

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

Vozidlo B

6. Držiteľ (meno, adresa)

Telefón (9 - 16 hodín)
Platiteľ DPH
áno nie

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) | Platí do: _____
Platnosť zelenej karty

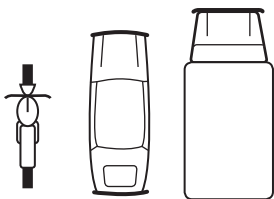
Vozidlo poistené havarijne (KASKO)
áno nie

V ktorej poisťovni? _____

9. Vodič
Meno: _____
Priezvisko: _____
Adresa: _____
Vodič. pr. č. _____
Skup. _____ Vystavil _____

Platný od _____ do _____
(Pre bus, taxi)

10. Hlavný smer nárazu
označte šípkou



11. Viditeľné poškodenie

14. Poznámky

15. Nehodu zaviniť
Vodič vozidla A áno nie
Vodič vozidla B áno nie
Spoluвина áno nie
Iný (meno, adresa) _____

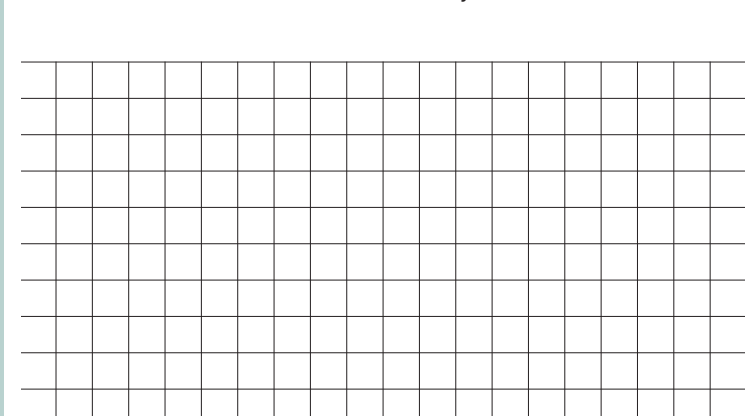
12. Vyznačte

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

(Prípadný iný priebeh nehody uveďte v poznámke)

← Počet vyznačených polí →

13. Plánik nehody



16. Podpis zúčastnených
A
B

7. Vozidlo
Typ-značka _____
EČV _____

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

Adresa: _____
Číslo poisťky: _____
Zelená karta číslo: _____

(Pre cudzincov) | Platí do: _____
Platnosť zelenej karty

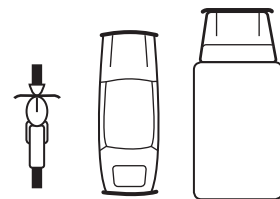
Vozidlo poistené havarijne (KASKO)
áno nie

V ktorej poisťovni? _____

9. Vodič
Meno: _____
Priezvisko: _____
Adresa: _____
Vodič. pr. č. _____
Skup. _____ Vystavil _____

Platný od _____ do _____
(Pre bus, taxi)

10. Hlavný smer nárazu
označte šípkou



11. Viditeľné poškodenie

14. Poznámky

15. Nehodu zaviniť
Vodič vozidla A áno nie
Vodič vozidla B áno nie
Spoluвина áno nie
Iný (meno, adresa) _____

Vyplnia vodiči oboch vozidiel

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

Zelená karta číslo:

(Pre cudzincov)

Platnosť zelenej karty

Platí do:

Vozidlo poistené havarijne (KASKO)

áno

nie

V ktorej poisťovni?

9. Vodič

Meno:

Priezvisko:

Adresa:

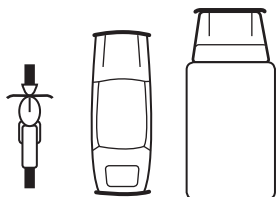
Vodič. pr. č.

Skup. Vystavil

Platný od do

(Pre bus, taxi)

10. Hlavný smer nárazu označte šípkou



11. Viditeľné poškodenie

14. Poznámky

15. Nehodu zaviniť

Vodič vozidla A

áno

nie

Vodič vozidla B

áno

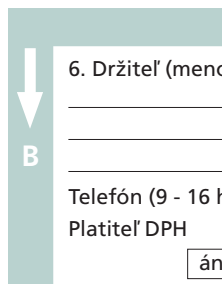
nie

Spoluvina

áno

nie

Iný (meno, adresa)



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 poistky:

Zelená karta číslo:

(Pre cudzincov)

Platnosť zelenej karty

Platí do:

Vozidlo poistené havarijne (KASKO)

áno

nie

V ktorej poisťovni?

9. Vodič

Meno:

Priezvisko:

Adresa:

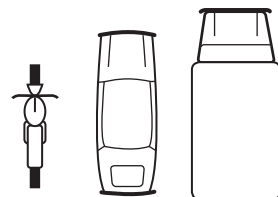
Vodič. pr. č.

Skup. Vystavil

Platný od do

(Pre bus, taxi)

10. Hlavný smer nárazu označte šípkou



11. Viditeľné poškodenie

14. Poznámky

15. Nehodu zaviniť

Vodič vozidla A

áno

nie

Vodič vozidla B

áno

nie

Spoluvina

áno

nie

Iný (meno, adresa)

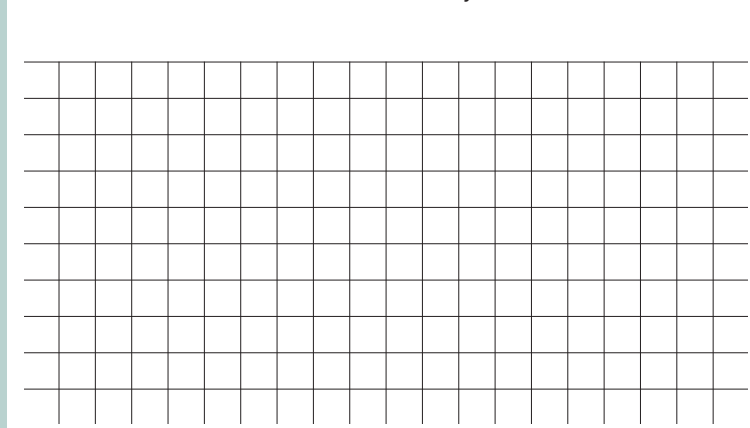
12. Vyznačte

- | | | |
|----|---|----|
| 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



16. Podpis zúčastnených

A

B

Vodič vozidla A

áno

nie

Vodič vozidla B

áno

nie

Spoluvina

áno

nie

Iný (meno, adresa)

Von beiden Fahrzeugkern auszufüllen

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

Fahrzeug A

6. Fahrzeughalter (Name und Anschrift)
Herr/Frau/Fräulein/Firma

Telefón (von 9 - 16 Uhr)

Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug;
 ja nein

Fahrzeug B

6. Fahrzeughalter (Name und Anschrift)
Herr/Frau/Fräulein/Firma

Telefón (von 9 - 16 Uhr)

Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug;
 ja nein

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?

12. Bitte Zutreffendes ankreuzen

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

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?

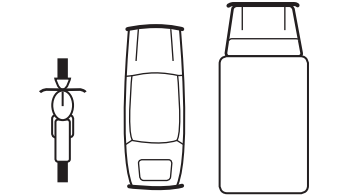
9. Fahrzeuglenker
Name:
Vorname:
Adresse:
Führerschein-Nr.
Gruppe _____ ausgestellt durch _____

gültig ab _____ bis _____
(Für Omnibusse, Taxi usw.)

9. Fahrzeuglenker
Name:
Vorname:
Adresse:
Führerschein-Nr.
Gruppe _____ ausgestellt durch _____

gültig ab _____ bis _____
(Für Omnibusse, Taxi usw.)

10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes



11. Sichtbare Schäden

14. Bemerkungen

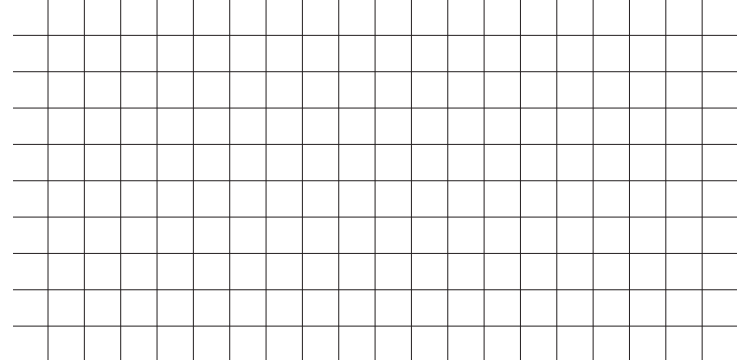
15. Der Unfall wurde verursacht vom:

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

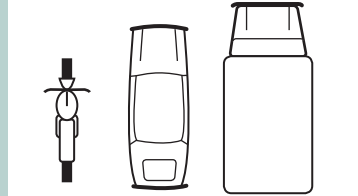


16. Unterschrift der Fahrzeuglenker

A B

Anderer (Name und Anschrift)

10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes



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)

Constat amiable d'accident automobile

(Prière de détacher ici avec précaution)

A remplir par les deux conducteurs

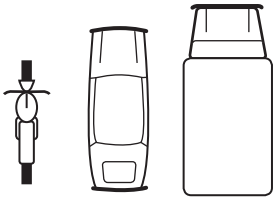
1. Date de l'accident	Heure	2. Lieu (rue, numéro, év. borne kilométrique, commune, pays)	3. Blessé(s) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
4. Dégâts matériels autres qu'aux véhicules A et B oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	5. Témoins (soulignez les passagers)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

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

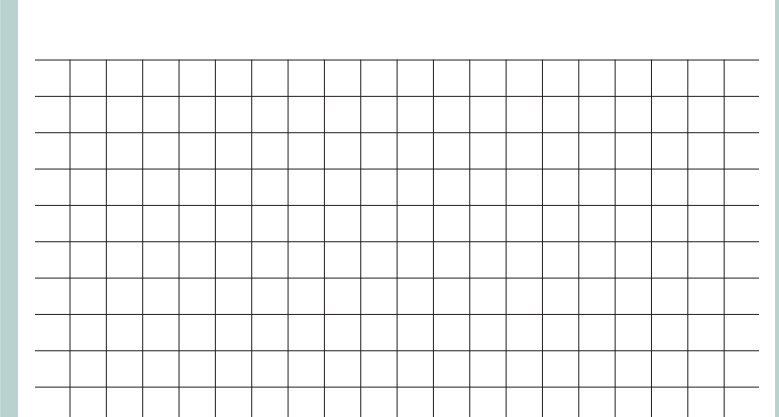
15. Responsable de l'accident
Conducteur du véhicule A | oui non
Conducteur du véhicule B | oui non
Complicité | oui non
Autre (nom, adresse) _____

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

13. Croquis de l'accident

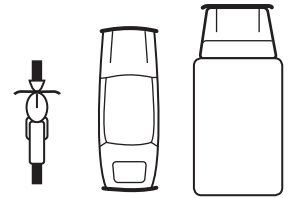


16. Signatures des personnes intéressées
A _____ B _____

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)

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) _____

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 www.groupamagarancia.sk

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 zavinił / 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: **0850 211 411**

Fax: **+421 2 208 54 441**