

Záznam o nehode

Služi k dokumentácii priebehu nehody za účelom rýchlejšieho vybavenia náhrady škody, má informatívny charakter a neslúži ako náhrada za oznámenie, resp. uplatnenie škody z prevádzky motorového vozidla.

Vyplnia vodiči obidvoch vozidiel.

1. Dátum nehody _____	Hodina _____	2. Miesto (ulica, č. domu resp. kilometrovník) _____	3. Zranení? áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
4. Iná škoda ako na vozidlách A a B áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	5. Svedkovia (meno, priezvisko, adresa, telefón – spolujazdca podčiarknuť) _____		5a. Vyšetrené políciou? áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> Kým: _____

Vozidlo A

6. Poistený (priezvisko, meno a adresa) _____

Telefón (od 9.00 do 16.00 hod.) _____

Platca DPH áno nie

7. Vozidlo
 Tov. značka, typ _____
 Rok výroby _____
 EČV _____

8. Poisťovateľ
 Adresa pobočky _____

Číslo poisť. zodpovednosti _____
 Číslo zelenej karty _____
 Hraničné poistenie platné do _____

Je vozidlo havarijne poistené?
 áno nie

Poisťovateľ _____

9. Vodič
 Priezvisko _____
 Meno _____
 Adresa _____

Číslo vodičského preukazu _____
 Skupina Vydal _____

12. Zaškrtnite zodpovedajúce body vozidla

<input type="checkbox"/>	1	bolo zaparkované	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2	rozbiehalo sa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3	zastavovalo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4	vychádzalo z parkoviska, súkromn. pozemku, poľnej cesty	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5	odbočovalo na parkovisko, súkromn. pozemok, poľnú cestu	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	6	vchádzalo do kruhového objazdu	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	7	išlo v kruhovom objazde	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	8	narazilo zozadu pri jazde rovnakým smerom v rovnakom pruhu	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	9	išlo rovnobežne v inom jazdnom pruhu	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10	menilo jazdný pruh	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	11	predchádzalo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	12	odbočovalo vpravo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	13	odbočovalo vľavo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	14	cúvalo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	15	išlo v protismere	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	16	predchádzalo zprava	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	17	nedalo prednosť v jazde	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Počet označených políčok		<input type="checkbox"/>

Vozidlo B

6. Poistený (priezvisko, meno a adresa) _____

Telefón (od 9.00 do 16.00 hod.) _____

Platca DPH áno nie

7. Vozidlo
 Tov. značka, typ _____
 Rok výroby _____
 EČV _____

8. Poisťovateľ
 Adresa pobočky _____

Číslo poisť. zodpovednosti _____
 Číslo zelenej karty _____
 Hraničné poistenie platné do _____

Je vozidlo havarijne poistené?
 áno nie

Poisťovateľ _____

9. Vodič
 Priezvisko _____
 Meno _____
 Adresa _____

Číslo vodičského preukazu _____
 Skupina Vydal _____

10. Šípkou označte body vzájomného stretu

13. Nákres
 Označte: 1. cesta, 2. smer jazdy vozidiel A a B, 3. postavenie vozidiel v okamihu stretu, 4. dopravné značky, 5. názvy ulíc

A

B

10. Šípkou označte body vzájomného stretu

11. Viditeľné poškodenia

11. Viditeľné poškodenia

14. Poznámky

15. Podpisy vodičov

A

B

14. Poznámky

Po podpísaní a oddelení listov už nie je možné meniť údaje.

VYHLÁSENIE

(Vyplní poistník a ihneď zašle svojej poisťovni)

<p>■ PREHLAD SPRÁV ÚRADNÝCH ORGÁNOV Bola spísaná oficiálna úradná správa?</p> <p>Kto ju spísal? Číslo úradnej správy (ak bolo pridelené)</p> <p>Podrobil sa vodič Vášho vozidla krvnému testu, prípadne inému testu na zistenie prítomnosti alkoholu v krvi? Odmietol vodič Vášho vozidla test na zistenie prítomnosti alkoholu v krvi?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> nie</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> áno</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px dotted black; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px dotted black; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nie</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> áno</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nie</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> áno</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno					<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno								
<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno																		
<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno																		
<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno																		
<p>■ VAŠE VOZIDLO: VIN/č. karosérie, evidenčné č. Objem valcov (cm³) / výkon motora (kW) Účel použitia v čase dopravnej nehody Dátum posledného certifikátu vydaného technickou kontrolou (STK)</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>súkromné - služobné - profesionálne*</p>																		
<p>■ OPRAVOVNĀ: názov/meno a adresa:</p> <p>Je vozidlo nepojazdné?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> nie</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> áno</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno																
<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno																		
<p>■ PRÍVES NA VAŠOM VOZIDLE Továrenská značka a typ VIN/č. karosérie Maximálna prípustná hmotnosť (vrátane nákladu)</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>																		
<p>■ VODIČ VÁŠHO VOZIDLA Je vodičom z povolania? Aké mal postavenie ako vodič? Jeho dátum narodenia</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> nie</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> áno</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px dotted black; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px dotted black; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px dotted black; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px dotted black; height: 15px;"></td> </tr> </table> <p>oprávnený vodič - majiteľ - príbuzný - priateľ - správca garáže</p>	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno																
<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno																		
<p>■ DPH Aká je profesia vlastníka vozidla? Aké je jeho daňové registračné číslo? Má povolené odpočítať si z DPH majetkové škody? V prípade, že áno</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> nie</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> áno</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px dotted black; height: 15px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px dotted black; height: 15px;"></td> </tr> </table> <p>úplne - čiastočne*%</p>	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno																
<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno																		
<p>■ ZRANENÉ OSOBY (uvedte priezviská, mená, adresy a telefónne čísla zranených osôb a charakter zranení) Vo Vašom vozidle:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Vo vozidle druhého vodiča:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Mimo vozidiel:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>																			
<p>■ ŠKODY NA INÝCH VECIACH ako na vozidlách A a B (charakter a miera poškodenia)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Mená a adresy poškodených</p> <p>.....</p>																			
<p>■ ZODPOVEDNOSŤ: Kto je podľa Vášho názoru zodpovedný za dopravnú nehodu a prečo?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>																			
<p>■ UVEĎTE, PROTI AKÝM NEBEZPEČENSTVÁM JE VAŠE VOZIDLO POISTENÉ:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 16.6%;">ZODPOVEDNOSŤ DRUHEJ OSOBE</th> <th style="width: 16.6%;">ŠKODY NA VECIACH</th> <th style="width: 16.6%;">POŽIAR</th> <th style="width: 16.6%;">KRÁDEŽ</th> <th style="width: 16.6%;">PRÁVNÁ OCHRANA</th> <th style="width: 16.6%;">PREPRAVOVANÉ OSOBY</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Poisťovňa, meno</td> <td>meno</td> <td>meno</td> <td>meno</td> <td>meno</td> <td>meno</td> </tr> <tr> <td>Poisťovňa, číslo</td> <td>číslo</td> <td>číslo</td> <td>číslo</td> <td>číslo</td> <td>číslo</td> </tr> </tbody> </table>		ZODPOVEDNOSŤ DRUHEJ OSOBE	ŠKODY NA VECIACH	POŽIAR	KRÁDEŽ	PRÁVNÁ OCHRANA	PREPRAVOVANÉ OSOBY	Poisťovňa, meno	meno	meno	meno	meno	meno	Poisťovňa, číslo	číslo	číslo	číslo	číslo	číslo
ZODPOVEDNOSŤ DRUHEJ OSOBE	ŠKODY NA VECIACH	POŽIAR	KRÁDEŽ	PRÁVNÁ OCHRANA	PREPRAVOVANÉ OSOBY														
Poisťovňa, meno	meno	meno	meno	meno	meno														
Poisťovňa, číslo	číslo	číslo	číslo	číslo	číslo														
<p>Vyhotovené v dňa 20</p> <p style="text-align: center;">Meno Priezvisko</p> <p style="text-align: center;">Podpis</p>																			

* Vhodné zakrúžkujte!