

Záznam o nehode

Služi k dokumentácii priebehu nehody za účelom rýchlejšieho vybavenia náhrady škody, má informatívny charakter a nesluži ako náhrada za oznámenie, resp. uplatnenie škody z prevádzky motorového vozidla.

Vyplnia vodiči obidvoch vozidiel.

1. Dátum nehody _____	Hodina _____	2. Miesto (ulica, č. domu resp. kilometrovník) _____	3. Zranení? áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
4. Iná škoda ako na vozidlách A a B áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>		5. Svedkovia (meno, priezvisko, adresa, telefón – spolujazdca podčiarknuť) _____	5a. Vyšetrené políciou? áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> Kým: _____

Vozidlo A

6. Poistený (priezvisko, meno a adresa) _____

Telefón (od 9.00 do 16.00 hod.) _____

Platca DPH áno nie

7. Vozidlo
Tov. značka, typ _____
Rok výroby _____
EČV _____

8. Poisťovateľ
Adresa pobočky _____

Číslo poisť. zodpovednosti _____
Číslo zelenej karty _____
Hraničné poistenie platné do _____

Je vozidlo havarijne poistené?
áno nie

Poisťovateľ _____

9. Vodič
Priezvisko _____
Meno _____
Adresa _____

Číslo vodičského preukazu _____
Skupina Vydal _____

12. Zaškrtnite zodpovedajúce body: vozidlo

<input type="checkbox"/>	1	bolo zaparkované	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2	rozbiehalo sa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3	zastavovalo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4	vychádzalo z parkoviska, súkromn. pozemku, poľnej cesty	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5	odbočovalo na parkovisko, súkromn. pozemok, poľnú cestu	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	6	vchádzalo do kruhového objazdu	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	7	išlo v kruhovom objazde	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	8	narazilo zozadu pri jazde rovnakým smerom v rovnakom pruhu	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	9	išlo rovnobežne v inom jazdnom pruhu	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10	menilo jazdný pruh	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	11	predchádzalo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	12	odbočovalo vpravo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	13	odbočovalo vľavo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	14	cúvalo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	15	išlo v protismere	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	16	predchádzalo zprava	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	17	nedalo prednosť v jazde	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		Počet označených políčok _____	<input type="checkbox"/>

Vozidlo B

6. Poistený (priezvisko, meno a adresa) _____

Telefón (od 9.00 do 16.00 hod.) _____

Platca DPH áno nie

7. Vozidlo
Tov. značka, typ _____
Rok výroby _____
EČV _____

8. Poisťovateľ
Adresa pobočky _____

Číslo poisť. zodpovednosti _____
Číslo zelenej karty _____
Hraničné poistenie platné do _____

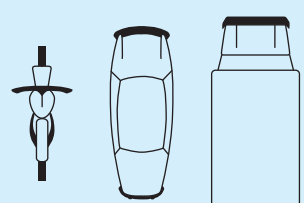
Je vozidlo havarijne poistené?
áno nie

Poisťovateľ _____

9. Vodič
Priezvisko _____
Meno _____
Adresa _____

Číslo vodičského preukazu _____
Skupina Vydal _____

10. Šípkou označte body vzájomného stretu

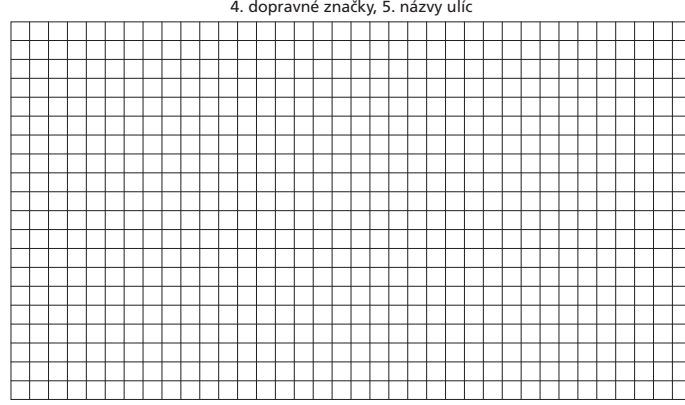


11. Viditeľné poškodenia _____

14. Poznámky _____

13. Nákres

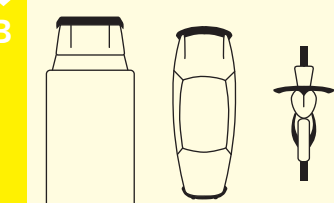
Označte: 1. cesta, 2. smer jazdy vozidiel A a B, 3. postavenie vozidiel v okamihu stretu, 4. dopravné značky, 5. názvy ulíc



15. Podpisy vodičov

A _____ B _____

10. Šípkou označte body vzájomného stretu



11. Viditeľné poškodenia _____

14. Poznámky _____

Car accident report

This form is for speeding up adjusting your claim, is of informative character and does not substitute for claims notification.



GENERALI SLOVENSKO

Generali Slovensko poisťovňa, a. s.
Plyšárska 7/C,
624 79 Bratislava
Tel. 0850 111 117
www.gsi.sk

Both drivers should fill in.

1. Date of the accident _____ Hour _____	2. Location (street No., road km) _____	3. Injuries? yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
4. Other damages than on cars A and B yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	5. Witnesses (name, address, phone – underline the fellow-travellers) _____	5a. Was the claim Investigated by the Police? yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> By who: _____

Vehicle A

6. Insured (name, surname and address) _____

Telephone (from 9.00 till 16.00) _____

V.A.T. payer yes no

7. Vehicle
Make - Type _____
Year of Manufacture _____
Registration number plate _____

8. Insurer
Office Address _____
Liability Insurance No _____
Green card No _____
Border insurance valid till _____
Is the car covered by the motor hull insurance?
yes no

Insurer _____

9. The driver
Surname _____
Name _____
Address _____
Driving license No _____
Class Issued by _____

12. Cross the concerns; the car was

1	parked	1
2	getting going	2
3	stopping	3
4	entering the road	4
5	leaving the road	5
6	entering the roundabout	6
7	going in the roundabout	7
8	bumped against the car going in front of you in the same lane	8
9	going in the same direction but in a different lane	9
10	changing lanes	10
11	overtaking	11
12	turning right	12
13	turning left	13
14	pulling back	14
15	going on the wrong side of the road	15
16	coming from the right	16
17	not giving the right of way	17

Number of crosses

Vehicle B

6. Insured (name, surname and address) _____

Telephone (from 9.00 till 16.00) _____

V.A.T. payer yes no

7. Vehicle
Make - Type _____
Year of Manufacture _____
Registration number plate _____

8. Insurer
Office Address _____
Liability Insurance No _____
Green card No _____
Border insurance valid till _____
Is the car covered by the motor hull insurance?
yes no

Insurer _____

9. The driver
Surname _____
Name _____
Address _____
Driving license No _____
Class Issued by _____

10. Use pointer to mark the point of impact

11. Visible damage

13. Accident situation plan

Mark: 1. Road, 2. Driving direction of the cars A and B, 3. Position of the cars in the moment of impact, 4. Traffic signs, 5. Street names

10. Use pointer to mark the point of impact

11. Visible damage

14. Notes

15. Signatures of the drivers

A _____

B _____

14. Notes

Do not make any changes after signing and separating the forms.

VYHLÁSENIE

(Vyplní poistník a ihneď zašle svojej poisťovni)

<p>■ PREHLAD SPRÁV ÚRADNÝCH ORGÁNOV Bola spísaná oficiálna úradná správa?</p> <p>Kto ju spísal? Číslo úradnej správy (ak bolo pridelené)</p> <p>Podrobil sa vodič Vášho vozidla krvnému testu, prípadne inému testu na zistenie prítomnosti alkoholu v krvi? Odmietol vodič Vášho vozidla test na zistenie prítomnosti alkoholu v krvi?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> nie</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> áno</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">.....</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">.....</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nie</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> áno</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> nie</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> áno</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno		<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno								
<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno																		
.....																			
.....																			
<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno																		
<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno																		
<p>■ VAŠE VOZIDLO: VIN/č. karosérie, evidenčné č. Objem valcov (cm³) / výkon motora (kW) Účel použitia v čase dopravnej nehody Dátum posledného certifikátu vydaného technickou kontrolou (STK)</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>súkromné - služobné - profesionálne*</p>																		
<p>■ OPRAVOVNĀ: názov/meno a adresa:</p> <p>Je vozidlo nepojazdné?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> nie</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> áno</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno																
<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno																		
<p>■ PRÍVES NA VAŠOM VOZIDLE Továrenská značka a typ VIN/č. karosérie Maximálna prípustná hmotnosť (vrátane nákladu)</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>																		
<p>■ VODIČ VÁŠHO VOZIDLA Je vodičom z povolania? Aké mal postavenie ako vodič? Jeho dátum narodenia</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> nie</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> áno</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">oprávnený vodič - majiteľ - príbuzný - priateľ - správca garáže</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">.....</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	oprávnený vodič - majiteľ - príbuzný - priateľ - správca garáže														
<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno																		
oprávnený vodič - majiteľ - príbuzný - priateľ - správca garáže																			
.....																			
<p>■ DPH Aká je profesia vlastníka vozidla? Aké je jeho daňové registračné číslo? Má povolené odpočítať si z DPH majetkové škody? V prípade, že áno</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> nie</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> áno</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">úplne - čiastočne*%</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	úplne - čiastočne*%															
<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno																		
úplne - čiastočne*%																			
<p>■ ZRANENÉ OSOBY (uvedte priezviská, mená, adresy a telefónne čísla zranených osôb a charakter zranení) Vo Vašom vozidle:</p> <p>Vo vozidle druhého vodiča:</p> <p>Mimo vozidiel:</p>																			
<p>■ ŠKODY NA INÝCH VECIACH ako na vozidlách A a B (charakter a miera poškodenia)</p> <p>Mená a adresy poškodených</p>																			
<p>■ ZODPOVEDNOSŤ: Kto je podľa Vášho názoru zodpovedný za dopravnú nehodu a prečo?</p>																			
<p>■ UVEĎTE, PROTI AKÝM NEBEZPEČENSTVÁM JE VAŠE VOZIDLO POISTENÉ:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 16.6%;">ZODPOVEDNOSŤ DRUHEJ OSOBE</th> <th style="width: 16.6%;">ŠKODY NA VECIACH</th> <th style="width: 16.6%;">POŽIAR</th> <th style="width: 16.6%;">KRÁDEŽ</th> <th style="width: 16.6%;">PRÁVNÁ OCHRANA</th> <th style="width: 16.6%;">PREPRAVOVANÉ OSOBY</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Poisťovňa, meno</td> <td>meno</td> <td>meno</td> <td>meno</td> <td>meno</td> <td>meno</td> </tr> <tr> <td>Poisťovňa, číslo</td> <td>číslo</td> <td>číslo</td> <td>číslo</td> <td>číslo</td> <td>číslo</td> </tr> </tbody> </table>		ZODPOVEDNOSŤ DRUHEJ OSOBE	ŠKODY NA VECIACH	POŽIAR	KRÁDEŽ	PRÁVNÁ OCHRANA	PREPRAVOVANÉ OSOBY	Poisťovňa, meno	meno	meno	meno	meno	meno	Poisťovňa, číslo	číslo	číslo	číslo	číslo	číslo
ZODPOVEDNOSŤ DRUHEJ OSOBE	ŠKODY NA VECIACH	POŽIAR	KRÁDEŽ	PRÁVNÁ OCHRANA	PREPRAVOVANÉ OSOBY														
Poisťovňa, meno	meno	meno	meno	meno	meno														
Poisťovňa, číslo	číslo	číslo	číslo	číslo	číslo														
<p>Vyhotovené v dňa 20</p> <p style="text-align: center;">Meno Priezvisko</p> <p style="text-align: center;">Podpis</p>																			

* Vhodné zakrúžkujte!