

# 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, včetně lehkého</b>
		Stát: .....		ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>

<b>4. Věcná škoda na jiných</b>	
vozidlech než A a B	předmětech
ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>	ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>

<b>5. Svědci: Jména, adresy, tel.:</b>
.....

## VOZIDLO A

<b>6. Pojistník/Pojištěný (dle dokladu o pojištění):</b>
PŘÍJMENÍ: .....
Jméno: .....
Adresa: .....
PSČ: ..... Stát: .....
Tel./e-mail: .....

<b>7. Vozidlo</b>	
<b>MOTOROVÉ VOZIDLO</b>	<b>PŘIPOJNÉ VOZIDLO</b>
Tov. značka, typ: .....	Tov. značka, typ: .....
Rok výroby: .....	Rok výroby: .....
Registrační značka: .....	Registrační značka: .....
Stát registrace: .....	Stát registrace: .....

<b>8. Pojistitel (dle dokladu o pojištění):</b>
NÁZEV: .....
Číslo poj. smlouvy: .....
Číslo zelené karty: .....
Doklad o pojištění nebo zelená karta platná od: ..... do: .....
Pobočka (obch. zást. nebo makléř): .....
NÁZEV: .....
Adresa: .....
..... Stát: .....
Tel./e-mail: .....
Je vozidlo pojištěno havarijně? ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>

<b>9. Řidič (dle řidičského průkazu):</b>
PŘÍJMENÍ: .....
Jméno: .....
Datum narození: .....
Adresa: .....
..... Stát: .....
Tel./e-mail: .....
Číslo řidič. průkazu: .....
Skupina (A, B, ...): .....
Platnost řidič. průkazu do: .....

## 12. OKOLNOSTI NEHODY

↓ <b>A</b>	<b>K upřesnění nákresu označte křížkem odpovídající políčka.</b> <small>*nehodící se škrtněte</small>	↓ <b>B</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, soukromého pozemku, polní cesty	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	vjždělo na parkoviště, soukromý pozemek, polní cestu	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6	vjždělo na kruhový objezd	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7	jelo na kruhovém objezdu	<input type="checkbox"/> 7
<input type="checkbox"/> 8	najelo zezadu 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	předjíždělo 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"/> ←	<b>Udejte počet označených políček</b>	→ <input type="checkbox"/>

**13. Nákres nehody v okamžiku střetu** 13.

Nezbytné podepsat oběma řidiči  
Není přiznáním odpovědnosti, slouží k dokumentaci dat a okolností nehody za účelem rychlejšího vyřízení náhrady škody.

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

<b>6. Pojistník/Pojištěný (dle dokladu o pojištění):</b>
PŘÍJMENÍ: .....
Jméno: .....
Adresa: .....
PSČ: ..... Stát: .....
Tel./e-mail: .....

<b>7. Vozidlo</b>	
<b>MOTOROVÉ VOZIDLO</b>	<b>PŘIPOJNÉ VOZIDLO</b>
Tov. značka, typ: .....	Tov. značka, typ: .....
Rok výroby: .....	Rok výroby: .....
Registrační značka: .....	Registrační značka: .....
Stát registrace: .....	Stát registrace: .....

<b>8. Pojistitel (dle dokladu o pojištění):</b>
NÁZEV: .....
Číslo poj. smlouvy: .....
Číslo zelené karty: .....
Doklad o pojištění nebo zelená karta platná od: ..... do: .....
Pobočka (obch. zást. nebo makléř): .....
NÁZEV: .....
Adresa: .....
..... Stát: .....
Tel./e-mail: .....
Je vozidlo pojištěno havarijně? ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>

<b>9. Řidič (dle řidičského průkazu):</b>
PŘÍJMENÍ: .....
Jméno: .....
Datum narození: .....
Adresa: .....
..... Stát: .....
Tel./e-mail: .....
Číslo řidič. průkazu: .....
Skupina (A, B, ...): .....
Platnost řidič. průkazu do: .....

<b>10. Označte šipkou body vzájemného střetu na vozidle A →</b>

<b>11. Viditelná poškození na vozidle A:</b>
.....

<b>14. Vlastní poznámky:</b>
.....

<b>15. Podpisy řidičů</b> 15.
<b>A</b> .....
<b>B</b> .....

<b>10. Označte šipkou body vzájemného střetu na vozidle B →</b>

<b>11. Viditelná poškození na vozidle B:</b>
.....

<b>14. Vlastní poznámky:</b>
.....

# STATEMENT ON MOTOR VEHICLE ACCIDENT

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

4. Material damage

other than two vehicles A and B no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/>	objects other than vehicles no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/>
---	---

5. Witnesses: names, addresses, tel.: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## VEHICLE A

6. Insured/policyholder (see insurance certificate)

SURNAME: \_\_\_\_\_  
 First name: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 Postal code: \_\_\_\_\_ Country: \_\_\_\_\_  
 Tel. or E-mail: \_\_\_\_\_

7. Vehicle

MOTOR	TRAILER
Make, type: _____	Make, type: _____
Production year: _____	Production year: _____
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)

SURNAME: \_\_\_\_\_  
 First name: \_\_\_\_\_  
 Date of birth: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Country: \_\_\_\_\_  
 Tel. or E-mail: \_\_\_\_\_  
 Driving licence N°: \_\_\_\_\_  
 Category (A, B, ...): \_\_\_\_\_  
 Driving licence valid until: \_\_\_\_\_

## 12. CIRCUMSTANCES

↓ Put a cross in each of the relevant boxes to help explain the drawing ↓  
 A B

\*delete where appropriate

1 \*parked/stopped

2 \*leaving a parking place/ opening the door

3 entering a parking place

4 emerging from a car park, from private ground, from a track

5 entering a car park, private ground, a track

6 entering a roundabout

7 circulating in a roundabout

8 striking the rear of the other vehicle while going in the same direction and in the same lane

9 going in the same direction but in a different lane

10 changing lanes

11 overtaking

12 turning to the right

13 turning to the left

14 reversing

15 entering the opposite traffic lane

16 coming from the right side (at road junctions)

17 had not observed a give-way sign or red light

← **state number of boxes marked with a cross** →

**Must be signed by both drivers**  
 Does not constitute an admission of liability, but 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 position at the time of impact, 4, the road signs, 5, names of the streets of road

## VEHICLE B

6. Insured/policyholder (see insurance certificate)

SURNAME: \_\_\_\_\_  
 First name: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 Postal code: \_\_\_\_\_ Country: \_\_\_\_\_  
 Tel. or E-mail: \_\_\_\_\_

7. Vehicle

MOTOR	TRAILER
Make, type: _____	Make, type: _____
Production year: _____	Production year: _____
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)

SURNAME: \_\_\_\_\_  
 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: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

15. \_\_\_\_\_ Signatures of the drivers \_\_\_\_\_ 15.

**A** **B**

10. Indicate the point of initial impact to vehicle B by an arrow →

11. Visible damage to vehicle B: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

14. My remarks: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

# VERKEHRsunfallbericht

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

**4. Sachschäden an**

anderen Fahrzeugen als A und 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: .....
Ämtliches Kennzeichen: .....	Ämtliches 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: .....

Besteht eine Vollkaskoversicherung? 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

↓ A	Kreuzen Sie jeweils das entsprechende Feld an, um die Skizze zu präzisieren	↓ B
<input type="checkbox"/> 1	*parkte/hielt <small>*Nichtzutreffendes streichen</small>	<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 Weg	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	fuhr in einen Parkplatz, ein Grundstück, einen Weg 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	prallte beim Fahren in der gleichen Richtung und in der gleichen Fahrspur auf das Heck auf	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 9	fuhr in der gleichen Richtung aber in einer anderen Fahrspur	<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 10	wechselte die Fahrspur	<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 den 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	hat ein Vorfahrtszeichen oder eine rote Ampel missachtet	<input type="checkbox"/> 17
<input type="checkbox"/> ←	<b>Geben Sie die Anzahl der angekreuzten Felder an</b>	→ <input type="checkbox"/>

**13. Skizze des Unfalls zum Zeitpunkt des Aufpralls** **13.**

Bitte angeben: 1. den Verlauf der Fahrspuren, 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: .....
Ämtliches Kennzeichen: .....	Ämtliches 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: .....

Besteht eine Vollkaskoversicherung? 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:**

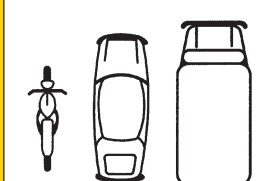
.....

.....

**15. Unterschriften der Fahrer** **15.**

**A** **B**

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



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

.....

.....

**14. Eigene Bemerkungen:**

.....

.....

## 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 cokoliv měnit či dopisovat!**

**POTŘEBUJETE-LI ODTAH VOZIDLA NEBO JINÉ ASISTENČNÍ SLUŽBY, VOLEJTE LINKU POMOCI, V OSTATNÍCH PŘÍPADECH VOLEJTE KLIENTSKOU LINKU VAŠÍ POJIŠŤOVNY.**

Pojišťovna	Linka pomoci		Klientská linka	Webová adresa
	ČR	zahraničí	ČR	
Allianz pojišťovna	<b>1224</b>	+420 241 170 000	241 170 000	www.allianz.cz
AXA pojišťovna		+420 292 292 292	292 292 292	www.axa.cz
Česká podnikatelská pojišťovna		+420 266 799 779	841 444 555	www.cpp.cz
Česká pojišťovna		+420 224 557 111	841 114 114	www.ceskapojistovna.cz
ČSOB pojišťovna		+420 222 803 442	800 100 777	www.csobpoj.cz
Generali pojišťovna		+420 221 586 666	844 188 188	www.generali.cz
Hasičská vzájemná pojišťovna		+420 272 101 062	844 114 411	www.hvp.cz
AIG EUROPE Limited		+420 221 586 657	234 108 311	www.aig.cz
Kooperativa pojišťovna		+420 266 799 779	841 105 105	www.koop.cz
Slavia pojišťovna		+420 261 000 525	255 790 111	www.slavia-pojistovna.cz
Triglav pojišťovna		+420 272 099 910	542 425 000	www.triglav.cz
UNIQA pojišťovna		+420 272 101 020	800 120 020	www.uniqa.cz
Wüstenrot pojišťovna		+420 227 231 222	800 225 555	www.wuestenrot.cz

Pozn: pojišťovnu tuzemského vozidla lze zjistit na: <https://ic.ckp.cz/vyhledavani>.  
Škody způsobené provozem nepojištěného vozidla či cizozemského vozidla v ČR lze nahlásit  
České kanceláři pojistitelů prostřednictvím: <https://ic.ckp.cz/hlaseni>.