

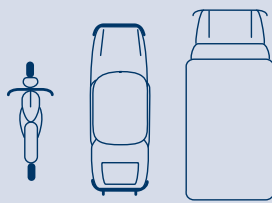
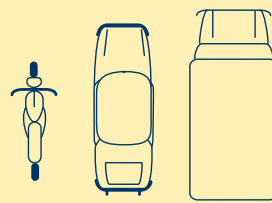
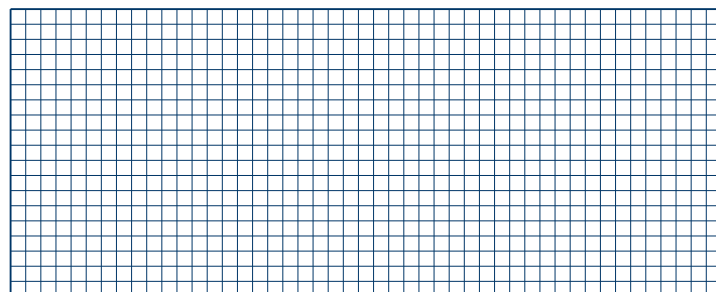
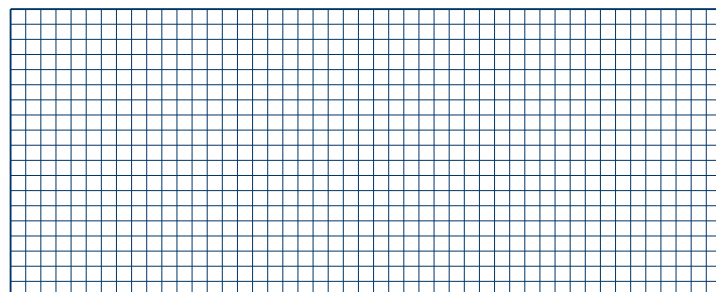


Záznam o dopravní nehodě

Slouží k dokumentaci průběhu nehody za účelem rychlejšího vyřízení náhrady škody

Vyplní řidiči obou vozidel

1. Datum nehody Hodina	2. Místo (ulice, č. domu, resp. kilometrovník)	3. Zranění? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
4. Jiná škoda než na vozidlech A a B <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	5a. Svědci (jméno, adresa, telefon – spolujezdce podtrhnout)	5b. Policejně šetřeno? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Kým:

Vozidlo A		Vozidlo B
6. Pojištěný Jméno Adresa Rodné číslo/IČ Telefon (od 8 do 16 hod.) Plátce DPH? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	A	6. Pojištěný Jméno Adresa Rodné číslo/IČ Telefon (od 8 do 16 hod.) Plátce DPH? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
7. Vozidlo Značka – typ Rok výroby RZ/SPZ		7. Vozidlo Značka – typ Rok výroby RZ/SPZ
8. Pojistitel Adresa pobočky Číslo poj. odpovědnosti Číslo zelené karty Hraniční pojištění platné do Je vozidlo pojištěno havarijně? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Pojistitel, č. pojistky		8. Pojistitel Adresa pobočky Číslo poj. odpovědnosti Číslo zelené karty Hraniční pojištění platné do Je vozidlo pojištěno havarijně? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Pojistitel, č. pojistky
9. Řidič Příjmení Jméno Adresa Číslo řidičského průkazu Skupina Vydal		9. Řidič Příjmení Jméno Adresa Číslo řidičského průkazu Skupina Vydal
10. Označte šipkou body vzájemného střetu 	A	10. Označte šipkou body vzájemného střetu 
11. Viditelné poškození		11. Viditelné poškození
14. Poznámky	A	14. Poznámky
10. Označte šipkou body vzájemného střetu	A	10. Označte šipkou body vzájemného střetu
13. Náskres Označte 1. silnice, 2. směr jízdy vozidel A a B, 3. postavení vozidel v okamžiku střetu, 4. dopravní značka, 5. jména ulic 		13. Náskres Označte 1. silnice, 2. směr jízdy vozidel A a B, 3. postavení vozidel v okamžiku střetu, 4. dopravní značka, 5. jména ulic 
12. Zaškrtněte odpovídající body vozidlo: 1 bylo zaparkováno 2 rozjízďelo se 3 zastavovalo 4 vyjízďelo z parkoviště, soukrom. pozemku, polní cesty 5 odbočovalo na parkoviště, soukromý pozemek, polní cestu 6 vjíždělo do kruhového objezdu 7 jelo v kruhovém objezdu 8 najelo zezadu při jízdě stejným směrem ve stejném pruhu 9 jelo souběžně v jiném jízdním pruhu 10 měnilo jízdni pruh 11 předjíždělo 12 odbočovalo vpravo 13 odbočovalo vlevo 14 couvalo 15 jelo v protisměru 16 přijíždělo zprava 17 nedalo přednost v jízdě	A	12. Zaškrtněte odpovídající body vozidlo: 1 bylo zaparkováno 2 rozjízďelo se 3 zastavovalo 4 vyjízďelo z parkoviště, soukrom. pozemku, polní cesty 5 odbočovalo na parkoviště, soukromý pozemek, polní cestu 6 vjíždělo do kruhového objezdu 7 jelo v kruhovém objezdu 8 najelo zezadu při jízdě stejným směrem ve stejném pruhu 9 jelo souběžně v jiném jízdním pruhu 10 měnilo jízdni pruh 11 předjíždělo 12 odbočovalo vpravo 13 odbočovalo vlevo 14 couvalo 15 jelo v protisměru 16 přijíždělo zprava 17 nedalo přednost v jízdě
15. Podpisy řidičů _____ _____	A	15. Podpisy řidičů _____ _____
14. Poznámky	A	14. Poznámky

← Počet označených políček →

Po podpisu a oddělení listů nelze již údaje měnit.

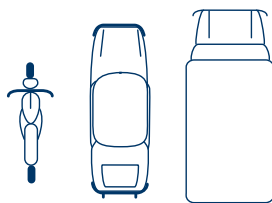
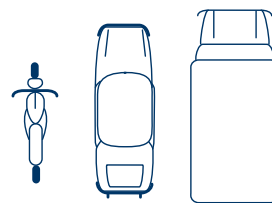


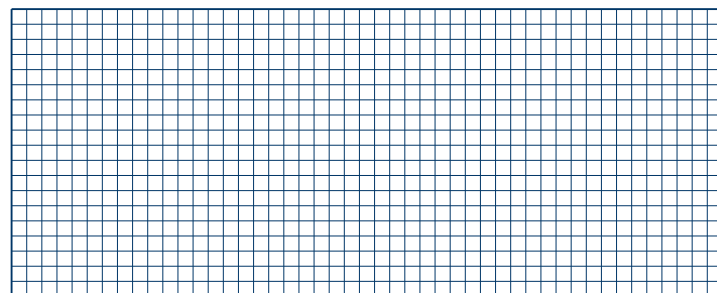
AGREED STATEMENT OF FACTS OF A MOTOR VEHICLE ACCIDENT

Constitutes a summary of identities and facts which will accelerate claim settlement.

Must be signed by both drivers

1. Date of accident Time	2. Location (street, house no. and/or kilometre sign post)	3. Injuries? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
4. Property damage <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO other than to vehicles A and B	5a. Witnesses (Names, addresses and tel.nos. - to be underlined if in relation to passengers in vehicle A or B)	5b. Police investigation? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO By:

VEHICLE A	12. Please tick the relevant number	VEHICLE B
6. Insured policyholder Name Address Personal identification number/ identification number Telephone (from 8 a.m. to 4 p.m.) VAT payer <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	↓ A ↓	6. Insured policyholder Name Address Personal identification number/ identification number Telephone (from 8 a.m. to 4 p.m.) VAT payer <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
7. Vehicle make, type vintage Registration No. (or engine No.)	↓	7. Vehicle make, type vintage Registration No. (or engine No.)
8. Insurer Address Ins. Cert. No. Green card No. Ins. Cert. or Green Card valid until Is the vehicle insured for damage? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Insurer, policy no.	↓	8. Insurer Address Ins. Cert. No. Green card No. Ins. Cert. or Green Card valid until Is the vehicle insured for damage? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Insurer, policy no.
9. Driver Surname First Name Address Driving licence No. Group Issued by	↓	9. Driver Surname First Name Address Driving licence No. Group Issued by
10. Indicate the point of impact with an arrow 	↓	10. Indicate the point of impact with an arrow 
11. Visible damage	↓	11. Visible damage
14. Remarks	↓	14. Remarks

13. Sketch
 Indicate: 1. the layout of the road, 2. the direction of vehicles A and B,
 3. their position at the time of impact, 4. traffic signs, 5. street names


15. Signatures of the drivers

_____ A	_____ B	_____ B
-------------------	-------------------	-------------------

**Do not change anything in the statement
after signature and separation of copies**

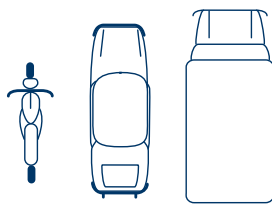
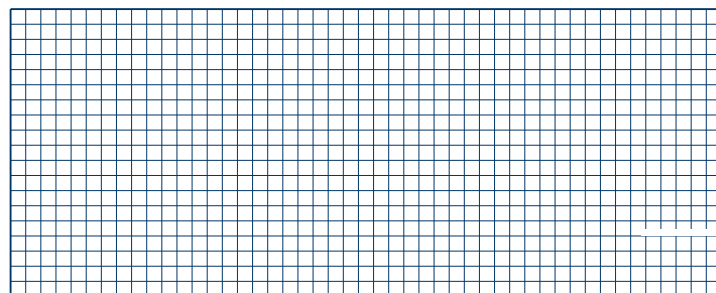
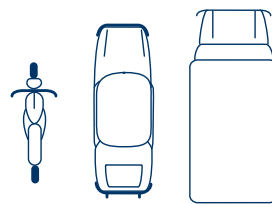

VERKEHRSUNFALLBERICHT

Dient zur Dokumentation des Unfallverlaufes zum Zweck einer rascheren Schadenregulierung

Von beiden Fahrzeugführern auszufüllen

1. Datum des Unfalls und Zeit:	2. Unfallort (Straße, Haus-Nr., Kilometerstein):	3. Verletzte? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
4. Andere Schäden <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN als an Fahrzeugen A und B	5a. Zeugen (Namen, Adressen, Telefon - der Name des Beifahrers ist zu unterstreichen):	5b. Polizeilich untersucht? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN Durch:

FAHRZEUG A	12. Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an Das Fahrzeug	FAHRZEUG B
6. Versicherungsnehmer Name: Adresse: Geburtenkennzahl/Id.-Nr.: Telefon (von 8 bis 16 Uhr): MwSt.? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	1 <input type="checkbox"/> parkte 2 <input type="checkbox"/> verließ einen Parkplatz 3 <input type="checkbox"/> parkte ein 4 <input type="checkbox"/> verließ einen Parkplatz, ein Privatgrundstück oder einen Weg 5 <input type="checkbox"/> begann, in einen Parkplatz, ein privates Grundstück, einen Weg einzufahren 6 <input type="checkbox"/> fuhr in einen Kreisverkehr ein 7 <input type="checkbox"/> fuhr in einem Kreisverkehr 8 <input type="checkbox"/> prallte beim Fahren in der gleichen Richtung und in der gleichen Kolonne auf das Heck auf 9 <input type="checkbox"/> fuhr in der gleichen Richtung und in einer anderen Kolonne 10 <input type="checkbox"/> wechselte die Kolonne 11 <input type="checkbox"/> überholte 12 <input type="checkbox"/> bog nach rechts ab 13 <input type="checkbox"/> bog nach links ab 14 <input type="checkbox"/> setzte zurück 15 <input type="checkbox"/> wechselte auf die Gegenfahrbahn 16 <input type="checkbox"/> kam von rechts 17 <input type="checkbox"/> hatte ein Vorfahrtszeichen missachtet	6. Versicherungsnehmer Name: Adresse: Geburtenkennzahl/Id.-Nr.: Telefon (von 8 bis 16 Uhr): MwSt.? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
7. Fahrzeug Automarke, Typ: Baujahr: Zulassungsnummer/Fahrzeugkennzeichen:	8 <input type="checkbox"/> prallte beim Fahren in der gleichen Richtung und in der gleichen Kolonne auf das Heck auf 9 <input type="checkbox"/> fuhr in der gleichen Richtung und in einer anderen Kolonne 10 <input type="checkbox"/> wechselte die Kolonne 11 <input type="checkbox"/> überholte 12 <input type="checkbox"/> bog nach rechts ab 13 <input type="checkbox"/> bog nach links ab 14 <input type="checkbox"/> setzte zurück 15 <input type="checkbox"/> wechselte auf die Gegenfahrbahn 16 <input type="checkbox"/> kam von rechts 17 <input type="checkbox"/> hatte ein Vorfahrtszeichen missachtet	7. Fahrzeug Automarke, Typ: Baujahr: Zulassungsnummer/Fahrzeugkennzeichen:
8. Versicherungsunternehmen: Anschrift der Geschäftsstelle: Haftpflicht-Nr.: Nummer der Grünen Karte: Grenzversicherung gültig bis Verfügt das Fahrzeug über eine Kaskoversicherung? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN Versicherungsgeber, Versicherungsschein-Nr.:	8 <input type="checkbox"/> prallte beim Fahren in der gleichen Richtung und in der gleichen Kolonne auf das Heck auf 9 <input type="checkbox"/> fuhr in der gleichen Richtung und in einer anderen Kolonne 10 <input type="checkbox"/> wechselte die Kolonne 11 <input type="checkbox"/> überholte 12 <input type="checkbox"/> bog nach rechts ab 13 <input type="checkbox"/> bog nach links ab 14 <input type="checkbox"/> setzte zurück 15 <input type="checkbox"/> wechselte auf die Gegenfahrbahn 16 <input type="checkbox"/> kam von rechts 17 <input type="checkbox"/> hatte ein Vorfahrtszeichen missachtet	8. Versicherungsunternehmen: Anschrift der Geschäftsstelle: Haftpflicht-Nr.: Nummer der Grünen Karte: Grenzversicherung gültig bis Verfügt das Fahrzeug über eine Kaskoversicherung? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN Versicherungsgeber, Versicherungsschein-Nr.:
9. Fahrzeugführer Name: Vorname: Adresse: Führerschein-Nr.: Führerschein-Klasse: Herausgegeben von:	9 <input type="checkbox"/> prallte beim Fahren in der gleichen Richtung und in der gleichen Kolonne auf das Heck auf 10 <input type="checkbox"/> fuhr in der gleichen Richtung und in einer anderen Kolonne 11 <input type="checkbox"/> überholte 12 <input type="checkbox"/> bog nach rechts ab 13 <input type="checkbox"/> bog nach links ab 14 <input type="checkbox"/> setzte zurück 15 <input type="checkbox"/> wechselte auf die Gegenfahrbahn 16 <input type="checkbox"/> kam von rechts 17 <input type="checkbox"/> hatte ein Vorfahrtszeichen missachtet	9. Fahrzeugführer Name: Vorname: Adresse: Führerschein-Nr.: Führerschein-Klasse: Herausgegeben von:

10. Die Aufprallstellen bitte mit einem Pfeil markieren 	13. Skizze des Unfalls Tragen Sie 1. Straße, 2. Fahrtrichtung vom Fahrzeug A und B, 3. Position der Fahrzeuge zum Zeitpunkt des Aufpralls, 4. Verkehrszeichen, 5. Straßennamen 	10. Die Aufprallstellen bitte mit einem Pfeil markieren 
11. Sichtbare Schäden:	15. Unterschriften der Fahrzeugführer A _____ B _____	11. Sichtbare Schäden:
14. Anmerkungen:	14. Anmerkungen:	14. Anmerkungen:

Nach der Unterzeichnung und Abtrennung der Blätter dürfen die Angaben nicht mehr geändert werden.