

1. Dátum nehody	Hodina	2. Miesto (ulica, č. domu, kilometer cesty, mesto, štát)	3. Vyšetované políciou <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
4. Iné poškodenie než na vozoch A a B <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	5. Svedkovia (spolujazdca podčiarknite)		Zranení <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie

**Vozidlo A**

6. Držiteľ (meno, adresa)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefón (9 - 16 hodín) \_\_\_\_\_

Platiteľ DPH  áno  nie

**Vozidlo B**

6. Držiteľ (meno, adresa)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefón (9 - 16 hodín) \_\_\_\_\_

Platiteľ DPH  áno  nie

7. Vozidlo  
Typ-značka \_\_\_\_\_  
ŠPZ/EČV \_\_\_\_\_

8. Poistiteľ zodpovednosti za škodu z prevádzky mot. voz.

\_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_  
Číslo poistky \_\_\_\_\_  
Zelená karta číslo \_\_\_\_\_

(Pre cudzincov) Platí do: \_\_\_\_\_  
Platnosť zelenej karty

Vozidlo poistené havarijne (KASKO)

áno  nie

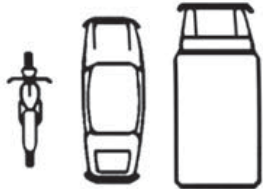
V ktorej poisťovni? \_\_\_\_\_

9. Vodič  
Meno \_\_\_\_\_  
Priezvisko \_\_\_\_\_  
Adresa \_\_\_\_\_  
Vodič. pr. č. \_\_\_\_\_  
Skup. \_\_\_\_\_ Vystavil \_\_\_\_\_

Platný od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

(Pre bus, taxi)

10. Hlavný smer nárazu  
označte šípkou



11. Viditeľné poškodenie

\_\_\_\_\_

14. Poznámky

\_\_\_\_\_

15. Nehodu zaviniť

Vodič vozidla A  áno  nie

Vodič vozidla B  áno  nie

Spoluvina  áno  nie

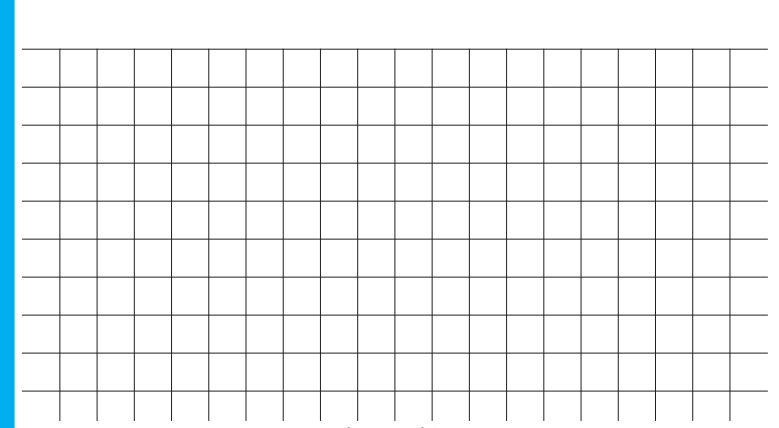
Iný (meno, adresa) \_\_\_\_\_

## 12. Vyznačte

- |                          |    |   |    |                          |
|--------------------------|----|---|----|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1  | Vozidlo stálo   | 1  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 2  | Vozidlo sa pohýnalo   | 2  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 3  | Vozidlo zastavovalo   | 3  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 4  | Vozidlo vychádzalo z miesta ležiaceho mimo cesty                                    | 4  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 5  | Vozidlo odbočovalo na miesto ležiace mimo cesty                                     | 5  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 6  | Vozidlo vchádzalo na kruhový objazd   | 6  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 7  | Vozidlo išlo po kruhovom objazde  | 7  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 8  | Vozidlo narazilo do zadnej časti vozidla idúceho tým istým smerom v tom istom pruhu | 8  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 9  | Vozidlo išlo súběžne  | 9  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 10 | Vozidlo prechádzalo z pruhu do pruhu  | 10 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 11 | Vozidlo predchádzalo  | 11 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 12 | Vozidlo odbočovalo vpravo   | 12 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 13 | Vozidlo odbočovalo vľavo  | 13 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 14 | Vozidlo cúvalo  | 14 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 15 | Vozidlo prešlo do protismeru  | 15 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 16 | Vozidlo prišlo sprava   | 16 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 17 | Vozidlo nedalo prednosť v jazde   | 17 | <input type="checkbox"/> |
- (Prípadný iný priebeh nehody uveďte v poznámke)

Počet vyznačených polí

## 13. Plánik nehody



## 16. Podpis vodičov

A ..... B .....

7. Vozidlo  
Typ-značka \_\_\_\_\_  
ŠPZ/EČV \_\_\_\_\_

8. Poistiteľ zodpovednosti za škodu z prevádzky mot. voz.

\_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_  
Číslo poistky \_\_\_\_\_  
Zelená karta číslo \_\_\_\_\_

(Pre cudzincov) Platí do: \_\_\_\_\_  
Platnosť zelenej karty

Vozidlo poistené havarijne (KASKO)

áno  nie

V ktorej poisťovni? \_\_\_\_\_

9. Vodič  
Meno \_\_\_\_\_  
Priezvisko \_\_\_\_\_  
Adresa \_\_\_\_\_  
Vodič. pr. č. \_\_\_\_\_  
Skup. \_\_\_\_\_ Vystavil \_\_\_\_\_

Platný od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

(Pre bus, taxi)

10. Hlavný smer nárazu  
označte šípkou



11. Viditeľné poškodenie

\_\_\_\_\_

14. Poznámky

\_\_\_\_\_

15. Nehodu zaviniť

Vodič vozidla A  áno  nie

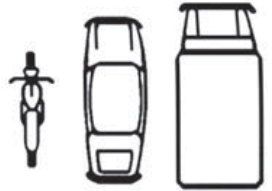
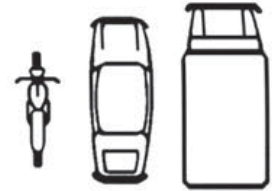
Vodič vozidla B  áno  nie

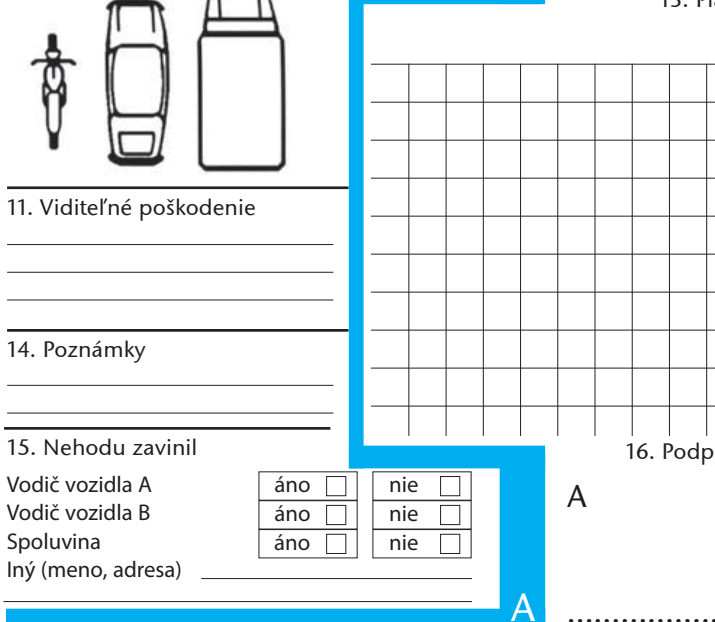
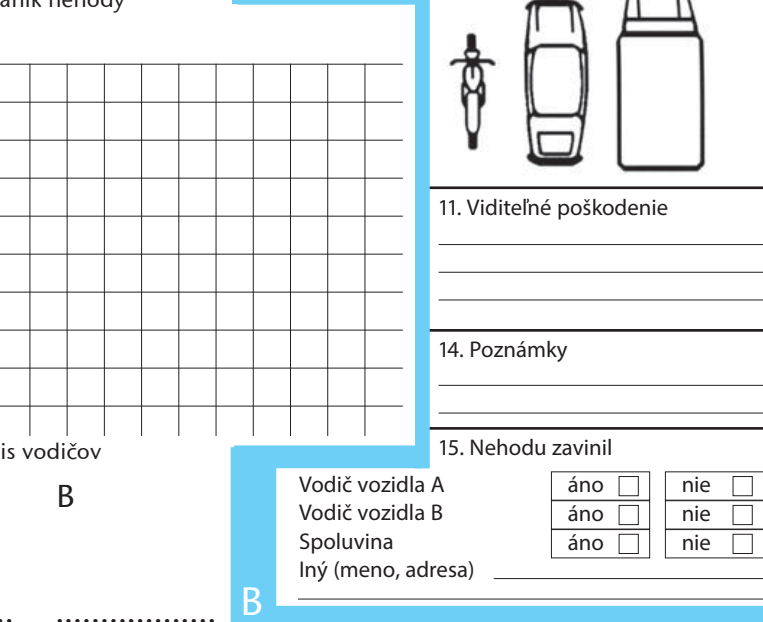
Spoluvina  áno  nie

Iný (meno, adresa) \_\_\_\_\_

1. Dátum nehody	Hodina	2. Miesto (ulica, č. domu, kilometer cesty, mesto, štát)	3. Vyšetované políciou <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
4. Iné poškodenie než na vozoch A a B <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	5. Svedkovia (spolujazdca podčiarknite)		Zranení <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie

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

7. Vozidlo Typ-značka _____ ŠPZ/EČV _____	<b>12. Vyznačte</b> <input type="checkbox"/> 1 Vozidlo stálo <input type="checkbox"/> 2 Vozidlo sa pohýnalo <input type="checkbox"/> 3 Vozidlo zastavovalo <input type="checkbox"/> 4 Vozidlo vychádzalo z miesta ležiaceho mimo cesty <input type="checkbox"/> 5 Vozidlo odbočovalo na miesto ležiace mimo cesty <input type="checkbox"/> 6 Vozidlo vchádzalo na kruhový objazd <input type="checkbox"/> 7 Vozidlo išlo po kruhovom objazde <input type="checkbox"/> 8 Vozidlo narazilo do zadnej časti vozidla idúceho tým istým smerom v tom istom pruhu <input type="checkbox"/> 9 Vozidlo išlo súběžne <input type="checkbox"/> 10 Vozidlo prechádzalo z pruhu do pruhu <input type="checkbox"/> 11 Vozidlo predchádzalo <input type="checkbox"/> 12 Vozidlo odbočovalo vpravo <input type="checkbox"/> 13 Vozidlo odbočovalo vľavo <input type="checkbox"/> 14 Vozidlo cúvalo <input type="checkbox"/> 15 Vozidlo prešlo do protismeru <input type="checkbox"/> 16 Vozidlo prišlo sprava <input type="checkbox"/> 17 Vozidlo nedalo prednosť v jazde <small>(Prípadný iný priebeh nehody uveďte v poznámke)</small>	7. Vozidlo Typ-značka _____ ŠPZ/EČV _____	
8. Poistiteľ zodpovednosti za škodu z prevádzky mot. voz.		<input type="checkbox"/> 1	8. Poistiteľ zodpovednosti za škodu z prevádzky mot. voz.
Adresa: _____ Číslo poistky _____ Zelená karta číslo _____		<input type="checkbox"/> 2	Adresa: _____ Číslo poistky _____ Zelená karta číslo _____
(Pre cudzincov) Platnosť zelenej karty Platí do: _____		<input type="checkbox"/> 3	(Pre cudzincov) Platnosť zelenej karty Platí do: _____
Vozidlo poistené havarijne (KASKO) <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie		<input type="checkbox"/> 4	Vozidlo poistené havarijne (KASKO) <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
V ktorej poisťovni? _____		<input type="checkbox"/> 5	V ktorej poisťovni? _____
9. Vodič Meno _____ Priezvisko _____ Adresa _____ Vodič. pr. č. _____ Skup. _____ Vystavil _____		<input type="checkbox"/> 6	9. Vodič Meno _____ Priezvisko _____ Adresa _____ Vodič. pr. č. _____ Skup. _____ Vystavil _____
Platný od _____ do _____ <small>(Pre bus, taxi)</small>		<input type="checkbox"/> 7	Platný od _____ do _____ <small>(Pre bus, taxi)</small>
10. Hlavný smer nárazu označte šípkou		<input type="checkbox"/> 8	10. Hlavný smer nárazu označte šípkou
		<input type="checkbox"/> 9	
11. Viditeľné poškodenie		<input type="checkbox"/> 10	11. Viditeľné poškodenie
14. Poznámky		<input type="checkbox"/> 11	14. Poznámky
15. Nehodu zaviniť <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie		<input type="checkbox"/> 12	15. Nehodu zaviniť <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Vodič vozidla A <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie		<input type="checkbox"/> 13	Vodič vozidla B <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Vodič vozidla B <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie		<input type="checkbox"/> 14	Vodič vozidla A <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Spoluvina <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie		<input type="checkbox"/> 15	Spoluvina <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Iný (meno, adresa) _____		<input type="checkbox"/> 16	Iný (meno, adresa) _____
	<input type="checkbox"/> 17		
	<input type="checkbox"/> Počet vyznačených polí		

<b>13. Plánik nehody</b>	
	
16. Podpis vodičov	16. Podpis vodičov
A	B

**Tlačivo:**

- je určené na zaznamenanie základných údajov o dopravnej nehode,
- poslúži ako jeden z podkladov pre likvidáciu poistnej udalosti príslušným poisťovateľom,
- zodpovedá modelu vytvorenému Comité Européen des Assurances (CEA),
- uložte, prosím, vo Vašom vozidle tak, aby ste ho mali v potrebnej chvíli k dispozícii.

**Ako vyplniť tlačivo „Správa o nehode“**

- Použite len jednu sadu tlačív pre 2 zúčastnené vozidlá (dve sady pre 3 zúčastnené vozidlá, atď.). Sada tlačív pozostáva zo 4 listov, 2 slovenských, 1 anglického a 1 nemeckého. Cudzojazyčné verzie sú určené pre zahraničných účastníkov nehody, ale môžete ich použiť aj pri domácich nehodách.
- Nie je dôležité, kto tlačivo dodá a vyplní. Použite prepisovacie pero a dbajte na to, aby boli čitateľné aj kópie.
- Vyplňte všetky body tlačiva.
- Pri vypisovaní správy o nehode dávajte okrem iného pozor na nasledujúce upozornenia:
  - v bode 12 vyznačte krížikom pre Vaše vozidlo príslušné polia a na konci uveďte počet Vami označených polí,
  - v bode 13 vyhotovte nákras nehody,
  - uveďte prípadných svedkov nehody, ich mená a adresy a to predovšetkým v prípade, ak sa Váš názor líši od názoru ostatných účastníkov nehody.
- Podpíšte správu o nehode a dajte ju podpísať aj ďalšiemu účastníkovi nehody. Jeden exemplár mu odovzdajte a ponechajte si druhý.
- Ak má druhý účastník nehody vlastné tlačivo „Správa o nehode“, ale v inom jazyku, sú tieto tlačivá rovnaké s Vašimi.
- Môžete si preto obsah bod po bode na základe vlastného tlačiva preložiť. Z toho dôvodu sú jednotlivé body očíslované.
- Nemeňte dodatočne údaje na tlačive „Správa o nehode“. Tlačivo urýchlene odovzdajte príslušnému poisťovateľovi.

1. Date of accident		Time	2. Place (street, N° of house, road kilometer, city, country)		3. Investigated by police <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
4. Other than car damages A and B <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		5. Witnesses (underline the follow-travelers)			Injuries <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	

**Vehicle A**

6. Owner (Name and address) \_\_\_\_\_

Telephone (9 a.m. - 4 p.m.) \_\_\_\_\_

Payer of V.A.T.  yes  no

**Vehicle B**

6. Owner (Name and address) \_\_\_\_\_

Telephone (9 a.m. - 4 p.m.) \_\_\_\_\_

Payer of V.A.T.  yes  no

7. Vehicle Type - Mark \_\_\_\_\_  
Registration No. \_\_\_\_\_

8. Third-party liability insurer \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
Policy No. \_\_\_\_\_  
Green Card No. \_\_\_\_\_

(For foreigners only) Green Card valid until \_\_\_\_\_

Is the damage to the vehicle insured?  
 yes  no

In which Insurance Comp.? \_\_\_\_\_

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

<input type="checkbox"/>	1	The car was parked	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2	starting to ride	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3	stopping	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4	entering the road	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5	leaving the road	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	6	entering a roundabout	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	7	circulating in a roundabout	<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	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	9	going in the same direction but in a different lane	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10	changing lanes	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	11	overtaking	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	12	turning to the right	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	13	turning to the left	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	14	reversing	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	15	encroaching in the opposite traffic lane	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	16	coming from the right	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	17	not observing a right of way sign	<input type="checkbox"/>

Total number of spaces marked with a cross

7. Vehicle Type - Mark \_\_\_\_\_  
Registration No. \_\_\_\_\_

8. Third-party liability insurer \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
Policy No. \_\_\_\_\_  
Green Card No. \_\_\_\_\_

(For foreigners only) Green Card valid until \_\_\_\_\_

Is the damage to the vehicle insured?  
 yes  no

In which Insurance Comp.? \_\_\_\_\_

9. Driver Name \_\_\_\_\_  
Surname \_\_\_\_\_  
Address \_\_\_\_\_  
Driving license No. \_\_\_\_\_  
Groups \_\_\_\_\_ Issued by \_\_\_\_\_

Valid from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_  
(for bus, taxi etc.)

9. Driver Name \_\_\_\_\_  
Surname \_\_\_\_\_  
Address \_\_\_\_\_  
Driving license No. \_\_\_\_\_  
Groups \_\_\_\_\_ Issued by \_\_\_\_\_

Valid from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_  
(for bus, taxi etc.)

10. Indicate by an arrow the point of initial impact

10. Indicate by an arrow the point of initial impact

11. Visible damage

\_\_\_\_\_

11. Visible damage

\_\_\_\_\_

13. Plan of the accident

14. Remarks

\_\_\_\_\_

14. Remarks

\_\_\_\_\_

15. Accident caused by

Vehicle driver A  yes  no

Vehicle driver B  yes  no

Common fault  yes  no

Other (name, address) \_\_\_\_\_

16. Signatures of the participants

A \_\_\_\_\_ B \_\_\_\_\_

15. Accident caused by

Vehicle driver A  yes  no

Vehicle driver B  yes  no

Common fault  yes  no

Other (name, address) \_\_\_\_\_

1. Unfalltag	Uhrzeit	2. Ort (Straße, Haus-Nr. bzw. Kilometerstein, Stadt, Land)	3. Polizeilich aufgenommen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
4. Andere Sachschäden als an den Fahrzeugen A und B <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		5. Zeugen (Name, Anschrift, Telefon - Insassen unterstreichen)	Verletzte <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

**Fahrzeug A**

6. Fahrzeughalter (Name und Anschrift)  
Herr/Frau/Fräulein/Firma \_\_\_\_\_

Telefon (von 9 - 16 Uhr) \_\_\_\_\_

Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug?  ja   nein

7. Fahrzeug  
Marke, Typ \_\_\_\_\_  
Amtl. Kennzeichen \_\_\_\_\_

8. Haftpflichtversicherer \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
Vers. Nr. \_\_\_\_\_  
Nr. der Grünen Karte \_\_\_\_\_  
(Für Ausländer)  
"Atestation"  
oder Grüne Karte gültig bis \_\_\_\_\_

Besteht eine Vollkasko-Versicherung?  
 ja   nein

In welcher Versicherung? \_\_\_\_\_

9. Fahrzeuglenker  
Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Führerschein-Nr. \_\_\_\_\_  
Gruppe \_\_\_\_\_ ausgestellt durch \_\_\_\_\_  
gültig ab \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
(Für Omnibusse, Taxi usw.)

10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes

↓

11. Sichtbare Schäden

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14. Bemerkungen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15. Der Unfall wurde verursacht vom:

Lenker des Fahrzeugs A  ja   nein

Lenker des Fahrzeugs B  ja   nein

Mitverschulden  ja   nein

Anderer (Name und Anschrift) \_\_\_\_\_

↓  
**A****Fahrzeug B**

6. Fahrzeughalter (Name und Anschrift)  
Herr/Frau/Fräulein/Firma \_\_\_\_\_

Telefon (von 9 - 16 Uhr) \_\_\_\_\_

Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug?  ja   nein

7. Fahrzeug  
Marke, Typ \_\_\_\_\_  
Amtl. Kennzeichen \_\_\_\_\_

8. Haftpflichtversicherer \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
Vers. Nr. \_\_\_\_\_  
Nr. der Grünen Karte \_\_\_\_\_  
(Für Ausländer)  
"Atestation"  
oder Grüne Karte gültig bis \_\_\_\_\_

Besteht eine Vollkasko-Versicherung?  
 ja   nein

In welcher Versicherung? \_\_\_\_\_

9. Fahrzeuglenker  
Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Führerschein-Nr. \_\_\_\_\_  
Gruppe \_\_\_\_\_ ausgestellt durch \_\_\_\_\_  
gültig ab \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
(Für Omnibusse, Taxi usw.)

10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes

↓

11. Sichtbare Schäden

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14. Bemerkungen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15. Der Unfall wurde verursacht vom:

Lenker des Fahrzeugs A  ja   nein

Lenker des Fahrzeugs B  ja   nein

Mitverschulden  ja   nein

Anderer (Name und Anschrift) \_\_\_\_\_

↓  
**B****12. Bitte Zutreffendes ankreuzen**

12. Bitte Zutreffendes ankreuzen	
<input type="checkbox"/>	1 Fahrzeug war abgestellt
<input type="checkbox"/>	2 setzte sich in Fahrt
<input type="checkbox"/>	3 hielt an
<input type="checkbox"/>	4 fuhr aus Grundstück, Feldweg aus
<input type="checkbox"/>	5 bog in Grundstück oder Feldweg ein
<input type="checkbox"/>	6 bog in einen Kreisverkehr ein
<input type="checkbox"/>	7 fuhr im Kreisverkehr
<input type="checkbox"/>	8 fuhr auf
<input type="checkbox"/>	9 fuhr in gleicher Richtung aber in einer anderen Spur
<input type="checkbox"/>	10 wechselte die Spur
<input type="checkbox"/>	11 überholte
<input type="checkbox"/>	12 bog rechts ab
<input type="checkbox"/>	13 bog links ab
<input type="checkbox"/>	14 fuhr rückwärts
<input type="checkbox"/>	15 fuhr in die Gegenfahrbahn
<input type="checkbox"/>	16 kam von rechts
<input type="checkbox"/>	17 beachtete Vorfahrtszeichen nicht
<input type="checkbox"/>	<b>Anzahl der angekreuzten Felder</b>

**13. Unfallskizze**

Bezeichnen Sie: 1. Straßen 2. Richtung der Fahrzeuge A und B 3. Ihre Position im Moment des Zusammenstoßes 4. Straßenschilder 5. Straßennamen


16. Unterschrift der Fahrzeuglenker

**A**
**B**

.....