



ZÁZNAM O DOPRAVNÍ NEHODĚ

Pokyny k vyplnění Záznamu a další informace naleznete na zadní straně.

1. Datum nehody:	Čas:	Místo:	Místo:	3. Zranění vč. lehkého:
		Stát:		ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>

4. Věcná škoda na jiných: vozidlech než A a B	5. Svědci: Jména, adresy, tel.:
ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>	
předmětech	
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 pojistné smlouvy:

Číslo zelené karty:

Doklad o pojištění nebo zelená karta platná od: do:

Pobočka (obch. zastoup. nebo makléř):

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 ...):

Planost řidičského průkazu do:

12. OKOLNOSTI NEHODY

K upřesnění nákrasu označte křížkem odpovídající políčka

A **nehodící se škrtně*

1 *parkovalo/stálo

2 *vyjždělo z parkoviště/otevřené dveře

3 zaparkovávalo

4 vyjždělo z parkoviště soukromého pozemku, polní cesty

5 vyjždělo na parkoviště, soukromý pozemek, polní cestu

6 vyjždělo na kruhový objezd

7 jelo na kruhovém objezdu

8 najelo ze zadu při jízdě stejným směrem ve stejném pruhu

9 jelo souběžně v jiném jízdním pruhu

10 měnilo jízdní pruh

11 předjíždělo

12 odbočovalo vpravo

13 odbočovalo vlevo

14 couvalo

15 vjelo do protisměru

16 přijíždělo z prava (na křižovatce)

17 nerespektovalo přednost v jízdě, nebo červenou na semaforu

← **udejte počet označených políček** →

Nezbytné podepsat oběma řidiči
Není přiznáním odpovědnosti, slouží k dokumentaci dat a okolností nehody za účelem rychlého vyřízení náhrady škody.

13. Nákras nehody v okamžiku střetu

Označte: 1. směr jízdních pruhů, 2. směr jízdy vozidla 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 pojistné smlouvy:

Číslo zelené karty:

Doklad o pojištění nebo zelená karta platná od: do:

Pobočka (obch. zastoup. nebo makléř):

NÁZEV:

Adresa:

Stát:

Tel./e-mail:

Je vozidlo pojištěno havarijně?
 ne ano

9. Řidič (dle řidičského průkazu)

PŘÍJMENÍ:

Jméno:

Datum narození:

Adresa:

Stát:

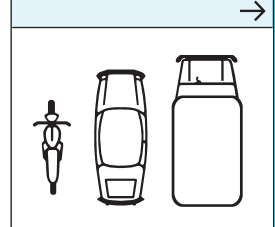
Tel./e-mail:

Číslo řidičského průkazu:

Skupina (A, B ...):

Planost řidičského průkazu do:

10. Označte šipkou body vzájemného střetu na vozidle A



11. Viditelná poškození na vozidle A:

.....

.....

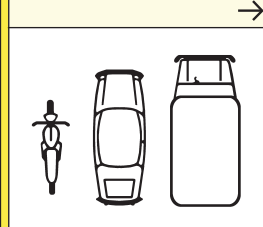
.....

14. Vlastní poznámky:

.....

.....

10. Označte šipkou body vzájemného střetu na vozidle B



11. Viditelná poškození na vozidle B:

.....

.....

.....

14. Vlastní poznámky:

.....

.....

15. Podpisy řidičů

A

B





VERKEHRSUNFALLBERICHT

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

4. Sachschäden an:
anderen Fahrzeugen als A und B
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
anderen Gegenständen als Fahrzeugen:
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>

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?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

9. Fahrer (siehe Führerschein)
NAME:
Vorname:
Geburtsdatum:
Anschrift:
..... Land:
Telefon oder E-Mail:
Führerschein-Nr.:
Klasse (A, B ...):
Führerschein gültig bis:

12. UNFALLUMSTÄNDE

↓	A	↓	B
Kreuzen Sie jeweils das entsprechende Feld an, um die Skizze zu präzisieren			
<i>*Nichtzutreffenden Text streichen</i>			
<input type="checkbox"/> 1	*parkte/hielt	<input type="checkbox"/> 1	
<input type="checkbox"/> 2	*verließ einen Parkplatz/öffnete eine Wagentür	<input type="checkbox"/> 2	
<input type="checkbox"/> 3	parkte ein	<input type="checkbox"/> 3	
<input type="checkbox"/> 4	verließ einen Parkplatz, eine privates Grundstück, einen Weg	<input type="checkbox"/> 4	
<input type="checkbox"/> 5	begann, in einen Parkplatz, ein privates Grundstück, einen Weg einzufahren	<input type="checkbox"/> 5	
<input type="checkbox"/> 6	fuhr in einen Kreisverkehr ein	<input type="checkbox"/> 6	
<input type="checkbox"/> 7	fuhr in einem Kreisverkehr ein	<input type="checkbox"/> 7	
<input type="checkbox"/> 8	prallte beim Fahren in der gleichen Richtung und in der gleichen Kolonne auf das Heck auf	<input type="checkbox"/> 8	
<input type="checkbox"/> 9	fuhr in der gleichen Richtung und in einer anderen Kolonne	<input type="checkbox"/> 9	
<input type="checkbox"/> 10	wechselte die Kolonne	<input type="checkbox"/> 10	
<input type="checkbox"/> 11	überholte	<input type="checkbox"/> 11	
<input type="checkbox"/> 12	bog nach rechts ab	<input type="checkbox"/> 12	
<input type="checkbox"/> 13	bog nach links ab	<input type="checkbox"/> 13	
<input type="checkbox"/> 14	setzte zurück	<input type="checkbox"/> 14	
<input type="checkbox"/> 15	wechselte auf die Gegenfahrbahn	<input type="checkbox"/> 15	
<input type="checkbox"/> 16	kam von rechts (auf einer Kreuzung)	<input type="checkbox"/> 16	
<input type="checkbox"/> 17	hatte ein Vorfahrtszeichen oder eine rote Ampel missachtet	<input type="checkbox"/> 17	
<input type="checkbox"/> ←	Geben Sie die Anzahl der angekreuzten Felder an	<input type="checkbox"/> →	

Unbedingt von BEIDEN Fahrern zu unterzeichnen
 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

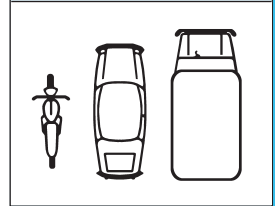
6. Versicherungsnehmer/Versicherter (siehe Versicherungsbescheinigung)
NAME:
Vorname:
Anschrift:
Postleitzahl: Land:
Telefon oder E-Mail:

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?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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:
.....
.....

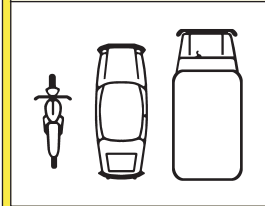
14. Eigene Bemerkungen:
.....
.....

15. Unterschriften der Fahrer

A

B

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



11. Sichtbare Schäden am Fahrzeug B:
.....
.....

14. Eigene Bemerkungen:
.....
.....

Die persönlichen Daten werden gemäß Gesetz geschützt.





ACCIDENT STATEMENT

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

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

VEHICLE A

6. Insured/policyholder (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:

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 yes

9. Driver (according to the driver's license)

NAME:

First name:

Date of birth:

Address:

Country:

Tel. or e-mail:

Driving licence N°:

Category (A, B ...):

Driving licence valid until:

12. CIRCUMSTANCES

↓ Put a cross in each of the relevant boxes to help explain the drawing ↓

A		B
<input type="checkbox"/> 1	*delete where appropriate *parked/stopped	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2	*leaving a parking place/ opening the door	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	entering a parking place	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	emerging from a car park, from private ground, from a track	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	entering a car park, private ground, a track	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6	entering a roundabout	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7	circulation in 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	encroaching on a lane reserved for circulation in the opposite direction	<input type="checkbox"/> 15
<input type="checkbox"/> 16	coming from the right (at road junctions)	<input type="checkbox"/> 16
<input type="checkbox"/> 17	had not observed a right of way sign or a red light	<input type="checkbox"/> 17
<input type="checkbox"/> ←	state number of boxes marked with a cross	<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

VEHICLE B

6. Insured/policyholder (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:

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 yes

9. Driver (according to the driver's license)

NAME:

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 →

11. Visible damage to vehicle A:

.....

.....

14. My remarks:

.....

.....

13. Sketch of accident when impact occurred

Indicate: 1. the layout of the road - 2. by arrows the direction of the vehicles A, B - 3. their position at the time of impact - 4. the road signs - 5. names of the streets of roads

.....

.....

.....

.....

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

11. Visible damage to vehicle B:

.....

.....

14. My remarks:

.....

.....

15. Signatures of the drivers

.....

A

B


Personal information is subject to protection pursuant to the law.



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 i jinou urgentní pomoc (hasiče, policii), **volejte univerzální tísňovou linku 112.**
 - 3) Při nehodě **v ČR** volejte Policii (přímá 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 šipkou (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 plánek 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 PŘÍPÁDECH VOLEJTE KLIENTSKOU LINKU VAŠÍ POJIŠŤOVNY.

Pojišťovna	Linka pomoci		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	844 114 411	www.hvp.cz
Kooperativa pojišťovna		+420 266 799 779	957 105 105	www.koop.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
Wüstenrot pojišťovna		+420 241 170 000	241 170 000	www.allianz.cz