

V prípade, že sa stanete účastníkom dopravnej nehody na území SR, odporúčame dodržať nasledovný postup:

- **Privolajte políciu, ak:**
  - pri dopravnej nehode došlo ku škode na zdraví,
  - vecná škoda presiahla 1,5 násobok väčšej škody podľa § 125 Trestného zákona,
  - bolo poškodené verejnoprospešné zariadenie,
  - účastníkom dopravnej nehody nie je zrejмый jej priebeh,
  - nedôjde k dohode medzi účastníkmi,

### ASISTENČNÁ SLUŽBA

- V prípadoch, že po dopravnej nehode je Vaše motorové vozidlo nepojazdné, alebo v dôsledku mechanickej poruchy sa stalo nepojazdné, kontaktujte poskytovateľa asistenčných služieb na tel. čísle **18 118** alebo centrálny dispečing škôd na telefónnom čísle **0850 111 566**. Charakter a rozsah asistenčných služieb závisí od druhu dojednaného poistenia v spoločnosti **KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group**.

V prípade čerpania asistenčných služieb prostredníctvom tretích strán (mimo **GLOBAL ASSISTANCE SLOVAKIA**), je poisťiteľ oprávnený odmietnuť alebo znížiť poistné plnenie za tieto služby.

- Vypĺňte „Záznam o dopravnej nehode“ a dbajte o to, aby ho podpísal aj

druhý účastník dopravnej nehody. Nezapodíťte poznačiť podrobný náčrt vzniku dopravnej nehody v bode č. 13 a vyznačiť vinníka nehody v bode č. 15 priloženého záznamu. V prípade, že nemáte k dispozícii uvedený formulár, vymeňte si s druhou stranou nasledovné údaje: meno, priezvisko, bydlisko, typ motorového vozidla, evidenčné číslo, číslo poistnej zmluvy a názov poisťovne (tieto údaje nájdete na bielej karte vydanéj k povinnému zmluvnému poisteniu).

- V prípade, ak ste zodpovedný za vznik škody, **písomne nahláste škodovú udalosť do 15 dní** od jej vzniku na pracoviskách spoločnosti **KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group**. Príslušné tlačivo pre nahlásenie poistnej udalosti obdržíte
  - na každom pracovisku poisťovne,
  - na internetovej adrese [www.kpas.sk](http://www.kpas.sk),
  - na nahlásenie škodovej udalosti rovnako môžete použiť tlačivo „Záznam o dopravnej nehode“ v slovenskej verzii doplnené o údaje na zadnej časti tejto verzie.
- **Informujte poškodeného**

V prípade, že došlo k dopravnej nehode **Vaším** zavinením a máte uzatvorené platné povinné zmluvné poistenie v spoločnosti **KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group**, odporúčte poškodenému nahlásenie vzniknutej škody prostredníctvom **Centrálneho dispečingu škôd na telefónnom čísle 0850 111 566**. Pracovníci **Centrálneho dispečingu škôd** sú klientom poisťovne a poškodeným k dispozícii nepretržite **24 hodín denne**.

V prípade, že sa stanete účastníkom dopravnej nehody v zahraničí, odporúčame nasledovný postup:

- **Trvajte na privolaní polície ak:**
  - pri dopravnej nehode došlo k zraneniu niektorého z účastníkov,
  - vznikla väčšia škoda na majetku,
  - v prípade ak máte dojem, že niektorý z vodičov jazdil pod vplyvom alkoholu.

### ASISTENČNÁ SLUŽBA

- V prípade, že máte dojednané povinné zmluvné poistenie v spoločnosti **KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group** a po dopravnej nehode je Vaše motorové vozidlo nepojazdné alebo v dôsledku mechanickej poruchy sa stalo nepojazdné, kontaktujte poskytovateľa asistenčnej služby na tel. čísle **+421 2 6353 2236** alebo centrálny dispečing škôd na telefónnom čísle **+421 2 52 62 72 82**. Charakter a rozsah asistenčných služieb závisí od druhu Vami dojednaného poistenia. **V prípade čerpania asistenčných služieb prostredníctvom tretích strán (mimo GLOBAL ASSISTANCE SLOVAKIA), je poisťiteľ oprávnený odmietnuť alebo znížiť poistné plnenie za tieto služby.**

Po privolaní polície si poznačte adresu policajnej stanice, prípadne telefonický kontakt.

- **Predložte Zelenú kartu vozidla**, kde sú uvedené údaje o vozidle, vlastníkovi, držiteľovi a poisťovateľovi zodpovednosti. Rovnako tieto dáta požadujte od ostatných účastníkov. Zelenú kartu nikdy neodovzdávajte (ani polícii), dovoľte len vyhotovenie jej fotokópie!
- **Vypĺňte medzinárodný formulár „Záznam o dopravnej nehode“**. Poznačte si mená a adresy ostatných vodičov a svedkov. V zázname o nehode zaškrtnite príslušný popis nehody a pokiaľ je možné, zakreslite jej priebeh. Veľmi dôležité je zaznamenať rozsah poškodenia vozidiel. Dbajte na to, aby bol záznam riadne podpísaný i druhou stranou.

**Záznam o dopravnej nehode nemožno dodatočne meniť a doplňovať.**

V prípade, že nerozumiете textu, či nesúhlasíte s obsahom Záznamu o dopravnej nehode, policajnému protokolu alebo inej písomnosti, ktorá je Vám predložená na podpis, zaznačte túto skutočnosť v slovenčine. V slovenčine môžete rovnako zapísať Vašu verziu nehody alebo iné dôležité fakty.

- V prípade, ak ste zodpovedný za vznik škody, **vypĺňte formulár Oznámenie škodovej udalosti poisteným**, priložte kópiu Záznamu o nehode a odovzdajte najbližšej pobočke spoločnosti **KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group** alebo zašlite priamo na nižšie uvedenú adresu do **30 dní od dátumu vzniku dopravnej nehody**. Pre nahlásenie škodovej udalosti môžete rovnako použiť tlačivo „Záznam o dopravnej nehode“. Nezapodíťte popísať priebeh nehody a poznačiť, do akej miery zodpovedáte za nehodu. **Nehodu treba oznámiť aj v prípade, ak sa domnievate, že nebola Vami zavinená.**

- **Písomne neuznávajte žiadne nároky ani neprepláčajte náhradu škody bez predchádzajúcej konzultácie s pracovníkmi zahraničného oddelenia spoločnosti KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group**. V prípade, že dostanete súdnu zásielku alebo iné písomnosti, obratom nás informujte. Všetky písomné materiály zasielate na adresu:

**KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, Oddelenie likvidácie zahraničných škôd,**

Štefánikova 17, 811 05 Bratislava, Slovenská republika,

tel.: +421 2 57 299 586, 57 299 460,

fax: +421 2 57 299 352, 57 299 214

- **Ak došlo k dopravnej nehode Vaším zavinením, poskytnite poškodeným nasledovné informácie:** Informujte ostatných účastníkov, že s uplatnením nárokov zo vzniknutej škodovej udalosti sa môžu obrátiť priamo na korešpondenčných partnerov spoločnosti **KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group** / likvidačné spoločnosti uvedené v priloženom zozname v krajinách svojho trvalého bydliska. V krajinách, kde spoločnosti **KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group** nemá korešpondenčných partnerov, sa poškodení môžu obrátiť na miestnu národnú kanceláriu poisťovateľov, ktorej adresa sa nachádza na druhej strane Zelené karty. Poškodení sa môžu rovnako obrátiť so svojimi nárokmi, prípadne informáciami na oddelenie likvidácie zahraničných škôd spoločnosti **KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group**, kde je zabezpečená komunikácia v anglickom a nemeckom jazyku.

# Záznam o dopravnej nehode

Ide len o informácie potrebné na promptné vybavenie likvidácie

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 vozidlách A a B áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>		5. Svedkovia (mená, adresy, r. č., kontakt – spolujazdca podčiarknite) _____	Vyšetrovaná polícia <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> Policajný útvar mesta <input type="checkbox"/>

## Vozidlo A

6. Držiteľ (meno, adresa)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefón (9 - 16 hodín) \_\_\_\_\_

Platiteľ DPH  áno      nie

7. Vozidlo  
Typ – značka \_\_\_\_\_  
ŠPZ/EČV \_\_\_\_\_  
VIN \_\_\_\_\_

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

Adresa: \_\_\_\_\_  
Číslo poisťky \_\_\_\_\_  
Zelená karta číslo \_\_\_\_\_

(Pre cudzincov) Platnosť zelenej karty \_\_\_\_\_ Platí do: \_\_\_\_\_

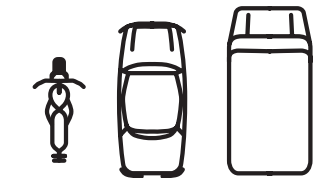
Vozidlo poistené havarijne (KASKO)  
 áno      nie

V ktorej poisťovni? \_\_\_\_\_

9. Vodič  
Meno \_\_\_\_\_  
Priezvisko \_\_\_\_\_  
Adresa \_\_\_\_\_  
Vodič. pr. č. \_\_\_\_\_  
Skup. \_\_\_\_\_    Vystavil \_\_\_\_\_

Platný od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_  
(Pre bus, taxi)

10. Hlavný smer nárazu označte šípku  
↓



11. Viditeľné poškodenia  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. Poznámky  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

15. Nehodu zaviniť  
Vodič vozidla A  áno      nie   
Vodič vozidla B  áno      nie   
Spoluviná  áno      nie

Iný (meno, adresa) \_\_\_\_\_

## Vozidlo B

6. Držiteľ (meno, adresa)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefón (9 - 16 hodín) \_\_\_\_\_

Platiteľ DPH  áno      nie

7. Vozidlo  
Typ – značka \_\_\_\_\_  
ŠPZ/EČV \_\_\_\_\_  
VIN \_\_\_\_\_

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

Adresa: \_\_\_\_\_  
Číslo poisťky \_\_\_\_\_  
Zelená karta číslo \_\_\_\_\_

(Pre cudzincov) Platnosť zelenej karty \_\_\_\_\_ Platí do: \_\_\_\_\_

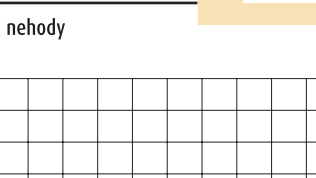
Vozidlo poistené havarijne (KASKO)  
 áno      nie

V ktorej poisťovni? \_\_\_\_\_

9. Vodič  
Meno \_\_\_\_\_  
Priezvisko \_\_\_\_\_  
Adresa \_\_\_\_\_  
Vodič. pr. č. \_\_\_\_\_  
Skup. \_\_\_\_\_    Vystavil \_\_\_\_\_

Platný od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_  
(Pre bus, taxi)

10. Hlavný smer nárazu označte šípku  
↓



11. Viditeľné poškodenia  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

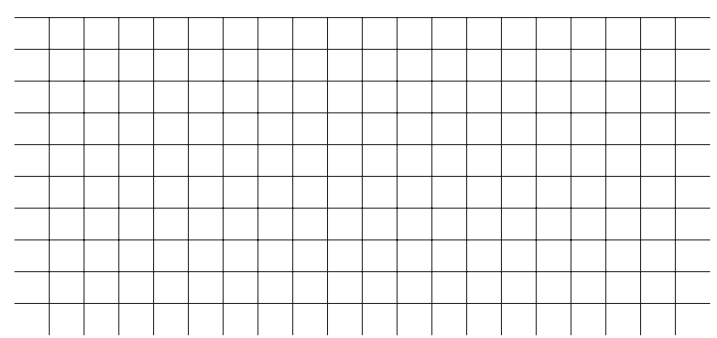
14. Poznámky  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

15. Nehodu zaviniť  
Vodič vozidla A  áno      nie   
Vodič vozidla B  áno      nie   
Spoluviná  áno      nie

Iný (meno, adresa) \_\_\_\_\_

12. Vyznačte
- |                          |    |   |    |                          |
|--------------------------|----|---|----|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1  | Vozidlo stálo   | 1  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 2  | Vozidlo sa pohýňalo   | 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 predchádzalo  | 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 označených polí \_\_\_\_\_

## 13. Plánik nehody



## 16. Podpis zúčastnených

Po podpísaní vyplnené údaje nemeňte

Poisťovňa informuje dotknuté osoby, že ich osobné údaje spracováva podľa § 10 zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon č. 122/2013 Z. z.“) v spojení s § 78 zákona č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon č. 39/2015 Z. z.“). Dotknutá osoba dáva poisťovníke súhlas, aby po výkone povinností na zabezpečenie výkonu práv a povinností vyplývajúcich z likvidácie predmetnej škodovej udalosti, jeho osobné údaje v rozsahu podľa § 78 zákona č. 39/2015 Z. z. poskytovala, sprístupňovala a ochránila prenášaním príslušným osobám podnikajúcim v poisťovníctve, právnickým a fyzickým osobám poskytujúcim služby finančného spravodajstva a finančného poradenstva podľa osobitného predpisu. Dotknutá osoba prehlasuje, že jej boli vopred poskytnuté údaje v zmysle § 15 zákona č. 122/2013 Z. z. a bola poučená o svojich právach uvedených v § 28 zákona č. 122/2013 Z. z. Zároveň berie na vedomie, že text poučenia je možné nájsť aj na webovej stránke poisťovne.

## Ako používať formulár „Záznam o dopravnej nehode“

Formulár „Záznam o dopravnej nehode“ plne zodpovedá modelu vytvorenému Comités Européen des Assurances (CEA). Je vytvorený na uplatnenie pri všetkých dopravných nehodách, slúži na záznam skutkového stavu a na jeho vyplnenie nie je potrebná dohoda o otázke zavinenia. Môžu byť uvedené aj protichodné výpovede, v nutnom prípade aj na zvláštnom liste. Keď má druhý účastník nehody taký istý formulár schválený Comités Européen des Assurances, ale v inom jazyku, sú tieto formuláre rovnaké. Môžete si preto jeho obsah bod po bode na základe vlastného formulára preložiť. Z tohto dôvodu sú jednotlivé body očíslované.

### Na mieste nehody

- Použite len jednu sadu formulárov pre 2 zúčastnené vozidlá (dve sady pre 3 zúčastnené vozidlá atd.). Nie je dôležité, kto formulár dodá a vyplní. Použite guľôčkové pero a píšete tak, aby boli čitateľné aj kópie.
- Pri vyplňaní „Záznamu o dopravnej nehode“ dávajte pozor na nasledujúce:
  - otázky v bode 8 sa vzťahujú na Vaše doklady o poistení (číslo dokladu o poistení zodpovednosti, zelenej karty),
  - otázky v bode 9 sa vzťahujú k Vášmu vodičskému preukazu,
  - označte presne miesto stretu (bod 10),
  - označte krížikom ten variant (1 – 17), ktorý sa týka Vašej nehody (bod 12), a na konci uveďte počet označených polí,
  - vyhotovte náčrt nehody (bod 13).
- Nezabudnite uviesť prípadných svedkov nehody, ich mená a adresy, hlavne keď Váš názor sa líši od názoru ostatných účastníkov nehody.
- Podpíšte „Záznam o dopravnej nehode“ a dajte ho podpísať aj druhému vodičovi. Jeden výťažok dajte druhému účastníkovi a nechajte si druhý za účelom odovzdania Vášmu poisťiteľovi.

### Po vyplnení formulára

- pri oznámení nehody poisťovní nezabudnite uviesť, kde a kedy by mohlo byť vozidlo obhliadnuté odborníkom,
- v žiadnom prípade nemeňte údaje na prednej strane formulára,
- formulár odovzdajte bezodkladne príslušnej poisťovni.

Formulár „Záznam o dopravnej nehode“ majte vždy na dosah ruky. Uložte ho, prosím, vo vozidle.

**Po doplnení údajov slúži k nahláseniu škodovej udalosti v zmysle §10 ods. 1. zákona č. 381/2001 Z. z.**

### Údaje o vozidle, ktorým bola škoda spôsobená

EČV:	Továrnska značka, typ:	VIN (výrobné číslo, event. číslo karosérie/rámu):
EČV:	Továrnska značka, typ:	VIN (výrobné číslo, event. číslo karosérie/rámu):
Rozsah poškodenia:		

### Údaje o poškodenom vozidle

EČV:	Továrnska značka, typ:	VIN (výrobné číslo, event. číslo karosérie/rámu):
EČV:	Továrnska značka, typ:	VIN (výrobné číslo, event. číslo karosérie/rámu):
Rozsah poškodenia:		

### Škoda na zdraví

Došlo ku škode na zdraví? <sup>1)</sup>	ÁNO	NIE
Meno a priezvisko poškodenej osoby:		
Popíšte rozsah škody na zdraví:		
Bola poškodená osoba pripútaná bezp. pásom? <sup>1)</sup>	ÁNO	NIE
Meno a priezvisko poškodenej osoby:		
Popíšte rozsah škody na zdraví:		
Bola poškodená osoba pripútaná bezp. pásom? <sup>1)</sup>	ÁNO	NIE
Meno a priezvisko poškodenej osoby:		
Popíšte rozsah škody na zdraví:		
Bola poškodená osoba pripútaná bezp. pásom? <sup>1)</sup>	ÁNO	NIE

### Nároky poškodeného

Žiada poškodený náhradu? <sup>1)</sup>	ÁNO	NIE	Žiada náhradu od vás? <sup>1)</sup>	ÁNO	NIE	v akej výške?		
Považujete nárok za oprávnený? <sup>1)</sup>	ÁNO	NIE	Vo výške:	Spoluvina poškodeného <sup>1)</sup>			ÁNO	NIE
Bola už z vašej strany poskytnutá náhrada škody? <sup>1)</sup>	ÁNO	NIE	Komu a v akej výške?					

Dolupodpísaný prehlasuje, že na všetky otázky odpovedal pravdivo a úplne. Berie na vedomie svoju povinnosť v priebehu šetrenia škodovej udalosti postupovať v súlade s pokynmi spoločnosti KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group a podľa všeobecných poisťných podmienok a zmluvných dojednaní spoločnosti KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group.

### Vyplní poisťovňa

Dátum oznámenia škodovej udalosti:	Odovzdané prílohy:	os. číslo a podpis preberajúceho
------------------------------------	--------------------	----------------------------------

<sup>1)</sup> Platný variant zakrúžkujte.

Poisťovňa informuje dotknuté osoby, že ich osobné údaje spracúva podľa § 10 zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon č. 122/2013 Z. z.“) v spojení s § 78 zákona č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon č. 39/2015 Z. z.“).

Dolupodpísaný ..... r. č. .... ako dotknutá osoba dáva poisťovni súhlas, aby po dobu nevyhnutnú na zabezpečenie výkonu práv a povinností vyplývajúcich z likvidácie predmetnej škodovej udalosti, jeho osobné údaje v rozsahu podľa § 78 zákona č. 39/2015 Z. z. poskytovala, sprístupňovala a cezhranične prenášala právnickým osobám podnikajúcim v poisťovníctve, právnickým a fyzickým osobám poskytujúcim služby finančného sprostredkovania a finančného poradenstva podľa osobitného predpisu. Dotknutá osoba prehlasuje, že jej boli vopred poskytnuté údaje v zmysle § 15 zákona č. 122/2013 Z. z. a bola poučená o svojich právach uvedených v § 28 zákona č. 122/2013 Z. z. Zároveň berie na vedomie, že text poučenia je možné nájsť aj na webovej stránke poisťovne.

V

dňa

Podpis (pečiatka)

# Agreed statement of facts on motor vehicle accident

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**

6. Owner (Name and address)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

telephone (9 a.m.- 4 p.m.) \_\_\_\_\_

Payer of V.A.T. yes  no

**Vehicle B**

6. Owner (Name and address)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

telephone (9 a.m.- 4 p.m.) \_\_\_\_\_

Payer of V.A.T. yes  no

7. Vehicle  
Type - 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.)

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) \_\_\_\_\_

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

**13. Plan of the accident**

15. Accident caused by:

Vehicle driver A yes  no

Vehicle driver B yes  no

Common fault yes  no

Other (name, address) \_\_\_\_\_

7. Vehicle  
Type - 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.)

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) \_\_\_\_\_

Do not make any changes after signing the paper.

## How to use the „Motor vehicle accident report“ form

The „Motor vehicle accident report“ form is in full compliance with the model made by Comité Européen des Assurances (CEA). It is designed to be applied in case of any motor vehicle accidents, it serves to report the state of fact and no agreement on guilt is necessary for its fulfilment. It can also include contrary statements, on a separate sheet of paper if needed. If the other participant of the accident has the same form agreed by Comité Européen des Assurances, but in a different language, these forms are equal. Therefore you may translate its contents point by point on the basis of your own form. This is the reason why the individual points are numbered.

### On the place of the accident

1. Use only one set of forms for 2 participated vehicles (two sets for 3 participated vehicles etc.). It is not important who delivers and fills in the form. Use a ball pen and write so that copies are readable.
2. When filling in the „Motor vehicle accident report“ be aware of the following:
  - questions in point 8 refer to your insurance documents (number of the liability insurance document, green card),
  - questions in point 9 refer to your driving licence,
  - mark precisely the crash point (point 10),
  - mark with a cross the variant (1 – 17) related to your motor vehicle accident (point 12) and define the number of marked spaces in the end,
  - make a drawing of the accident (point 13).
3. Do not forget to mention all possible witnesses of the accident, their names and addresses, especially if your opinion is different from the opinions of other participants of the accident.
4. Sign the „Motor vehicle accident report“ and have it signed by the other driver, too. Give one copy to the other participant of the accident and keep your copy in order to give it to your insurer.

### After you have filled in the form

- when communicating the accident to the insurance company, do not forget to state when and where the vehicle could be checked by an expert,
- under no circumstances modify the data in the forepart of the form,
- deliver the form immediately to the insurance company.

The „Motor vehicle accident report“ form should be kept on hand. Keep it in the vehicle, please.

## INFORMÁCIE PRE POŠKODENÝCH CUDZINCŮV V ZAHRANIČÍ:

For damage compensation please turn directly to the organization listed for your country.

<b>AT</b> <b>Wiener Städtische</b> Versicherung AG, Vienna Insurance Group Schottenring 30 A-1010 WIEN Tel.: +43 50 35 03 55 e-mail: auslandsschaden@staedtische.com	<b>GR</b> <b>CED Greece m.b.H.</b> 1 Lavriou Avenue & Asklipiou GR - 153 51 Pallini Athens Tel.: +30 210 747 30 50 e-mail: info@ced-claimexperts.gr	<b>PL</b> <b>INTERRISK</b> Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., VIG ul. Noakowskiego 22 00-668 Warszawa Tel.: +48 22 537 68 00 – 3 e-mail: szkody@interrisk.pl www: www.interrisk.pl
<b>BE</b> <b>P&amp;V Assurances SCRL</b> Rue Royale 151 1210 BRUSSEL Tel.: +32 2 250 91 11 e-mail: claims-auto@pv.be	<b>HU</b> <b>Union Vienna Insurance Group Insurance Co. Ltd.</b> Baross út. 1 1082 BUDAPEST Tel.: +36 14 86 20 0 e-mail: info@unionbiztosito.hu	<b>PT</b> <b>InterEurope Portugal</b> Rua Cândido dos Reis 198 2780-2121 Oeiras – Lisboa Tel.: +351 214 42 15 34 e-mail: matthias.reese@intereuropeag.com
<b>CZ</b> <b>Kooperativa pojišťovna, a. s.,</b> Vienna Insurance Group Pobřežní 665/21 186 00 Praha 8 Tel.: +420 272 112 302 e-mail: greencard@koop.cz www: www.koop.cz	<b>HR</b> <b>Croatia osiguranje</b> Miramarska 22 10000 Zagreb Tel.: 0800 1884 Fax: +385 1 633 20 20 e-mail: info@crosig.hr	<b>RO</b> <b>VIG Management Service</b> Bld Carol I nr. 31 – 33, Sector 2, 6th floor 020912 BUCURESTI, Sector 2 Tel.: +40 21 601 15 01 e-mail: claims@vig.ro
<b>DE</b> <b>HUK Coburg AG</b> Willi-Hussong-Str. 2 96440 Coburg Tel.: +49 9561 96 13 38 Fax: +49 9561 96 24 24 e-mail: info@huk-coburg.de www: www.huk24.de	<b>CH</b> <b>DIE MOBILIAR</b> Bundesgasse 35, Postfach 3001 Bern Tel.: +41 31 389 61 22 e-mail: interclaims@xpertcenter.ch www: www.mobiliar.ch	<b>SE</b> <b>Folksam ömsesidig saktförsäkring</b> Bohusgatan 14 106 60 Stockholm Tel.: +46 771 960 960 e-mail: fcd@folksam.se www: www.folksam.se
<b>DK</b> <b>Topdanmark Forsikring A/S</b> Borupvang 4 2750 Ballerup Tel.: +45 44 68 33 11, +45 44 74 72 41 e-mail: skadeauto@topdanmark.dk www: www.topdanmark.dk	<b>IR</b> <b>Aviva Insurance Ltd</b> One Park Place, Hatch Street Upper Dublin 2 Tel.: +353 1 898 80 00 e-mail: pieast@aviva.ie www: www.aviva.ie	<b>UK</b> <b>AVIVA Insurance Limited</b> Rosso Floor 1, Surrey Street, PO Box 6 NR1 3NS NORWICH Tel.: +441 603 687 912 e-mail: chris.manley@aviva.com
<b>ES</b> <b>InterEurope Spain</b> European Law Service C/Pujades 51-55, 3 <sup>a</sup> , 34 08005 Barcelona Tel.: +34 93 508 84 58 e-mail: christian.naumann@intereuropeag.com	<b>LU</b> <b>BALOISE ASSURANCES LUXEMBOURG</b> rue du Puits Romain 23, Bourmicht L-8070 Bertrange Tel.: +352 290 190 1 e-mail: info@baloise.lu; indemnisations.auto@baloise.lu www: www.baloise.lu	
<b>FR</b> <b>MACIF</b> Division Gestion Sinistres Internationaux 79037 NIORT cedex 9 Tel.: +33 5 49 09 45 67 e-mail: dgsi@macif.fr, jtelloli@macif.fr www.macif.fr	<b>NL</b> <b>Achmea (Centraal Beheer)</b> Schadeverzekeringen N.V. Laan van Malkenschoten 20 7333 NP Apeldoorn Tel.: +31 55 579 91 11 e-mail: buitenland@achmea.nl	