

# ZÁZNAM O DOPRAVNÍ NEHODĚ

Pokyny k vyplnění Záznamu a další informace naleznete na zadní straně

<b>1. Datum nehody:</b> _____	<b>Čas:</b> _____	<b>2. Místo:</b> _____	Místo: _____	<b>3. Zranění vč. lehkého:</b>
		Stát: _____		ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>

<b>4. Věcná škoda na jiných:</b>	<b>5. Svědci – jména, adresy, tel.:</b>
vozidlech než <b>A a B</b>   předmětech	
ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>   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 poj. smlouvy: \_\_\_\_\_

Číslo zelené karty: \_\_\_\_\_

Doklad o pojištění nebo zelená karta platná od: \_\_\_\_\_ do: \_\_\_\_\_

Pobočka (obch. zast. nebo makléři): \_\_\_\_\_

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, ...): \_\_\_\_\_

Platnost řidičského průkazu do: \_\_\_\_\_

## 12. OKOLNOSTI NEHODY

**K upřesnění náčrtu označte křížkem odpovídající políčka**

\*nehodící se škrtněte

↓	A		B
	<input type="checkbox"/> 1	*parkovalo / stálo	<input type="checkbox"/> 1
	<input type="checkbox"/> 2	*vyjždělo z parkoviště / otevřené dveře	<input type="checkbox"/> 2
	<input type="checkbox"/> 3	zaparkovávalo	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	vyjždělo z parkoviště, soukr. pozemku, polní, lesní apod. cesty	<input type="checkbox"/> 4
	<input type="checkbox"/> 5	vyjždělo na parkoviště, soukr. pozemek, polní, lesní apod. cestu	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/> 6	vyjždělo na kruh, objezd	<input type="checkbox"/> 6
	<input type="checkbox"/> 7	jelo na kruhovém objezdu	<input type="checkbox"/> 7
	<input type="checkbox"/> 8	najelo ze zadu při jízdě stejným směrem ve stejném pruhu	<input type="checkbox"/> 8
	<input type="checkbox"/> 9	jelo souběžně v jiném jízdním pruhu	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> 10	měnilo jízdní pruh	<input type="checkbox"/> 10
	<input type="checkbox"/> 11	předjíždělo	<input type="checkbox"/> 11
	<input type="checkbox"/> 12	odbočovalo vpravo	<input type="checkbox"/> 12
	<input type="checkbox"/> 13	odbočovalo vlevo	<input type="checkbox"/> 13
	<input type="checkbox"/> 14	couvalo	<input type="checkbox"/> 14
	<input type="checkbox"/> 15	vjelo do protisměru	<input type="checkbox"/> 15
	<input type="checkbox"/> 16	přijíždělo zprava (na křižovatce)	<input type="checkbox"/> 16
	<input type="checkbox"/> 17	nerespektovalo přednost v jízdě, nebo červenou na semaforu	<input type="checkbox"/> 17
	<input type="checkbox"/> ←	udejte počet označených políček	→ <input type="checkbox"/>

**13. Nákres nehody v okamžiku střetu**

Označte: 1. směr jízdních pruhů, 2. směr jízdy vozidel 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 poj. smlouvy: \_\_\_\_\_

Číslo zelené karty: \_\_\_\_\_

Doklad o pojištění nebo zelená karta platná od: \_\_\_\_\_ do: \_\_\_\_\_

Pobočka (obch. zast. nebo makléři): \_\_\_\_\_

NÁZEV: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Stát: \_\_\_\_\_

Tel./e-mail: \_\_\_\_\_

Je vozidlo pojištěno havarijně?  
ne  ano

**9. Řidič** (dle řidičského průkazu):

PŘÍJMENÍ: \_\_\_\_\_

Jméno: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Stát: \_\_\_\_\_

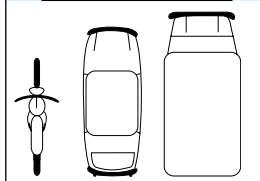
Tel./e-mail: \_\_\_\_\_

Číslo řidičského průkazu: \_\_\_\_\_

Skupina (A, B, ...): \_\_\_\_\_

Platnost řidičského průkazu do: \_\_\_\_\_

## 10. Označte šipkou body vzájemného střetu na vozidle A →



**11. Viditelná poškození na vozidle A:**

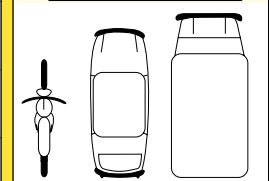
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Blank dotted area for drawing the accident scene and marking collision points.

## 10. Označte šipkou body vzájemného střetu na vozidle B →



**11. Viditelná poškození na vozidle B:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**14. Vlastní poznámky:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**15. Podpisy řidičů**

A B

**14. Vlastní poznámky:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# ACCIDENT STATEMENT

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

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

## VEHICLE A

**6. Insured/policyholder** (see insurance certificate):  
NAME: .....  
First name: .....  
Address: .....  
Postal code: ..... Country: .....  
Tel. or e-mail: .....

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** (see driving licence):  
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:**  
.....  
.....

## 12. CIRCUMSTANCES

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

\*delete where appropriate

↓ A	<input type="checkbox"/> 1 *parked / stopped <input type="checkbox"/> 2 *leaving a parking place / opening the door <input type="checkbox"/> 3 entering a parking place <input type="checkbox"/> 4 emerging from a car park, from private ground, from field, forrest track and the like <input type="checkbox"/> 5 entering a car park, private ground, a field, forrest track and the like <input type="checkbox"/> 6 entering a roundabout <input type="checkbox"/> 7 circulating a roundabout <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"/> 9 going in the same direction but in a different lane <input type="checkbox"/> 10 changing lanes <input type="checkbox"/> 11 overtaking <input type="checkbox"/> 12 turning to the right <input type="checkbox"/> 13 turning to the left <input type="checkbox"/> 14 reversing <input type="checkbox"/> 15 encroaching on a lane reserved for circulation in the opposite direction <input type="checkbox"/> 16 coming from the right (at road junctions) <input type="checkbox"/> 17 had not observed a right of way sign or a red light	↓ B
--------	---	--------

← state number of boxes marked with a cross →

**Must be signed by BOTH drivers (see 15.)**  
Does not constitute an admission of liability, but a summary of identities and of the facts which will speed up the settlement of claims.

**13. Sketch of accident when impact occurred** **13.**  
Indicate: 1. the layout of the road, 2. by arrows the direction of the vehicles A, B 3. their positions at the time of impact, 4. the road signs, 5. names of the streets or roads

## VEHICLE B

**6. Insured/policyholder** (see insurance certificate):  
NAME: .....  
First name: .....  
Address: .....  
Postal code: ..... Country: .....  
Tel. or e-mail: .....

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** (see driving licence):  
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 B by an arrow** →

**11. Visible damage to vehicle B:**  
.....  
.....

**14. My remarks:**  
.....  
.....

**15. Signatures of the drivers** **15.**  
.....  
.....

**A** **B**

# VERKEHRSUNFALLBERICHT

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

**4. Sachschäden an:**

anderen Fahrzeugen als <b>A</b> und <b>B</b>	anderen Gegenständen als Fahrzeugen
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	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? nein  ja

**9. Fahrer** (siehe Führerschein):

NAME: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

..... Land: .....

Telefon oder E-Mail: .....

Führerschein-Nr.: .....

Klasse (A, B, ...): .....

Führerschein gültig bis: .....

## 12. UNFALLUMSTÄNDE

**Kreuzen Sie jeweils das entsprechende Feld an, um die Skizze zu präzisieren**

A \* Nichtzutreffendes streichen B

<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, ein privates Grundstück, einen Feld-, Waldweg u.ä.	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	begann, in einen Parkplatz, ein privates Grundstück, einen Feld-, Waldweg u.ä. 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	<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 eine Fahrspur über, die dem Gegenverkehr vorbehalten ist	<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

← Geben Sie die Anzahl der angekreuzten Felder an →

**Unbedingt von BEIDEN Fahrern zu unterzeichnen (s. 15.)**  
 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 Fahrsuren - 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? nein  ja

**9. Fahrer** (siehe Führerschein):

NAME: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

..... Land: .....

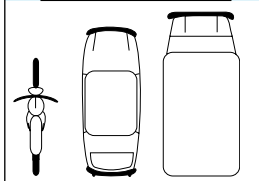
Telefon oder E-Mail: .....

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:**

.....

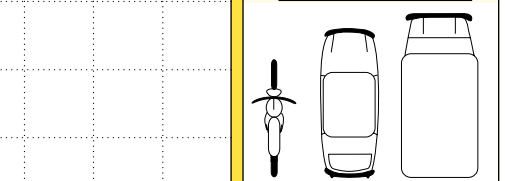
.....

**15. Unterschriften der Fahrer 15.**

.....

.....

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



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

.....

.....

**14. Eigene Bemerkungen:**

.....

.....

**A** **B**

## 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 PŘÍPADECH VOLEJTE KLIENTSKOU LINKU VAŠÍ POJIŠŤOVNY.**

Název pojišťovny	LINKA POMOCI ŘIDIČŮM	Klientská linka	Webová adresa
Allianz pojišťovna	<b>1224</b>	241 170 000	www.allianz.cz
AXA pojišťovna		292 292 292	www.axa.cz
Česká podnikatelská pojišťovna		957 444 555	www.cpp.cz
ČSOB pojišťovna		466 100 777	www.csobpoj.cz
DIRECT pojišťovna		221 221 221	www.direct.cz
Euro Insurances		296 333 666	www.leaseplaninsurance.com
Generali Česká pojišťovna		241 114 114	www.generaliceska.cz
Hasičská vzájemná pojišťovna		272 101 062	www.hvp.cz
Kooperativa pojišťovna		957 105 105	www.koop.cz
Pillow pojišťovna		734 510 530	www.mypillow.cz
Pojišťovna VZP		226 294 294	www.pvzp.cz
Slavia pojišťovna		255 790 111	www.slavia-pojistovna.cz
UNIQA pojišťovna		488 125 125	www.uniqa.cz