

Vyplnia vodiči oboch vozidiel

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

Vozidlo A

6. Držiteľ (meno, adresa)

_____Telefón (9 - 16 hodín)
_____Platiteľ DPH
áno nie

7. Vozidlo

Typ-značka _____

EČV _____

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

Adresa: _____

Číslo poisťky: _____

Zelená karta číslo: _____

(Pre cudzincov)

Platnosť zelenej karty _____

Platí do: _____

Vozidlo poistené havarijne (KASKO)

áno nie

V ktorej poisťovni? _____

9. Vodič

Meno: _____

Priezvisko: _____

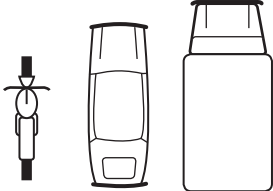
Adresa: _____

Vodič. pr. č. _____

Skup. _____ Vystavil _____

Platný od _____ do _____

(Pre bus, taxi)

10. Hlavný smer nárazu
označte šípkou11. Viditeľné poškodenie

_____14. Poznámky

15. Nehodu zaviniť

Vodič vozidla A

áno nie

Vodič vozidla B

áno nie

Spoluvina

áno nie

Iný (meno, adresa) _____

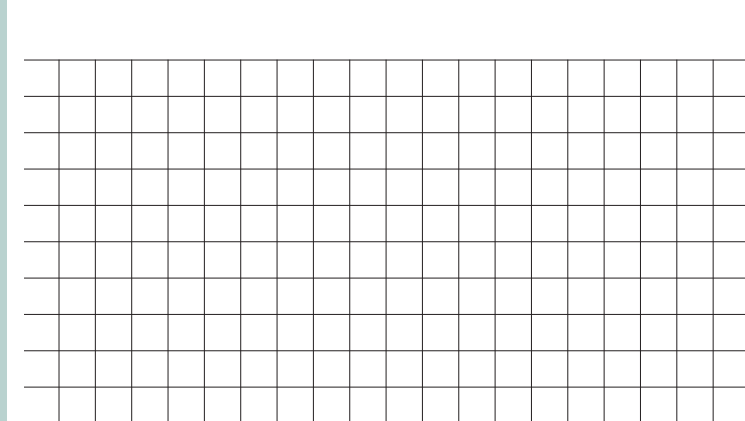
12. Vyznačte

- | | | |
|----|--|----|
| 1 | Vozidlo stálo | 1 |
| 2 | Vozidlo sa pohýnalo | 2 |
| 3 | Vozidlo zastavovalo | 3 |
| 4 | Vozidlo vychádzalo z miesta ležiaceho mimo cesty | 4 |
| 5 | Vozidlo odbočovalo na miesto ležiace mimo cesty | 5 |
| 6 | Vozidlo vchádzalo na kruhový objazd | 6 |
| 7 | Vozidlo išlo po kruhovom objazde | 7 |
| 8 | Vozidlo narazilo do zadnej časti vozidla
idúceho tým istým smerom v tom istom pruhu | 8 |
| 9 | Vozidlo išlo súbežne | 9 |
| 10 | Vozidlo prechádzalo z pruhu do pruhu | 10 |
| 11 | Vozidlo prechádzalo | 11 |
| 12 | Vozidlo odbočovalo vpravo | 12 |
| 13 | Vozidlo odbočovalo vľavo | 13 |
| 14 | Vozidlo cúvalo | 14 |
| 15 | Vozidlo prešlo do protismeru | 15 |
| 16 | Vozidlo prišlo sprava | 16 |
| 17 | Vozidlo nedalo prednosť v jazde | 17 |

(Prípadný iný priebeh nehody uveďte v poznámke)

Počet vyznačených polí

13. Plánik nehody



Vozidlo B

6. Držiteľ (meno, adresa)

_____Telefón (9 - 16 hodín)
_____Platiteľ DPH
áno nie

7. Vozidlo

Typ-značka _____

EČV _____

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

Adresa: _____

Číslo poisťky: _____

Zelená karta číslo: _____

(Pre cudzincov)

Platnosť zelenej karty _____

Platí do: _____

Vozidlo poistené havarijne (KASKO)

áno nie

V ktorej poisťovni? _____

9. Vodič

Meno: _____

Priezvisko: _____

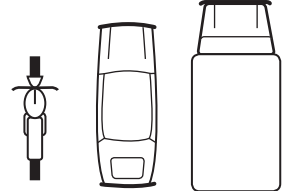
Adresa: _____

Vodič. pr. č. _____

Skup. _____ Vystavil _____

Platný od _____ do _____

(Pre bus, taxi)

10. Hlavný smer nárazu
označte šípkou11. Viditeľné poškodenie

_____14. Poznámky

15. Nehodu zaviniť

Vodič vozidla A

áno nie

Vodič vozidla B

áno nie

Spoluvina

áno nie

Iný (meno, adresa) _____

16. Podpis zúčastnených

A

B

Po podpísaní vyplnené údaje nemeňte

Unfallbericht

Von beiden Fahrzeugkern auszufüllen

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

Fahrzeug A	Fahrzeug B
6. Fahrzeughalter (Name und Anschrift) Herr/Frau/Fräulein/Firma _____ _____ Telefón (von 9 - 16 Uhr) _____ Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug; <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	6. Fahrzeughalter (Name und Anschrift) Herr/Frau/Fräulein/Firma _____ _____ Telefón (von 9 - 16 Uhr) _____ Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug; <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

7. Fahrzeug
Marke, Typ _____
Amtl. Kennzeichen _____

8. Haftpflichtversicherer

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

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.)

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

7. Fahrzeug
Marke, Typ _____
Amtl. Kennzeichen _____

8. Haftpflichtversicherer

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

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.)



11. Sichtbare Schäden

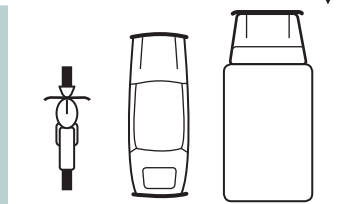
14. Bemerkungen

15. Der Unfall wurde verursacht vom:

Lenker des Fahrzeugs A <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Lenker des Fahrzeugs B <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Mitverschulden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anderer (Name und Anschrift) _____

13. Unfallskizze

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



11. Sichtbare Schäden

14. Bemerkungen

15. Der Unfall wurde verursacht vom:

Lenker des Fahrzeugs A <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Lenker des Fahrzeugs B <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Mitverschulden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Anderer (Name und Anschrift) _____

Registration of accident

(Please, tear off carefully here)

Must be signed by both drivers

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

Vehicle A		Vehicle B	
6. Owner (Name and address)	↓ A	6. Owner (Name and address)	↓ B
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
telephone (9 a.m. - 4 p.m.) _____		telephone (9 a.m. - 4 p.m.) _____	
Payer of V.A.T. yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		Payer of V.A.T. yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	

7. Vehicle
Typ - Mark _____

Registration No. _____

8. Third-party liability insurer

Address: _____

Policy No. _____

Green Card No. _____

(For foreigners only) valid until _____
Green Card

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

1	The car was parked	1
2	starting to ride	2
3	stopping	3
4	entering the road	4
5	leaving the road	5
6	entering a roundabout	6
7	circulating in a roundabout	7
8	striking the rear of the other vehicle while going in the same direction and 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 to the right	12
13	turning to the left	13
14	reversing	14
15	encroaching in the opposite traffic lane	15
16	coming from the right	16
17	not observing a right of way sign	17

Total number of spaces marked with a cross

7. Vehicle
Typ - Mark _____

Registration No. _____

8. Third-party liability insurer

Address: _____

Policy No. _____

Green Card No. _____

(For foreigners only) valid until _____
Green Card

Is the damage to the vehicle insured?
yes no

In which Insurance Comp.? _____

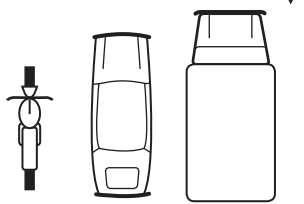
9. Driver
Name: _____
Surname: _____
Address: _____
Driving license No. _____
Groups _____ Issued by _____

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.)

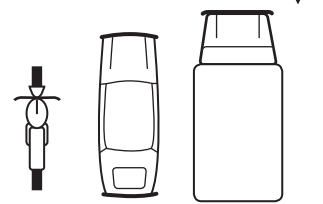
10. Indicate by an arrow the point of initial impact



11. Visible damage

14. Remarks

10. Indicate by an arrow the point of initial impact



11. Visible damage

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) _____

Constat amiable d'accident automobile

(Prière de détacher ici avec précaution)

A remplir par les deux conducteurs

1. Date de l'accident	Heure	2. Lieu (rue, numéro, év. borne kilométrique, commune, pays)	3. Blessé(s) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
4. Dégâts matériels autres qu'aux véhicules A et B oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		5. Témoins (soulignez les passagers)	Instruit par la police oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Vehicule A	Vehicule B
6. Nom, prénom et adresse de l'assuré	6. Nom, prénom et adresse de l'assuré
Téléphone (de 9H à 16H)	Téléphone (de 9H à 16H)
Est-il payeur de la TVA? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Est-il payeur de la TVA? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

7. Vehicule
Maque, type _____
No. d'immatr. _____
8. Sté d'assurance R.C. _____
Adresse: _____
No. de contrat _____
No. de la carte verte (pour les étrangers) _____
Validité de la carte verte | valable du _____ jusqu'au _____
Les dégâts matériels au véhicule sont-ils assurés?
oui non
Sté d'assurance _____

12. Mettre une croix dans chacune des cases utiles

1	en stationnement	1
2	quittait un stationnement	2
3	prenait un stationnement	3
4	sortait d'un parking, d'un lieu privé, d'un chemin de terre	4
5	s'engageait dans un parking, un lieu privé, un chemin de terre	5
6	s'engageait sur une place a sens giratoire	6
7	roulait sur une place a sens giratoire	7
8	heurtait à l'arrière l'autre véhicule qui roulait dans le même sens et sur la même file	8
9	roulait dans le même sens et sur une file différente	9
10	changeait de file	10
11	doublait	11
12	virait a droite	12
13	virait a gauche	13
14	reculait	14
15	empiétait sur la partie de chaussée réservée a la circulation en sens inverse	15
16	venait de droite	16
17	n'avait pas observé le signal de priorité	17

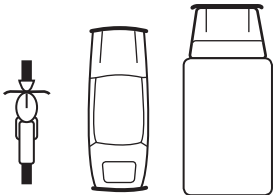
Indiquer le nombre de cases marquées d'une croix

7. Vehicule
Maque, type _____
No. d'immatr. _____
8. Sté d'assurance R.C. _____
Adresse: _____
No. de contrat _____
No. de la carte verte (pour les étrangers) _____
Validité de la carte verte | valable du _____ jusqu'au _____
Les dégâts matériels au véhicule sont-ils assurés?
oui non
Sté d'assurance _____

9. Conducteur
Nom: _____
Prénom: _____
Adresse: _____
Permis de conduire No. _____
Catégorie _____ délivré par _____
Valable du _____ jusqu'au _____ (pour les bus et les taxis)

9. Conducteur
Nom: _____
Prénom: _____
Adresse: _____
Permis de conduire No. _____
Catégorie _____ délivré par _____
Valable du _____ jusqu'au _____ (pour les bus et les taxis)

10. Indiquez par une flèche le point de choque initial



11. Dégâts apparents

14. Observations

15. Responsable de l'accident

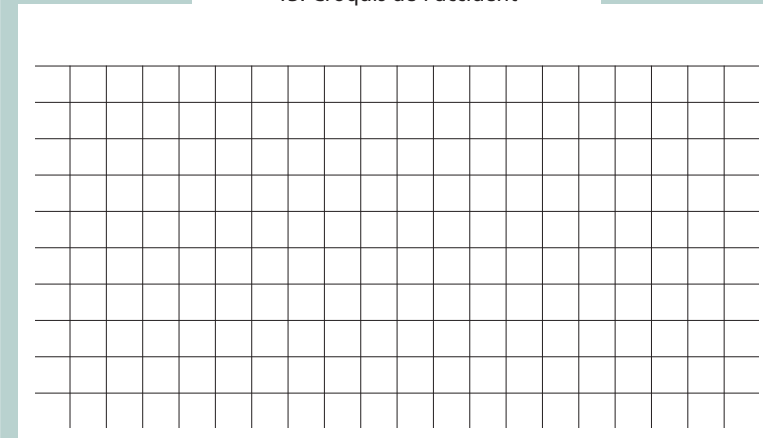
Conducteur du véhicule A | oui non

Conducteur du véhicule B | oui non

Complicité | oui non

Autre (nom, adresse) _____

13. Croquis de l'accident

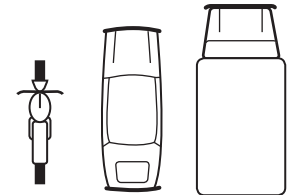


16. Signatures des personnes intéressées

A

B

10. Indiquez par une flèche le point de choque initial



11. Dégâts apparents

14. Observations

15. Responsable de l'accident

Conducteur du véhicule A | oui non

Conducteur du véhicule B | oui non

Complicité | oui non

Autre (nom, adresse) _____

A

B

POKYNY PRE ÚČASTNÍKOV DOPRAVNEJ NEHODY A AKO POSTUPOVAŤ

1. Táto správa o nehode nenahrádza písomné hlásenie na predpísanom tlačíve.

V prípade, ak sa udalosť stala na území SR, je povinnosťou poisteného bez zbytočného odkladu, najneskôr do 15 kalendárnych dní nahlásiť poisťovni udalosť poisťovne Groupama Garancia poisťovňa a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu a zaslať vyplnené tlačívo **OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI Z POISTENIA MOTOROVÉHO VOZIDLA – POISTENÝ** na adresu: Groupama Garancia poisťovňa a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, Miletičova 21, P. O. Box 32, 820 05 Bratislava 25.

V prípade, ak sa udalosť stala mimo územia SR, po príchode na územie SR bez zbytočného odkladu, najneskôr do 30 kalendárnych dní nahláste poisťovni udalosť poisťovne Groupama Garancia poisťovňa a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu a zašlite vyplnené tlačívo **OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI Z POISTENIA MOTOROVÉHO VOZIDLA – POISTENÝ** na adresu: Groupama Garancia poisťovňa a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, Miletičova 21, P. O. Box 32, 820 05 Bratislava 25.

Tlačivá k nahlasovaniu poisťovej udalosti z povinného zmluvného poistenia získate na ktorejkoľvek našej pobočke, alebo si ich môžete stiahnuť a vytlačiť z našej web stránky <http://www.groupama-garancia.sk/poistovna/dokumenty/>

2. Ak je niekto zranený, poskytnite mu prvú pomoc a privolajte lekára.

3. Privolajte políciu, ak to odporúča zákon alebo to vyžadujú okolnosti.

4. Vyplňte Správu o nehode v slovenskej verzii v kolónkach, ktoré sa Vás týkajú.

5. Takto vyplnený formulár opatrne odtrhnite a založte pod formulár v jazykovej verzii, ktorá je najbližšia Vašej protistrane.

6. Požiadajte Vašu protistranu o vyplnenie jej verzie formuláru, čím sa i na Vašu verziu prepíšu údaje protistrany.

7. Je potrebné dbať na to, aby pod Vašou verziou formuláru a verziou protistrany bola verzia jazykovo najbližšia miestnej polícii, čím aj polícia získa verziu pre ňu zrozumiteľnú.

8. Po vyplnení oboch verzií navzájom podpíšte a požiadajte políciu, aby Vám napísané údaje potvrdila, a to na časti nad formulárom.

9. Po ukončení všetkých udevených úkonov máte v ruke doklad, ktorý urýchli likvidáciu Vašej škodovej udalosti.

Pre políciu / Unsere Bitte an die Polizei / For the police / Pour la police:

Prosíme, potvrdte správnosť dole uvedených údajov a vyznačte tieto údaje / Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit der in der Unfallmeldung ausgefüllten Angaben und beantworten Sie bitte die unten aufgeführten Fragen / Please, confirm that given facts are correct and point out the following / S'il vous plaît, confirmez que les circonstances sont correctes et notez les faits suivants

Prosíme, vyznačte krížikom / Bitte zutreffendes ankreuzen / Cross, please / Cochez les cases, s'il vous plaît:

Nehodu zavini / Wer hat den Unfall verursacht / Accident caused by / Accident causé par

A	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	----------	--------------------------

Alkohol zistený / Bei wem wurde Alkohol festgestellt / Alcohol in blood / Alcool dans le sang

A	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	----------	--------------------------

VP zadržaný / Wem wurde der Führerschein abgenommen / Driving licence taken away / Permis de conduire retiré

A	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	----------	--------------------------

V prípade dopravnej nehody volajte našu asistenčnú službu, ktorá Vám je k dispozícii 24 hodín denne na tel. čísle **+421 2 208 54 504**.

Hlásenie škôd:

Groupama Garancia poisťovňa a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu
Miletičova 21, P. O. Box 32, 820 05 Bratislava 25

Call centrum: +421 2 208 54 208

Fax: +421 2 208 54 441