>		7	roulait sur une place a sens giratoire	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/>		8	heurtait a l'arriere l'autre véhicule qui roulait dans le meme sens et sur la meme file	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/>		9	roulait dans le meme 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 a droite	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/>		13	virait a gauche	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/>		14	reculait	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/>		15	empiétait sur la partie de chaussée réservée a la circulation en sens inverse	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/>		16	venait de droite	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/>	17	n'avait pas observé le signal de priorité	<input type="checkbox"/>																																																																			
8. Sté d'assurance R.C.	8. Sté d'assurance R.C.																																																																					
Adresse _____	Adresse _____																																																																					
No. de contrat _____	No. de contrat _____																																																																					
No. de la carte verte (pour les étrangers)	No. de la carte verte (pour les étrangers)																																																																					
Validité de la carte verte valable du _____ jusqu'au _____	Validité de la carte verte valable du _____ jusqu'au _____																																																																					
Les dégâts matériels au véhicule sont-ils assurés? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Les dégâts matériels au véhicule sont-ils assurés? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>																																																																					
Sté d'assurance _____	Sté d'assurance _____																																																																					
9. Conducteur Nom _____	9. Conducteur Nom _____																																																																					
Prénom _____	Prénom _____																																																																					
Adresse _____	Adresse _____																																																																					
Permis de conduire No. _____	Permis de conduire No. _____																																																																					
Catégorie _____ délivré par _____	Catégorie _____ délivré par _____																																																																					
Valable du _____ jusqu'au _____ (pour les bus et les taxis)	Valable du _____ jusqu'au _____ (pour les bus et les taxis)																																																																					

10. Indiquez par une fleche le point de choque initial



11. Dégâts apparents

11. Dégâts apparents

14. Observations

14. Observations

15. Responsable de l'accident

Conducteur du véhicule A oui non

Conducteur du véhicule B oui non

Complicité oui non

Autre (nom, adresse) _____

15. Responsable de l'accident

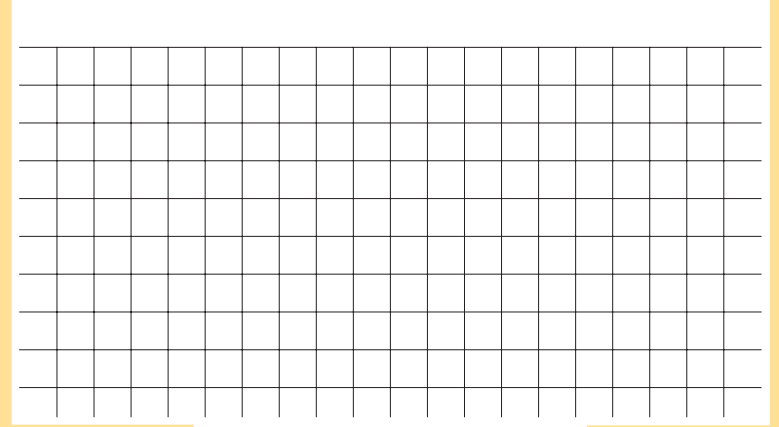
Conducteur du véhicule A oui non

Conducteur du véhicule B oui non

Complicité oui non

Autre (nom, adresse) _____

13. Croquis de l'accident



16. Signatures des personnes intéressées



Ne rien modifier au constat apres les signatures.