

# ZÁZNAM O DOPRAVNÍ NEHODĚ

Pokyny k vyplnění Záznamu a další informace naleznete na zadní straně

<b>1. Datum nehody:</b> _____	<b>Čas:</b> _____	<b>2. Místo:</b> _____	Místo: _____	<b>3. Zranění vč. lehkého:</b>
		Stát: _____		ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>
<b>4. Věcná škoda na jiných:</b>		<b>5. Svědci – jména, adresy, tel.:</b>		
vozidlech než A a B				
předmětech				
ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>				
ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>				

## VOZIDLO A

**6. Pojistník/pojištěný** (dle dokladu o pojištění):

PŘÍJMENÍ: \_\_\_\_\_

Jméno: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

PSČ: \_\_\_\_\_ Stát: \_\_\_\_\_

Tel./e-mail: \_\_\_\_\_

**7. Vozidlo**

MOTOROVÉ VOZIDLO	PŘÍPOJNÉ VOZIDLO
Tov. značka, typ	Tov. značka, typ
Rok výroby	Rok výroby
Registrační značka	Registrační značka
Stát registrace	Stát registrace

**8. Pojistitel** (dle dokladu o pojištění):

NÁZEV: \_\_\_\_\_

Číslo poj. smlouvy: \_\_\_\_\_

Číslo zelené karty: \_\_\_\_\_

Doklad o pojištění nebo zelená karta platná od: \_\_\_\_\_ do: \_\_\_\_\_

Pobočka (obch. zast. nebo makléři): \_\_\_\_\_

NÁZEV: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Stát: \_\_\_\_\_

Tel./e-mail: \_\_\_\_\_

Je vozidlo pojištěno havarijně?  
ne  ano

**9. Řidič** (dle řidičského průkazu):

PŘÍJMENÍ: \_\_\_\_\_

Jméno: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Stát: \_\_\_\_\_

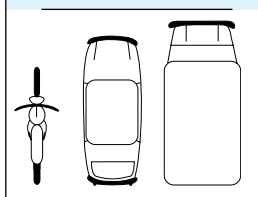
Tel./e-mail: \_\_\_\_\_

Číslo řidičského průkazu: \_\_\_\_\_

Skupina (A, B, ...): \_\_\_\_\_

Platnost řidičského průkazu do: \_\_\_\_\_

**10. Označte šipkou body vzájemného střetu na vozidle A →**



**11. Viditelná poškození na vozidle A:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**14. Vlastní poznámky:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 12. OKOLNOSTI NEHODY

**K upřesnění nákrasu označte křížkem odpovídající políčka**

\*nehodící se škrtněte

A		B
<input type="checkbox"/> 1	*parkovalo / stálo	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2	*vyjždělo z parkoviště / otevřené dveře	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	zaparkovávalo	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	vyjždělo z parkoviště, soukr. pozemku, polní, lesní apod. cesty	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	vjždělo na parkoviště, soukr. pozemek, polní, lesní apod. cestu	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6	vjždělo na kruh, objezd	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7	jelo na kruhovém objezdu	<input type="checkbox"/> 7
<input type="checkbox"/> 8	najelo ze zadu při jízdě stejným směrem ve stejném pruhu	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 9	jelo souběžně v jiném jízdním pruhu	<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 10	měnilo jízdní pruh	<input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> 11	předjíždělo	<input type="checkbox"/> 11
<input type="checkbox"/> 12	odbočovalo vpravo	<input type="checkbox"/> 12
<input type="checkbox"/> 13	odbočovalo vlevo	<input type="checkbox"/> 13
<input type="checkbox"/> 14	couvalo	<input type="checkbox"/> 14
<input type="checkbox"/> 15	vjelo do protisměru	<input type="checkbox"/> 15
<input type="checkbox"/> 16	přijíždělo zprava (na křižovatce)	<input type="checkbox"/> 16
<input type="checkbox"/> 17	nerespektovalo přednost v jízdě, nebo červenou na semaforu	<input type="checkbox"/> 17
<input type="checkbox"/> ←	udejte počet označených políček	→ <input type="checkbox"/>

**Nezbytné podepsat oběma řidiči (bod 15.)**  
Není přiznáním odpovědnosti, slouží k dokumentaci dat a okolností nehody za účelem rychlejšího vyřízení náhrady škody.

**13. Nákras nehody v okamžiku střetu**

Označte: 1. směr jízdních pruhů, 2. směr jízdy vozidel A, B (šipkou), 3. jejich postavení v okamžiku střetu, 4. dopravní značky, 5. jména ulic

## VOZIDLO B

**6. Pojistník/pojištěný** (dle dokladu o pojištění):

PŘÍJMENÍ: \_\_\_\_\_

Jméno: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

PSČ: \_\_\_\_\_ Stát: \_\_\_\_\_

Tel./e-mail: \_\_\_\_\_

**7. Vozidlo**

MOTOROVÉ VOZIDLO	PŘÍPOJNÉ VOZIDLO
Tov. značka, typ	Tov. značka, typ
Rok výroby	Rok výroby
Registrační značka	Registrační značka
Stát registrace	Stát registrace

**8. Pojistitel** (dle dokladu o pojištění):

NÁZEV: \_\_\_\_\_

Číslo poj. smlouvy: \_\_\_\_\_

Číslo zelené karty: \_\_\_\_\_

Doklad o pojištění nebo zelená karta platná od: \_\_\_\_\_ do: \_\_\_\_\_

Pobočka (obch. zast. nebo makléři): \_\_\_\_\_

NÁZEV: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Stát: \_\_\_\_\_

Tel./e-mail: \_\_\_\_\_

Je vozidlo pojištěno havarijně?  
ne  ano

**9. Řidič** (dle řidičského průkazu):

PŘÍJMENÍ: \_\_\_\_\_

Jméno: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Stát: \_\_\_\_\_

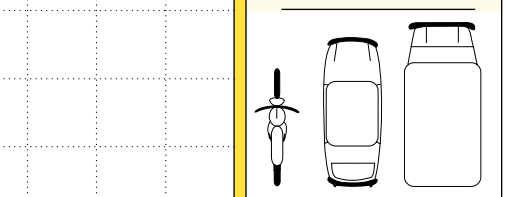
Tel./e-mail: \_\_\_\_\_

Číslo řidičského průkazu: \_\_\_\_\_

Skupina (A, B, ...): \_\_\_\_\_

Platnost řidičského průkazu do: \_\_\_\_\_

**10. Označte šipkou body vzájemného střetu na vozidle B →**



**11. Viditelná poškození na vozidle B:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**14. Vlastní poznámky:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**15. Podpisy řidičů**

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

# ZÁZNAM O DOPRAVNÍ NEHODĚ

Pokyny k vyplnění Záznamu a další informace naleznete na zadní straně

<b>1. Datum nehody:</b> _____	<b>Čas:</b> _____	<b>2. Místo:</b> _____	Místo: _____	<b>3. Zranění vč. lehkého:</b>
		Stát: _____		ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>
<b>4. Věcná škoda na jiných:</b>		<b>5. Svědci – jména, adresy, tel.:</b>		
vozidlech než A a B				
předmětech				
ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>				
ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>				

## VOZIDLO A

**6. Pojistník/pojištěný** (dle dokladu o pojištění):

PŘÍJMENÍ: \_\_\_\_\_

Jméno: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

PSČ: \_\_\_\_\_ Stát: \_\_\_\_\_

Tel./e-mail: \_\_\_\_\_

**7. Vozidlo**

MOTOROVÉ VOZIDLO	PŘÍPOJNÉ VOZIDLO
Tov. značka, typ	Tov. značka, typ
Rok výroby	Rok výroby
Registrační značka	Registrační značka
Stát registrace	Stát registrace

**8. Pojistitel** (dle dokladu o pojištění):

NÁZEV: \_\_\_\_\_

Číslo poj. smlouvy: \_\_\_\_\_

Číslo zelené karty: \_\_\_\_\_

Doklad o pojištění nebo zelená karta platná od: \_\_\_\_\_ do: \_\_\_\_\_

Pobočka (obch. zast. nebo makléři): \_\_\_\_\_

NÁZEV: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Stát: \_\_\_\_\_

Tel./e-mail: \_\_\_\_\_

Je vozidlo pojištěno havarijně?  
ne  ano

**9. Řidič** (dle řidičského průkazu):

PŘÍJMENÍ: \_\_\_\_\_

Jméno: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Stát: \_\_\_\_\_

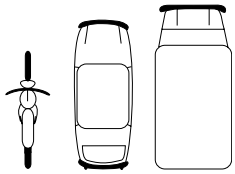
Tel./e-mail: \_\_\_\_\_

Číslo řidičského průkazu: \_\_\_\_\_

Skupina (A, B, ...): \_\_\_\_\_

Platnost řidičského průkazu do: \_\_\_\_\_

**10. Označte šipkou body vzájemného střetu na vozidle A →**



**11. Viditelná poškození na vozidle A:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**14. Vlastní poznámky:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 12. OKOLNOSTI NEHODY

**K upřesnění nákrasu označte křížkem odpovídající políčka**

\*nehodící se škrtněte

↓ A		↓ B
<input type="checkbox"/> 1	*parkovalo / stálo	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2	*vyjždělo z parkoviště / otevřené dveře	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	zaparkovávalo	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	vyjždělo z parkoviště, soukr. pozemku, polní, lesní apod. cesty	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	vjždělo na parkoviště, soukr. pozemek, polní, lesní apod. cestu	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6	vjždělo na kruh, objezd	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7	jelo na kruhovém objezdu	<input type="checkbox"/> 7
<input type="checkbox"/> 8	najelo ze zadu při jízdě stejným směrem ve stejném pruhu	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 9	jelo souběžně v jiném jízdním pruhu	<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 10	měnilo jízdní pruh	<input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> 11	předjíždělo	<input type="checkbox"/> 11
<input type="checkbox"/> 12	odbočovalo vpravo	<input type="checkbox"/> 12
<input type="checkbox"/> 13	odbočovalo vlevo	<input type="checkbox"/> 13
<input type="checkbox"/> 14	couvalo	<input type="checkbox"/> 14
<input type="checkbox"/> 15	vjelo do protisměru	<input type="checkbox"/> 15
<input type="checkbox"/> 16	přijíždělo zprava (na křižovatce)	<input type="checkbox"/> 16
<input type="checkbox"/> 17	nerespektovalo přednost v jízdě, nebo červenou na semaforu	<input type="checkbox"/> 17
<input type="checkbox"/> ←	udejte počet označených políček	→ <input type="checkbox"/>

**13. Nákres nehody v okamžiku střetu**

Nezbytné podepsat oběma řidiči (bod 15.)  
Není přiznáním odpovědnosti, slouží k dokumentaci dat a okolností nehody za účelem rychlejšího vyřízení náhrady škody.

Označte: 1. směr jízdních pruhů, 2. směr jízdy vozidel A, B (šipkou), 3. jejich postavení v okamžiku střetu, 4. dopravní značky, 5. jména ulic

## VOZIDLO B

**6. Pojistník/pojištěný** (dle dokladu o pojištění):

PŘÍJMENÍ: \_\_\_\_\_

Jméno: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

PSČ: \_\_\_\_\_ Stát: \_\_\_\_\_

Tel./e-mail: \_\_\_\_\_

**7. Vozidlo**

MOTOROVÉ VOZIDLO	PŘÍPOJNÉ VOZIDLO
Tov. značka, typ	Tov. značka, typ
Rok výroby	Rok výroby
Registrační značka	Registrační značka
Stát registrace	Stát registrace

**8. Pojistitel** (dle dokladu o pojištění):

NÁZEV: \_\_\_\_\_

Číslo poj. smlouvy: \_\_\_\_\_

Číslo zelené karty: \_\_\_\_\_

Doklad o pojištění nebo zelená karta platná od: \_\_\_\_\_ do: \_\_\_\_\_

Pobočka (obch. zast. nebo makléři): \_\_\_\_\_

NÁZEV: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Stát: \_\_\_\_\_

Tel./e-mail: \_\_\_\_\_

Je vozidlo pojištěno havarijně?  
ne  ano

**9. Řidič** (dle řidičského průkazu):

PŘÍJMENÍ: \_\_\_\_\_

Jméno: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Stát: \_\_\_\_\_

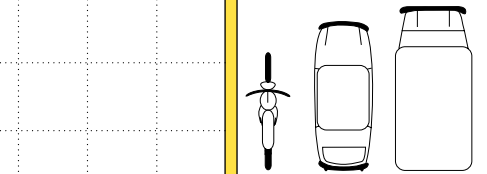
Tel./e-mail: \_\_\_\_\_

Číslo řidičského průkazu: \_\_\_\_\_

Skupina (A, B, ...): \_\_\_\_\_

Platnost řidičského průkazu do: \_\_\_\_\_

**10. Označte šipkou body vzájemného střetu na vozidle B →**



**11. Viditelná poškození na vozidle B:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**14. Vlastní poznámky:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**15. Podpisy řidičů**

A B

# ACCIDENT STATEMENT

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

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

## VEHICLE A

<b>6. Insured/policyholder</b> (see insurance certificate):	
NAME: .....	
First name: .....	
Address: .....	
Postal code: .....	Country: .....
Tel. or e-mail: .....	

7. Vehicle	
MOTOR	TRAILER
Make, type .....	Make, type .....
Year of manufacture .....	Year of manufacture .....
Registration N° .....	Registration N° .....
Country of registration .....	Country of registration .....

<b>8. Insurance company</b> (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"/>	

<b>9. Driver</b> (see driving licence):	
NAME: .....	
First name: .....	
Date of birth: .....	
Address: .....	
..... Country: .....	
Tel. or e-mail: .....	
Driving licence n°: .....	
Category (A, B, ...): .....	
Driving licence valid until: .....	

## 12. CIRCUMSTANCES

↓	<b>Put a cross in each of the relevant boxes to help explain the drawing</b>	↓
A	*delete where appropriate	B
<input type="checkbox"/> 1	*parked / stopped	1 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2	*leaving a parking place / opening the door	2 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3	entering a parking place	3 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4	emerging from a car park, from private ground, from field, forrest track and the like	4 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 5	entering a car park, private ground, a field, forrest track and the like	5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 6	entering a roundabout	6 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 7	circulating a roundabout	7 <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	8 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 9	going in the same direction but in a different lane	9 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 10	changing lanes	10 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 11	overtaking	11 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 12	turning to the right	12 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 13	turning to the left	13 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 14	reversing	14 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 15	encroaching on a lane reserved for circulation in the opposite direction	15 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 16	coming from the right (at road junctions)	16 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 17	had not observed a right of way sign or a red light	17 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	← state number of boxes marked with a cross →	<input type="checkbox"/>

**Must be signed by BOTH drivers (see 15.)**  
Does not constitute an admission of liability, but a summary of identities and of the facts which will speed up the settlement of claims.

<b>13. Sketch of accident when impact occurred</b>	<b>13.</b>
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	

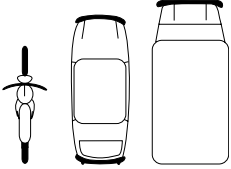
## VEHICLE B

<b>6. Insured/policyholder</b> (see insurance certificate):	
NAME: .....	
First name: .....	
Address: .....	
Postal code: .....	Country: .....
Tel. or e-mail: .....	

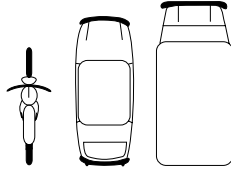
7. Vehicle	
MOTOR	TRAILER
Make, type .....	Make, type .....
Year of manufacture .....	Year of manufacture .....
Registration N° .....	Registration N° .....
Country of registration .....	Country of registration .....

<b>8. Insurance company</b> (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"/>	

<b>9. Driver</b> (see driving licence):	
NAME: .....	
First name: .....	
Date of birth: .....	
Address: .....	
..... Country: .....	
Tel. or e-mail: .....	
Driving licence n°: .....	
Category (A, B, ...): .....	
Driving licence valid until: .....	

<b>10. Indicate the point of initial impact to vehicle A by an arrow →</b>


<table border="1" style="width:100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;"></td> <td style="width:50%;"></td> </tr> </table>			<table border="1" style="width:100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;"></td> <td style="width:50%;"></td> </tr> </table>		

<b>10. Indicate the point of initial impact to vehicle B by an arrow →</b>


<b>11. Visible damage to vehicle A:</b> ..... .....
---

<b>11. Visible damage to vehicle B:</b> ..... .....
---

<b>14. My remarks:</b> ..... .....
--

<b>15. Signatures of the drivers</b>	<b>15.</b>
A	B

<b>14. My remarks:</b> ..... .....
--

# VERKEHRSUNFALLBERICHT

<b>1. Datum des Unfalls:</b> _____	<b>Zeit:</b> _____	<b>2. Ort:</b> _____	Ort: _____	<b>3. Verletzte, einschließlich Leichtverletzte:</b>
		Land: _____		nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>

**4. Sachschäden an:**

anderen Fahrzeugen als A und B    anderen Gegenständen als Fahrzeugen

nein  ja     nein  ja

**5. Zeugen: Namen, Anschriften, Telefon:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## FAHRZEUG A

**6. Versicherungsnehmer/Versicherter** (siehe Versicherungsbescheinigung)

NAME: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_

Telefon oder E-Mail: \_\_\_\_\_

**7. Fahrzeug**

KRAFTFAHRZEUG	ANHÄNGER
Marke, Typ _____	Marke, Typ _____
Baujahr _____	Baujahr _____
Amtliches Kennzeichen _____	Amtliches Kennzeichen _____
Land der Zulassung _____	Land der Zulassung _____

**8. Versicherungsunternehmen** (siehe Versicherungsbescheinigung):

NAME: \_\_\_\_\_

Vertragsnummer: \_\_\_\_\_

Nummer der Grünen Karte: \_\_\_\_\_

Versicherungsbescheinigung oder Grüne Karte gültig vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Geschäftsstelle (oder Büro oder Makler): \_\_\_\_\_

NAME: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_

Telefon oder E-Mail: \_\_\_\_\_

Sind die Sachschäden am Fahrzeug aufgrund des Vertrags versichert? nein  ja

**9. Fahrer** (siehe Führerschein):

NAME: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_

Telefon oder E-Mail: \_\_\_\_\_

Führerschein-Nr.: \_\_\_\_\_

Klasse (A, B, ...): \_\_\_\_\_

Führerschein gültig bis: \_\_\_\_\_

## 12. UNFALLUMSTÄNDE

**Kreuzen Sie jeweils das entsprechende Feld an, um die Skizze zu präzisieren**

\* Nichtzutreffendes streichen

↓	A		B	↓
<input type="checkbox"/>	1	*parkte / hielt	1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2	*verließ einen Parkplatz / öffnete eine Wagentür	2	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3	parkte ein	3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4	verließ einen Parkplatz, ein privates Grundstück, einen Feld-, Waldweg u.ä.	4	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5	begann, in einen Parkplatz, ein privates Grundstück, einen Feld-, Waldweg u.ä. einzufahren	5	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	6	fuhr in einen Kreisverkehr ein	6	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	7	fuhr in einem Kreisverkehr	7	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	8	prallte beim Fahren in der gleichen Richtung und in der gleichen Kolonne auf das Heck auf	8	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	9	fuhr in der gleichen Richtung und in einer anderen Kolonne	9	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10	wechselte die Kolonne	10	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	11	überholte	11	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	12	bog nach rechts ab	12	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	13	bog nach links ab	13	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	14	setzte zurück	14	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	15	wechselte auf eine Fahrspur über, die dem Gegenverkehr vorbehalten ist	15	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	16	kam von rechts (auf einer Kreuzung)	16	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	17	hatte ein Vorfahrtszeichen oder eine rote Ampel missachtet	17	<input type="checkbox"/>

← Geben Sie die Anzahl der angekreuzten Felder an →

**Unbedingt von BEIDEN Fahrern zu unterzeichnen (s. 15.)**  
 Stellt keine Anerkennung der Haftung dar, sondern eine Feststellung der Identität und der Umstände, die der Beschleunigung der Regulierung dient.

**13. Skizze des Unfalls zum Zeitpunkt des Aufpralls 13.**

Bitte angeben: 1. den Verlauf der Fahrspuren - 2. die Fahrtrichtung der Fahrzeuge A, B (durch Pfeile) - 3. ihre Position zum Zeitpunkt des Aufpralls - 4. die Verkehrszeichen - 5. die Straßennamen

## FAHRZEUG B

**6. Versicherungsnehmer/Versicherter** (siehe Versicherungsbescheinigung)

NAME: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_

Telefon oder E-Mail: \_\_\_\_\_

**7. Fahrzeug**

KRAFTFAHRZEUG	ANHÄNGER
Marke, Typ _____	Marke, Typ _____
Baujahr _____	Baujahr _____
Amtliches Kennzeichen _____	Amtliches Kennzeichen _____
Land der Zulassung _____	Land der Zulassung _____

**8. Versicherungsunternehmen** (siehe Versicherungsbescheinigung):

NAME: \_\_\_\_\_

Vertragsnummer: \_\_\_\_\_

Nummer der Grünen Karte: \_\_\_\_\_

Versicherungsbescheinigung oder Grüne Karte gültig vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Geschäftsstelle (oder Büro oder Makler): \_\_\_\_\_

NAME: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_

Telefon oder E-Mail: \_\_\_\_\_

Sind die Sachschäden am Fahrzeug aufgrund des Vertrags versichert? nein  ja

**9. Fahrer** (siehe Führerschein):

NAME: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_

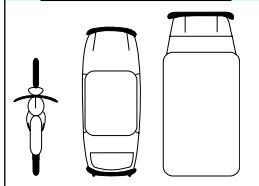
Telefon oder E-Mail: \_\_\_\_\_

Führerschein-Nr.: \_\_\_\_\_

Klasse (A, B, ...): \_\_\_\_\_

Führerschein gültig bis: \_\_\_\_\_

**10. Markieren Sie die ursprüngl. Aufprallstelle am Fahrzeug A durch einen Pfeil →**



**11. Sichtbare Schäden am Fahrzeug A:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**14. Eigene Bemerkungen:**

\_\_\_\_\_

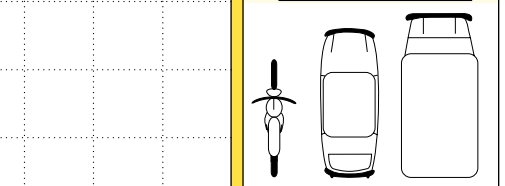
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**15. Unterschriften der Fahrer 15.**

A B

**10. Markieren Sie die ursprüngl. Aufprallstelle am Fahrzeug B durch einen Pfeil →**



**11. Sichtbare Schäden am Fahrzeug A:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**14. Eigene Bemerkungen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## A. Úvodní informace

Tento **Záznam o nehodě (dále jen „záznam“)** použijte při dopravní nehodě v ČR nebo v zahraničí. Obsah a forma přední strany formuláře je shodná ve všech evropských státech i ve všech jazykových mutacích.

## B. Jak postupovat po dopravní nehodě

- 1) Neprodleně zastavte vozidlo a zabezpečte místo nehody (zapněte varovná světla, oblečte si reflexní vestu a umístěte výstražný trojúhelník, atp.).
- 2) Je-li někdo zraněn nebo potřebujete-li jinou urgentní pomoc (hasiče, policii), volejte **univerzální tísňovou linku 112**.
- 3) Při nehodě **v ČR** volejte Policii (příímá linka 158 nebo prostřednictvím linky 112) **vždy** když:
  - dojde ke zranění nebo usmrcení některého z účastníků nehody,
  - škoda na některém z vozidel (včetně přepravovaných věcí) přesáhne 100 000 Kč,
  - některý z účastníků nehody odmítne **sepsat a podepsat** záznam,
  - došlo ke škodě na majetku třetí osoby, která na ní neměla účast (např. poškození zaparkovaného vozidla, sloupu veřejného osvětlení, svodidel atp.).
- 4) **Potřebujete-li při nehodě v ČR zajistit odtah vozidla nebo jiné asistenční služby, volejte linku 1224 (Linka pomoci řidičům).**
- 5) Pokud není nutné volat Policii, doporučujeme místo nehody z různých úhlů vyfotografovat a eventuálně přeměřit, při nevyhnutelné manipulaci s vozidlem zakreslete na vozovku jeho polohu.
- 6) Vyplňte tento záznam (viz instrukce níže).



## C. Pokyny k použití formuláře Záznam o dopravní nehodě

- 1) Použijte jen jednu sadu formulářů pro 2 zúčastněná vozidla (2 sady pro 3 zúčastněná vozidla atp.).
- 2) Při vyplňování jednotlivých rubrik záznamu dávejte **POZOR, aby nedošlo k záměně údajů jednotlivých účastníků**, a to všude tam, **kde jsou tyto údaje uváděny odděleně**. Dále pak zejména:
  - označte přesně místo střetu šípkou (bod 10),
  - v bodě 12 označte křížkem ty okolnosti (1-17), které se týkají Vaší nehody, a na konci řádku uveďte počet Vámi označených políček (samostatně pro vozidlo A i B),
  - nakreslete plánec dopravní nehody (bod 13).
- 3) Uveďte **svědky nehody**, jejich jména a adresy (případně i telefonické či jiné spojení), **zejména pokud účastníci popisují průběh dopravní nehody odlišně**.
- 4) Po úplném vyplnění záznam **podepište** a nechte jej podepsat i druhým řidičem.
- 5) Jeden výtisk předejte druhému účastníkovi, druhý si ponechte za účelem **bezodkladného** předání příslušné pojišťovně.  
**Pozn.: po oddělení jednotlivých listů již NELZE cokoli měnit či dopisovat!**

**POTŘEBUJETE-LI ODTAH VOZIDLA NEBO JINÉ ASISTENČNÍ SLUŽBY, VOLEJTE LINKU 1224, V OSTATNÍCH PŘÍPADECH VOLEJTE KLIENTSKOU LINKU VAŠÍ POJIŠŤOVNY.**

Název pojišťovny	LINKA POMOCI ŘIDIČŮM		Klientská linka	Webová adresa
	ČR	zahraničí	ČR	
AIG EUROPE Limited	1224	+420 221 586 657	234 108 311	www.aig.cz
Allianz pojišťovna		+420 241 170 000	241 170 000	www.allianz.cz
AXA pojišťovna		+420 292 292 292	292 292 292	www.axa.cz
Česká podnikatelská pojišťovna		+420 266 799 779	957 444 555	www.cpp.cz
Česká pojišťovna		+420 241 114 114	241 114 114	www.ceskapojistovna.cz
ČSOB pojišťovna		+420 222 803 442	466 100 777	www.csobpoj.cz
DIRECT pojišťovna		+420 291 291 291	221 221 221	www.direct.cz
Generali pojišťovna		+420 221 586 666	244 188 188	www.generali.cz
Hasičská vzájemná pojišťovna		+420 272 101 062	272 101 062	www.hvp.cz
Kooperativa pojišťovna		+420 266 799 779	957 105 105	www.koop.cz
Pojišťovna VZP		+420 226 294 294	226 294 294	www.pvzp.cz
PRVNÍ KLUBOVÁ pojišťovna		+420 246 097 285	734 510 530	www.prvniklubova.cz
Slavia pojišťovna		+420 255 790 260	255 790 111	www.slavia-pojistovna.cz
UNIQA pojišťovna		+420 272 101 020	488 125 125	www.uniqa.cz