

1. Dátum nehody: _____ Čas: _____
 2. Miesto: _____ Miesto: _____
 Štát: _____
 3. Zranenie vrát. ľahkého: _____
 nie áno

4. Vecná škoda na iných:
 vozidlách ako A a B predmetoch
 nie áno nie áno

5. Svedkovia: mená, adresy, tel.: _____

VOZIDLO A

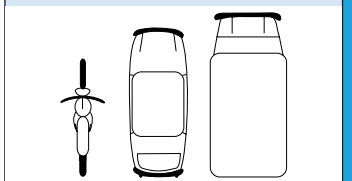
6. Poistník/poistený (podľa dokladovo poistení):
 PRIEZVISKO: _____
 Meno: _____
 Adresa: _____
 PSČ: _____ Štát: _____
 Tel./e-mail: _____

7. Vozidlo	PRÍPOJNÉ VOZIDLO
MOTOROVÉ VOZIDLO	
Tov. značka, typ	
Evidenčné číslo	Evidenčné číslo
Štát registrácie	Štát registrácie

8. Poist'ovateľ (podľa dokladov o poistení)
 NÁZOV: _____
 Číslo poist. zmluvy: _____
 Číslo zelenej karty: _____
 Doklad o poistení alebo zelená karta platný
 od: _____ do: _____
 Pobočka (obch. zást. alebo maklér): _____
 NÁZOV: _____
 Adresa: _____ Štát: _____
 Tel./e-mail: _____
 Je vozidlo poistené havarijne?
 nie áno

9. Vodič (podľa vodičského preukazu):
 PRIEZVISKO: _____
 Meno: _____
 Dátum narodenia: _____
 Adresa: _____ Štát: _____
 Tel./e-mail: _____
 Číslo vodičského preukazu: _____
 Skupina (A, B, ...): _____
 Platnosť vodičského preukazu do: _____

10. Označte šípkou body vzájomného stretu na vozidle A →



11. Viditeľné poškodenie na vozidle A:

14. Vlastné poznámky:

15. Nehodu zaviniť: Vodič vozidla A: *nie* *áno*
 Vodič vozidla B: *nie* *áno*
 Spoluviná: *nie* *áno*
 Iný (meno, adresa): _____

12. OKOLNOSTI NEHODY

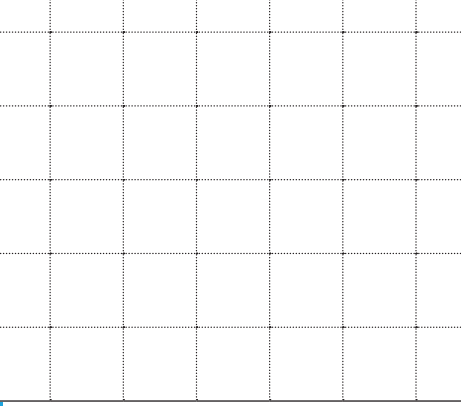
K upresneniu nákrasu označte križikom zodpovedajúce kolónky

↓	A		B
<input type="checkbox"/>	1	* nehodiace sa škrtnite	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2	* parkovalo/stálo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3	* vychádzalo z parkoviska / otvorené dvere	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4	zaparkovávalo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5	vychádzalo z parkoviska súkromného pozemku, poľnej cesty	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	6	vchádzalo na parkovisko, súkromný pozemok, poľnú cestu	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	7	vchádzalo na kruhový objazd	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	8	išlo na kruhovom objazde	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	9	narazilo zo zadu pri jazde rovnakým smerom v rovnakom pruhu	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10	išlo súbežne v inom jazdnom pruhu	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	11	menilo jazdný pruh	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	12	prechádzalo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	13	odbočovalo vpravo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	14	odbočovalo vľavo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	15	cúvalo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	16	vošlo do protismeru	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	17	prichádzalo sprava (na križovatke)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	18	nerespektovalo prednosť v jazde, alebo červenú na semafore	<input type="checkbox"/>

◀ označte počet označených kolóniek ▶

Nevyhnutné podpísať obidvoma vodičmi
 Nie priznaním zodpovednosti, slúži k záznamu údajov a okolností nehody za účelom rýchlejšieho vysporiadania náhrady škody

13. Nákras nehody v čase stretnutia vozidiel



16. Podpisy vodičov _____

VOZIDLO B

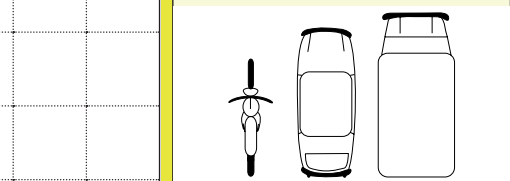
6. Poistník/poistený (podľa dokladovo poistení):
 PRIEZVISKO: _____
 Meno: _____
 Adresa: _____
 PSČ: _____ Štát: _____
 Tel./e-mail: _____

7. Vozidlo	PRÍPOJNÉ VOZIDLO
MOTOROVÉ VOZIDLO	
Tov. značka, typ	
Evidenčné číslo	Evidenčné číslo
Štát registrácie	Štát registrácie

8. Poist'ovateľ (podľa dokladov o poistení)
 NÁZOV: _____
 Číslo poist. zmluvy: _____
 Číslo zelenej karty: _____
 Doklad o poistení alebo zelená karta platný
 od: _____ do: _____
 Pobočka (obch. zást. alebo maklér): _____
 NÁZOV: _____
 Adresa: _____ Štát: _____
 Tel./e-mail: _____
 Je vozidlo poistené havarijne?
 nie áno

9. Vodič (podľa vodičského preukazu):
 PRIEZVISKO: _____
 Meno: _____
 Dátum narodenia: _____
 Adresa: _____ Štát: _____
 Tel./e-mail: _____
 Číslo vodičského preukazu: _____
 Skupina (A, B, ...): _____
 Platnosť vodičského preukazu do: _____

10. Označte šípkou body vzájomného stretu na vozidle B →



11. Viditeľné poškodenie na vozidle B:

14. Vlastné poznámky:

15. Nehodu zaviniť: Vodič vozidla A: *nie* *áno*
 Vodič vozidla B: *nie* *áno*
 Spoluviná: *nie* *áno*
 Iný (meno, adresa): _____

CAR ACCIDENT REPORT Must be signed by both drivers.



W DOBROM AJ V ZLOM

1. Date of accident: _____ Time: _____ 2. City: _____ Place: _____ 3. Injuries: _____
 Country: _____ no yes

4. Other damages: Other than car damages A a B Damages on other objects
 no yes no yes

5. Witnesses: names, addresses, phones: _____

VEHICLE A

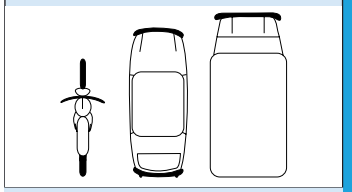
6. Insured: SURNAME: _____
 Name: _____
 Address: _____
 Zip code: _____ Country: _____
 Phone/e-mail: _____

MOTOR VEHICLE	TRAILER
Make - Type	
Registration No.	Registration No.
Country of Registration	Country of Registration

8. Insurer (Motor Third Party Liability Insurance): NAME: _____
 Insurance Contract No.: _____
 Green Card No.: _____
 Green Card validity
 From: _____ Till: _____
 Branch (business agent): _____
 NAME: _____
 Address: _____
 Country: _____
 Phone/e-mail: _____
 Car insured (Motor Hull Insurance)?
 no yes

9. Driver (due to driving licence): SURNAME: _____
 Name: _____
 Date of birth: _____
 Address: _____
 Country: _____
 Phone/e-mail: _____
 Driving licence No. _____
 Class (A, B, ...): _____
 Driving licence is valid till: _____

10. Indicate by an arrow the point of initial impact car A →



11. Visible damage car A: _____

14. Notes: _____

15. Accident caused by: Vehicle driver A: no yes
 Vehicle driver B: no yes
 Common fault: no yes
 Other (name, address): _____

12. ACCIDENT CIRCUMSTANCES

Put a cross in each of the relevant spaces to help explain the plan

↓	A	*	delete one alternative	B
	<input type="checkbox"/> 1	*	the car was parked/steady	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	*	leaving a parking place/ open door	<input type="checkbox"/> 2
	<input type="checkbox"/> 3		the car was parking	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4		entering the road	<input type="checkbox"/> 4
	<input type="checkbox"/> 5		leaving the road	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> 6		entering a roundabout	<input type="checkbox"/> 6
	<input type="checkbox"/> 7		leaving 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		ncroaching in the opposite traffic lane	<input type="checkbox"/> 15
	<input type="checkbox"/> 16		coming from the right (on the crossroad)	<input type="checkbox"/> 16
	<input type="checkbox"/> 17		The car did not respect a „give way“ sign or traffic lights	<input type="checkbox"/> 17
	<input type="checkbox"/> ←		Total number of spaces marked with a cross	<input type="checkbox"/> →

Must be signed by both drivers
 This is not acknowledgement of a responsibility. This document is designed to record accident circumstances for purpose of damage recompensation.

13. Must be signed by both drivers 13.
 Please mark: 1. direction of traffic lanes 2. driving direction of vehicles A, B (by arrow) 3. position at the moment of collision 4. traffic signs 5. street names

VEHICLE B

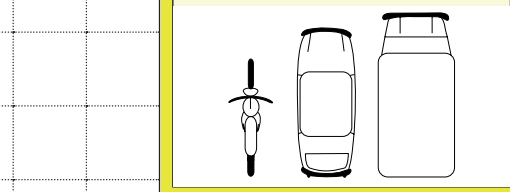
6. Insured: SURNAME: _____
 Name: _____
 Address: _____
 Zip code: _____ Country: _____
 Phone/e-mail: _____

MOTOR VEHICLE	TRAILER
Make - Type	
Registration No.	Registration No.
Country of Registration	Country of Registration

8. Insurer (Motor Third Party Liability Insurance): NAME: _____
 Insurance Contract No.: _____
 Green Card No.: _____
 Green Card validity
 From: _____ Till: _____
 Branch (business agent): _____
 NAME: _____
 Address: _____
 Country: _____
 Phone/e-mail: _____
 Car insured (Motor Hull Insurance)?
 no yes

9. Driver (due to driving licence): SURNAME: _____
 Name: _____
 Date of birth: _____
 Address: _____
 Country: _____
 Phone/e-mail: _____
 Driving licence No. _____
 Class (A, B, ...): _____
 Driving licence is valid till: _____

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



11. Visible damage car B: _____

14. Notes: _____

15. Accident caused by: Vehicle driver A: no yes
 Vehicle driver B: no yes
 Common fault: no yes
 Other (name, address): _____

16. Signatures of the drivers 16.

A

B