

SPRÁVA O NEHODE

1. Dátum nehody: _____	Čas: _____	2. Mesto: _____	Miesto: _____	3. Zranenie vrát. ľahkého:
		Štát: _____		nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/>

4. Vecná škoda na iných:	5. Svedkovia – mená, adresy, tel.:
vozidlách ako A a B predmetoch nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/>

VOZIDLO A

6. Poistník/poistený (podľa dokladov o poistení)

PRIEZVISKO:

Meno:

Adresa:

PSČ Štát:

Tel./e-mail: _____

7. Vozidlo

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

8. Poisťovateľ (podľa dokladov o poistení)

NÁZOV:

číslo poisť. zmluvy:

číslo zelenej karty:

Doklad o poistení alebo zelená karta platná 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:

12. Okolnosti nehody

K upresneniu nákrasu označte krížikom zodpovedajúce kolónky
*nehodiace sa škrtnite

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

← **označte počet označených kolónok** →

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

VOZIDLO B

6. Poistník/poistený (podľa dokladov o poistení)

PRIEZVISKO:

Meno:

Adresa:

PSČ Štát:

Tel./e-mail: _____

7. Vozidlo

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

8. Poisťovateľ (podľa dokladov o poistení)

NÁZOV:

číslo poisť. zmluvy:

číslo zelenej karty:

Doklad o poistení alebo zelená karta platná 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 šípku body vzájomného stretu na vozidle A →

11. Viditeľné poškodenie na vozidle A

.....

.....

.....

14. Vlastné poznámky

.....

.....

.....

13. Nákras nehody v čase stretu vozidiel

Označte: 1. smer jazdných pruhov, 2. smer jazdy vozidiel A, B (šípku), 3. ich postavenie v čase stretu, 4. dopravné značky, 5. názvy ulíc

10. označte šípku body vzájomného stretu na vozidle B →

11. Viditeľné poškodenie na vozidle B

.....

.....

.....

14. Vlastné poznámky

.....

.....

.....

15. Podpisy vodičov

14.1. Nehodu zaviniť

Vodič vozidla A	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Vodič vozidla B	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Spoluviná	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Iný (meno, adresa)

A

14.1. Nehodu zaviniť

Vodič vozidla A	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Vodič vozidla B	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Spoluviná	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Iný (meno, adresa)

B



SPRÁVA O NEHODE

Tento záznam o nehode môžete použiť pri všetkých dopravných nehodách na území Európy.

ZACHOVAJTE, PROSÍM, POKOJ.

Pomôžeme vám.

Volajte UNIQA asistenčnú linku +421 2 58 252 188.

Ako postupovať po dopravnej nehode?

1. Ak je niekto zranený, volajte európsku tiesňovú linku 112.
2. Zaistite miesto nehody (trojuholník, reflexná vesta, výstražné svetlá a pod.).
3. Miesto nehody z rôznych uhlov vyfotografujte a prípadne aj premerajte, pri nevyhnutnej manipulácii zakreslite polohu vozidiel.
4. Vyplňte túto Správu o nehode.
Čítajte inštrukcie uvedené nižšie.
5. Ak si neviete poradiť, volajte na vyššie uvedenú UNIQA linku.

Pokyny na použitie formulára

Na mieste nehody

1. Použijete len jednu sadu formulárov pre 2 zúčastnené vozidlá (dve sady pre 3 zúčastnené vozidlá atď.). Informácie účastníkov sa nemusia vždy zhodovať. Ak sú však v rozpore informácie v bodoch popisujúcich okolnosti nehody (10 - 13), je vhodné zavolať políciu.
2. Pri vyplňovaní záznamu o nehode dávajte pozor na nasledujúce:
 - v oddiele A vyplňte údaje vzťahujúce sa na vozidlo, ktoré ste riadili, oddiel B nechajte vyplniť ďalšieho účastníka nehody,
 - otázky v bode 8 sa vzťahujú na poistenie vozidla (poistka, zelená karta),
 - otázky v bode 9 sa vzťahujú na vodiča, ktorý viedol vozidlo v dobe udalosti,
 - označte presne miesto stretu (bod 10),
 - v bode 12 označte krížikom tie varianty (1 - 17), ktoré sa týkajú vašej nehody a na konci uveďte počet vami označených políčok,
 - vyhotovte podrobný a prehľadný náčrt nehody (bod 13).
3. Uveďte prípadných svedkov nehody, ich mená a adresy, najmä pokiaľ sa váš názor líši od ostatných účastníkov nehody.
4. Podpíšte tento záznam o dopravnej nehode a nechajte ho podpísať aj druhému vodičovi. Jeden výtlačok odovzdajte druhému účastníkovi, originál si ponechajte pre svoju potrebu a doloženie zapísaných okolností o udalosti. Pokiaľ nie je vodič identický s držiteľom/prevádzkovateľom, je potrebné záznam nechať podpísať aj držiteľom/prevádzkovateľom.

Po nehode

1. Uveďte, kedy a kde by mohla byť vykonaná odborná prehliadka vozidla.
2. Formulár odovzdajte bezodkladne poisťovni, v ktorej bude škodová udalosť riešená.
3. Dopravnú nehodu vždy nahláste na UNIQA linke +421 232 600 100

Zvláštne prípady

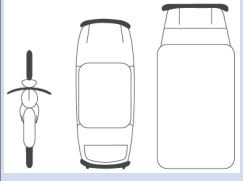
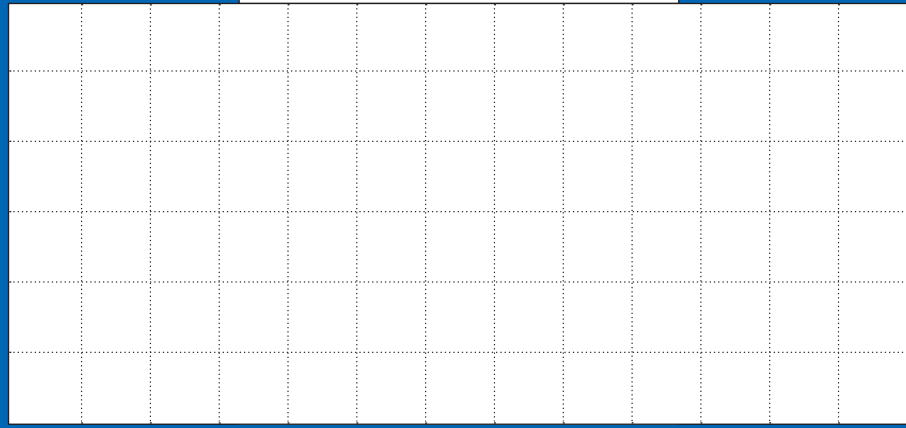
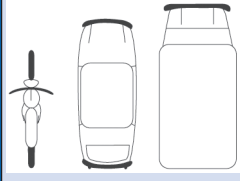
Ak má druhý účastník nehody ten istý formulár schválený Comités Européen Assurances, ale v inej reči, sú tieto formuláre rovnaké. Môžete si preto jeho obsah bod po bode na základe vlastného formulára preložiť. Z tohto dôvodu sú jednotlivé body očíslované. Tento formulár slúži taktiež pre nehody bez účasti ďalších účastníkov nehody. V prípade havarijného poistenia ide napr. o škody na vlastnom vozidle, pri krádeži, ohni a pod.

ACCIDENT STATEMENT

1. Date of accident: _____	Time: _____	2. Locality: _____ Country:	Place: _____	3. Injury(es) even if slight: no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--------------------	---	---------------------	--

4. Material damage: Other than to vehicles A and B objects other than vehicles no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/>	5. Witnesses: names, addresses, tel.:
---	---

VEHICLE A	12. CIRCUMSTANCES	VEHICLE B															
6. Insured/policyholder (see insurance certificate) Surname: First name: Address: Postal code: Country:..... Tel. or E-mail:	Put a cross in each of the relevant boxes to help explain in the driving *delete where appropriate 1 <input type="checkbox"/> *parked/stopped 2 <input type="checkbox"/> *leaving a parking place/ opening the door 3 <input type="checkbox"/> entering a parking place 4 <input type="checkbox"/> emerging from a car park, from private ground, from a track 5 <input type="checkbox"/> entering a car park, private ground, a track 6 <input type="checkbox"/> entering a roundabout 7 <input type="checkbox"/> circulating a roundabout 8 <input type="checkbox"/> striking the rear of the other vehicle while going in the same direction and in the same lane 9 <input type="checkbox"/> going in the same direction but in a different lane 10 <input type="checkbox"/> changing lanes 11 <input type="checkbox"/> overtaking 12 <input type="checkbox"/> turning to the right 13 <input type="checkbox"/> turning to the left 14 <input type="checkbox"/> reversing 15 <input type="checkbox"/> encroaching on a lane reserved for circulation in the opposite direction 16 <input type="checkbox"/> coming from the right (at road junctions) 17 <input type="checkbox"/> had not observed a right of way sign or a red light 18 <input type="checkbox"/> state number of boxes marked with a cross	6. Insured/policyholder (see insurance certificate) Surname: First name: Address: Postal code: Country:..... Tel. or E-mail:															
7. Vehicle <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:50%;">MOTOR</th> <th style="width:50%;">TRAILER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Make, type</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Registration N°</td> <td>Registration N°</td> </tr> <tr> <td>Country of registration</td> <td>Country of registration</td> </tr> </tbody> </table>	MOTOR	TRAILER	Make, type	Registration N°	Registration N°	Country of registration	Country of registration	7. Vehicle <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:50%;">MOTOR</th> <th style="width:50%;">TRAILER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Make, type</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Registration N°</td> <td>Registration N°</td> </tr> <tr> <td>Country of registration</td> <td>Country of registration</td> </tr> </tbody> </table>	MOTOR	TRAILER	Make, type	Registration N°	Registration N°	Country of registration	Country of registration
MOTOR	TRAILER																
Make, type																
Registration N°	Registration N°																
Country of registration	Country of registration																
MOTOR	TRAILER																
Make, type																
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"/>	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.	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): Surname: First name: Date of birth: Address: Country:..... Tel. or E-mail: Driving licence n°:..... Category (A, B, ...):..... Driving licence valid until:.....	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	9. Driver (see driving licence): Surname: 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 → 		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	14.1. Accident caused by Vehicle driver A yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Vehicle driver B yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Common fault yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Other (name, address)	15. Signatures of the drivers 15.	14.1. Accident caused by Vehicle driver A yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Vehicle driver B yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Common fault yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Other (name, address)	14. My remarks
--	---	---	---	--