

Záznam o dopravní nehodě

Allianz pojišťovna, a. s.

Není přiznáním odpovědnosti, 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)	Stát	3. Zranění? ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>
4. Jiná škoda na jiných vozidlech než A a B vozidlech než A a B předmětech ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>		5. Svědci (jméno, adresa, telefon – spolujezdce podtrhnout)		5a. Policejně šetřeno ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> Kým

Vozidlo A

6. Pojištěný (jméno a adresa)

Telefon / e-mail _____

Plátce DPH? ne ano

7. Vozidlo

MOTOROVÉ VOZIDLO	PŘÍPOJNÉ VOZIDLO
Tov. značka, typ	
Rok výroby	
Registrační značka	Registrační značka
Stát registrace	Stát registrace

8. Pojistitel

Adresa pobočky _____

Číslo poj. odpovědnosti _____

Číslo zelené karty _____

Hraniční pojištění platné do _____

Je vozidlo pojištěno havarijně?
ne ano

Pojistitel _____

9. Řidič

Příjmení _____

Jméno _____

Adresa _____

Telefon / e-mail _____

Číslo řidičského průkazu _____

Skupina _____ Vydal _____

12. Okolnosti nehody

K upřesnění nákrasu označte křížkem odpovídající políčka – nehodící se škrtně *

<input type="checkbox"/>	1	* parkovalo / stálo	1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2	* rozjždělo se / otevřené dveře	2	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3	* zaparkovávalo / zastavovalo	3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4	vyjždělo z parkoviště, soukromého pozemku, polní cesty	4	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5	vjždělo na parkoviště, soukromý pozemek, polní cestu	5	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	6	vjždělo na kruhový objezd	6	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	7	jelo na kruhovém objezdu	7	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	8	najelo ze zadu při jízdě stejným směrem ve stejném pruhu	8	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	9	jelo souběžně v jiném jízdním pruhu	9	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10	měnilo jízdní pruh	10	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	11	předjíždělo	11	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	12	odbočovalo vpravo	12	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	13	odbočovalo vlevo	13	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	14	couvalo	14	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	15	vjelo do protisměru	15	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	16	přijždělo zprava (na křižovatce)	16	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	17	nedalo přednost v jízdě, nerespektovalo červenou na semaforu	17	<input type="checkbox"/>

← Udejte počet označených políček →
Nezbytné podepsat oběma řidiči

Vozidlo B

6. Pojištěný (jméno a adresa)

Telefon / e-mail _____

Plátce DPH? ne ano

7. Vozidlo

MOTOROVÉ VOZIDLO	PŘÍPOJNÉ VOZIDLO
Tov. značka, typ	
Rok výroby	
Registrační značka	Registrační značka
Stát registrace	Stát registrace

8. Pojistitel

Adresa pobočky _____

Číslo poj. odpovědnosti _____

Číslo zelené karty _____

Hraniční pojištění platné do _____

Je vozidlo pojištěno havarijně?
ne ano

Pojistitel _____

9. Řidič

Příjmení _____

Jméno _____

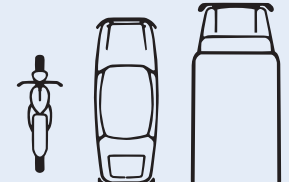
Adresa _____

Telefon / e-mail _____

Číslo řidičského průkazu _____

Skupina _____ Vydal _____

10. Označte šipkou body vzájemného střetu



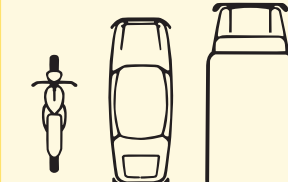
11. Viditelná poškození

13. Nákras / plánek nehody

Označte: 1. silnice, 2. směr jízdy vozidel A a B, 3. postavení vozidel v okamžiku střetu, 4. dopravní značky, 5. jména ulic

A	B
---	---

10. Označte šipkou body vzájemného střetu



11. Viditelná poškození

14. Poznámky

15. Podpisy řidičů

A B

14. Poznámky

Po podpisu a oddělení listů nelze již údaje měnit.

Verkehrsunfallbericht

Allianz pojišťovna, a. s.

Stellt kein Verantwortungsgeständnis dar, dient zur Dokumentierung des Unfallhergangs zwecks schnellerer Abwicklung.

von beiden Fahrern auszufüllen

1. Unfall		Uhrzeit	2. Ort (Straße, Hausnummer, evtl. Kilometerstein)		Staat	3. Verletzungen nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
4. Andere Schäden an anderen Fahrzeugen als A und B Gegenständen nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>			5. Zeugen (Name, Anschrift, Telefon – Mitfahrende unterstreichen)			5a. polizeilich ermittelt nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> von wem:	
Fahrzeug A			Fahrzeug B				
6. Versicherter (Name und Anschrift)			12. Umstände des Unfalls Zur Präzisierung der Skizze ankreuzen Sie entsprechenden Felder – nicht Zutreffendes streichen * 1 * parkte / hat gestanden 1 2 * fuhr an / offene Tür 2 3 * war beim Parken / Anhalten 3 4 verließ Parkplatz / Privatgrundstück / Feldweg 4 5 fuhr auf ein(en) Parkplatz / Privatgrundstück / Feldweg ein 5 6 fuhr in ein Kreisverkehr ein 6 7 befuhr ein Kreisverkehr 7 8 fuhr auf bei Fahrt in derselben Richtung in derselben Spur 8 9 fuhr parallel in einer anderen Fahrspur 9 10 wechselte die Fahrspur 10 11 überholte 11 12 bog nach rechts ab 12 13 bog nach links ab 13 14 fuhr rückwärts 14 15 fuhr in die Gegenrichtung 15 16 kam von rechts (auf der Kreuzung) 16 17 räumte nicht Vorfahrt ein, respektierte Rotlicht nicht 17 ← Anzahl der bezeichneten Felder angeben → Unbedingt von beiden Fahrern zu unterzeichnen			6. Versicherter (Name und Anschrift)	
Telefon / E-mail						Telefon / E-mail	
Mehrwertsteuerzahler? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>						Mehrwertsteuerzahler? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
7. Fahrzeug						7. Fahrzeug	
KRAFTFAHRZEUG GLIEDERFAHRZEUG						KRAFTFAHRZEUG GLIEDERFAHRZEUG	
Fahrzeugmarke						Fahrzeugmarke	
Baujahr						Baujahr	
Amtl. Kennzeichen						Amtl. Kennzeichen	
Land der Zulassung						Land der Zulassung	
8. Versicherer						8. Versicherer	
Anschrift der Außenstelle						Anschrift der Außenstelle	
Haftpflichtversicherung Nr.						Haftpflichtversicherung Nr.	
Grünen Karte Nr.						Grünen Karte Nr.	
Grenzversicherung gültig bis						Grenzversicherung gültig bis	
Ist das Fahrzeug kaskoversichert? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>						Ist das Fahrzeug kaskoversichert? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
Versicherer						Versicherer	
9. Fahrer						9. Fahrer	
Familiename			Familiename				
Vorname			Vorname				
Anschrift			Anschrift				
Telefon / E-mail			Telefon / E-mail				
Führerscheinnummer			Führerscheinnummer				
Gruppe ausgestellt von			Gruppe ausgestellt von				
10. Bezeichnen Sie die Stelle der gegenseitigen Kollision mit Pfeil			13. Unfall-Skizze bzw. -Plan Bezeichnen Sie: 1. Straße, 2. Fahrrichtung der Fahrzeuge A und B, 3. Stellung der Fahrzeuge im Augenblick der Kollision, 4. Verkehrsbeschilderung, 5. Strassennamen			10. Bezeichnen Sie die Stelle der gegenseitigen Kollision mit Pfeil	
11. Sichtbare Beschädigungen						11. Sichtbare Beschädigungen	
14. Bemerkungen						14. Bemerkungen	
15. Unterschriften der Fahrer						15. Unterschriften der Fahrer	

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

Traffic Accident Report

Allianz pojišťovna, a. s.

This is no admission of liability; it is mere documentation of the accident to facilitate the processing of the claim.

To be filled out by the drivers of both vehicles

1. Date of the accident	Time	2. Place (street, house number, kilometer mark)	Country	3. Injury <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes
4. Other damages vehicles other than A and B other tangible items <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes		5. Witnesses (name, address, telephone – underline the name of your passenger)		5a. Police investigation done <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes By whom _____

Vehicle A	12. Circumstances of the accident <small>For further details, cross-check boxes as applicable – scratch the non-applicable *</small>	Vehicle B																																																						
6. The Insured (name, address) _____ _____ _____ Telephone / e-mail _____ VAT payer? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width:5%; text-align: center;">1</td><td style="width:90%;">* was parked / standing</td><td style="width:5%; text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td>* was starting / door open</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td>* was parking / was stopping</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td><td>was leaving a parking lot, private lot, field road</td><td style="text-align: center;">4</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td><td>was entering a parking lot, private lot, field road</td><td style="text-align: center;">5</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">6</td><td>was entering a traffic circle</td><td style="text-align: center;">6</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">7</td><td>was driving in a traffic circle</td><td style="text-align: center;">7</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">8</td><td>rammed into the back of the vehicle going in the same direction and in the same lane</td><td style="text-align: center;">8</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">9</td><td>was driving in the same direction in another lane</td><td style="text-align: center;">9</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">10</td><td>was changing lanes</td><td style="text-align: center;">10</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">11</td><td>was taking over</td><td style="text-align: center;">11</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">12</td><td>was turning right</td><td style="text-align: center;">12</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">13</td><td>was turning left</td><td style="text-align: center;">13</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">14</td><td>reversing</td><td style="text-align: center;">14</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">15</td><td>was driving in opposite direction</td><td style="text-align: center;">15</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">16</td><td>was approaching from the right (on an intersection)</td><td style="text-align: center;">16</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">17</td><td>failed to give the right of way, failed to make a stop at red light</td><td style="text-align: center;">17</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">←</td><td style="text-align: center;">Specify number of cross-checked boxes Must be signed by both drivers</td><td style="text-align: center;">→</td></tr> </table>	1	* was parked / standing	1	2	* was starting / door open	2	3	* was parking / was stopping	3	4	was leaving a parking lot, private lot, field road	4	5	was entering a parking lot, private lot, field road	5	6	was entering a traffic circle	6	7	was driving in a traffic circle	7	8	rammed into the back of the vehicle going in the same direction and in the same lane	8	9	was driving in the same direction in another lane	9	10	was changing lanes	10	11	was taking over	11	12	was turning right	12	13	was turning left	13	14	reversing	14	15	was driving in opposite direction	15	16	was approaching from the right (on an intersection)	16	17	failed to give the right of way, failed to make a stop at red light	17	←	Specify number of cross-checked boxes Must be signed by both drivers	→	6. The Insured (name, address) _____ _____ _____ Telephone / e-mail _____ VAT payer? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes
1	* was parked / standing	1																																																						
2	* was starting / door open	2																																																						
3	* was parking / was stopping	3																																																						
4	was leaving a parking lot, private lot, field road	4																																																						
5	was entering a parking lot, private lot, field road	5																																																						
6	was entering a traffic circle	6																																																						
7	was driving in a traffic circle	7																																																						
8	rammed into the back of the vehicle going in the same direction and in the same lane	8																																																						
9	was driving in the same direction in another lane	9																																																						
10	was changing lanes	10																																																						
11	was taking over	11																																																						
12	was turning right	12																																																						
13	was turning left	13																																																						
14	reversing	14																																																						
15	was driving in opposite direction	15																																																						
16	was approaching from the right (on an intersection)	16																																																						
17	failed to give the right of way, failed to make a stop at red light	17																																																						
←	Specify number of cross-checked boxes Must be signed by both drivers	→																																																						
7. Vehicle <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"><tr><th style="width:50%;">MOTOR VEHICLE</th><th style="width:50%;">TRAILER</th></tr><tr><td>Vehicle make, type _____</td><td>_____</td></tr><tr><td>Year of Manufacture _____</td><td>_____</td></tr><tr><td>Registration plate No. _____</td><td>Registration plate No. _____</td></tr><tr><td>Country of registration _____</td><td>Country of registration _____</td></tr></table>	MOTOR VEHICLE	TRAILER	Vehicle make, type _____	_____	Year of Manufacture _____	_____	Registration plate No. _____	Registration plate No. _____	Country of registration _____	Country of registration _____		7. Vehicle <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"><tr><th style="width:50%;">MOTOR VEHICLE</th><th style="width:50%;">TRAILER</th></tr><tr><td>Vehicle make, type _____</td><td>_____</td></tr><tr><td>Year of Manufacture _____</td><td>_____</td></tr><tr><td>Registration plate No. _____</td><td>Registration plate No. _____</td></tr><tr><td>Country of registration _____</td><td>Country of registration _____</td></tr></table>	MOTOR VEHICLE	TRAILER	Vehicle make, type _____	_____	Year of Manufacture _____	_____	Registration plate No. _____	Registration plate No. _____	Country of registration _____	Country of registration _____																																		
MOTOR VEHICLE	TRAILER																																																							
Vehicle make, type _____	_____																																																							
Year of Manufacture _____	_____																																																							
Registration plate No. _____	Registration plate No. _____																																																							
Country of registration _____	Country of registration _____																																																							
MOTOR VEHICLE	TRAILER																																																							
Vehicle make, type _____	_____																																																							
Year of Manufacture _____	_____																																																							
Registration plate No. _____	Registration plate No. _____																																																							
Country of registration _____	Country of registration _____																																																							
8. The Insurer Branch Address _____ Liability policy number _____ Green card number _____ Cover abroad valid until _____ Vehicle covered under Casco policy? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes Insurer _____		8. The Insurer Branch Address _____ Liability policy number _____ Green card number _____ Cover abroad valid until _____ Vehicle covered under Casco policy? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes Insurer _____																																																						
9. Driver Surname _____ Name _____ Address _____ Telephone / e-mail _____ Driver's licence number _____ group _____ issued by _____		9. Driver Surname _____ Name _____ Address _____ Telephone / e-mail _____ Driver's licence number _____ group _____ issued by _____																																																						

10. Mark collision point with arrow 	13. Sketch/drawing of the accident <small>Mark the follows: 1. road, 2. ride direction of vehicles A and B, 3. position of vehicles of impact, 4. traffic signs, 5. names of streets</small>	10. Mark collision point with arrow 						
11. Visible damage _____ _____ _____	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width:5%; text-align: center;">A</td><td style="width:90%; text-align: center;">13. Sketch/drawing of the accident <small>Mark the follows: 1. road, 2. ride direction of vehicles A and B, 3. position of vehicles of impact, 4. traffic signs, 5. names of streets</small></td><td style="width:5%; text-align: center;">B</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">A</td><td style="text-align: center;">[Grid for sketch]</td><td style="text-align: center;">B</td></tr> </table>	A	13. Sketch/drawing of the accident <small>Mark the follows: 1. road, 2. ride direction of vehicles A and B, 3. position of vehicles of impact, 4. traffic signs, 5. names of streets</small>	B	A	[Grid for sketch]	B	11. Visible damage _____ _____ _____
A	13. Sketch/drawing of the accident <small>Mark the follows: 1. road, 2. ride direction of vehicles A and B, 3. position of vehicles of impact, 4. traffic signs, 5. names of streets</small>	B						
A	[Grid for sketch]	B						

14. Comments _____ _____ _____	15. Drivers' signatures A _____ B _____	14. Comments _____ _____ _____
---	--	---

After signing and separating sheets, the entered data may no longer be changed.

