

SPRÁVA O NEHODE

Služi k dokumentácii priebehu nehody za účelom rýchlejšieho vybavenia náhrady škody, má informatívny charakter a neslúži ako náhrada za oznámenie, resp. uplatnenie škody z prevádzky motorového vozidla

Generali Poistovnía, a. s., Lamačská cesta 3/A, 841 04 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 35 709 332, zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka č. 1325/B. Spoločnosť patrí do skupiny Generali, ktorá je uvedená v Talianskom zozname skupín poisťovní vedenom ISVAP pod č. 26.



1. Dátum nehody: _____	Čas: _____	2. Mesto: _____	Miesto: _____	3. Zranenie vrät. ľahkého	Vyplnia vodiči obidvoch vozidiel.
		Štát: _____		nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/>	

4. Vecná škoda na iných:	5. Svedkovia: mená, adresy, tel.:
vozidlách ako A a B	_____
nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/>	_____
predmetoch	_____
nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/>	_____

VOZIDLO A

6. Poistník/poistený (podľa dokladov o poistení):	
PRIEZVISKO: _____	
Meno: _____	
Adresa: _____	
PSC: _____	Štát: _____
Tel./e-mail: _____	
7. Vozidlo:	
MOTOROVÉ VOZIDLO:	PŘÍPOJNÉ VOZIDLO:
Tov. značka, typ _____	Evidenčné číslo _____
Evidenčné číslo _____	Štát registrácie _____
Štát registrácie _____	Štát registrácie _____

12. OKOLNOSTI NEHODY

K upresneniu nákrasu označte krížikom zodpovedajúce kolónky

A		B
↓		↓
<input type="checkbox"/> 1	*nehodiace sa škrtnite	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2	*parkovalo/stálo	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	*vychádzalo z parkoviska /otvorené dvere	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	zaparkovávalo	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	vychádzalo z parkoviska, súkromného pozemku, poľnej cesty	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6	vchádzalo na parkovisko, súkromný pozemok, poľnú cestu	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7	vchádzalo na kruhový objazd	<input type="checkbox"/> 7
<input type="checkbox"/> 8	išlo na kruhovom objazde	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 9	narazilo zo zadu pri jazde rovnakým smerom v rovnakom pruhu	<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 10	išlo súbežne v inom jazdnom pruhu	<input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> 11	menilo jazdný pruh	<input type="checkbox"/> 11
<input type="checkbox"/> 12	predchádzalo	<input type="checkbox"/> 12
<input type="checkbox"/> 13	odbočovalo vpravo	<input type="checkbox"/> 13
<input type="checkbox"/> 14	odbočovalo vľavo	<input type="checkbox"/> 14
<input type="checkbox"/> 15	cúvalo	<input type="checkbox"/> 15
<input type="checkbox"/> 16	vošlo do protismeru	<input type="checkbox"/> 16
<input type="checkbox"/> 17	prichádzalo sprava (na križovatke)	<input type="checkbox"/> 17
<input type="checkbox"/> 18	nerešpektovalo prednosť v jazde, alebo červenú na semafore	<input type="checkbox"/> 18
<input type="checkbox"/>	← označte počet označených kolóniek →	<input type="checkbox"/>

VOZIDLO B

6. Poistník/poistený (podľa dokladov o poistení):	
PRIEZVISKO: _____	
Meno: _____	
Adresa: _____	
PSC: _____	Štát: _____
Tel./e-mail: _____	
7. Vozidlo:	
MOTOROVÉ VOZIDLO:	PŘÍPOJNÉ VOZIDLO:
Tov. značka, typ _____	Evidenčné číslo _____
Evidenčné číslo _____	Štát registrácie _____
Štát registrácie _____	Štát registrácie _____

8. Poistovateľ (podľa dokladov o poistení):	
NÁZOV: _____	
Číslo poisť. zmluvy: _____	
Číslo zelenej karty: _____	
Doklad o poistení alebo zelená karta platná od: _____ do: _____	
Pobočka (obch. zást. alebo maklér)	
NÁZOV: _____	
Adresa: _____	
PSC: _____	Štát: _____
Tel./e-mail: _____	
Je vozidlo poistené havarijne? nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/>	

8. Poistovateľ (podľa dokladov o poistení):	
NÁZOV: _____	
Číslo poisť. zmluvy: _____	
Číslo zelenej karty: _____	
Doklad o poistení alebo zelená karta platná od: _____ do: _____	
Pobočka (obch. zást. alebo maklér)	
NÁZOV: _____	
Adresa: _____	
PSC: _____	Štát: _____
Tel./e-mail: _____	
Je vozidlo poistené havarijne? nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/>	

9. Vodič (podľa vodičského preukazu):	
PRIEZVISKO: _____	
Meno: _____	
Dátum narodenia: _____	
Adresa: _____	
PSC: _____	Štát: _____
Tel./e-mail: _____	
Číslo vodičského preukazu: _____	
Skupina (A, B, ...): _____	
Platnosť vodičského preukazu do: _____	

9. Vodič (podľa vodičského preukazu):	
PRIEZVISKO: _____	
Meno: _____	
Dátum narodenia: _____	
Adresa: _____	
PSC: _____	Štát: _____
Tel./e-mail: _____	
Číslo vodičského preukazu: _____	
Skupina (A, B, ...): _____	
Platnosť vodičského preukazu do: _____	

10. Označte šípkou body vzájomného stretu na vozidle A →	
11. Viditeľné poškodenie na vozidle A:	

10. Označte šípkou body vzájomného stretu na vozidle B →	
11. Viditeľné poškodenie na vozidle B:	

14. Vlastné poznámky:	

15. Nehodu zaviniť:	
Vodič vozidla A: _____	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Vodič vozidla B: _____	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Spoluviná: _____	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Iný (meno, adresa): _____	

14. Vlastné poznámky:	

15. Nehodu zaviniť:	
Vodič vozidla A: _____	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Vodič vozidla B: _____	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Spoluviná: _____	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Iný (meno, adresa): _____	

13. Nákras nehody v čase stretu vozidiel	13.
Označte: 1, smer jazdných pruhov, 2, smer jazdy vozidla A, B (šípkou), 3, ich postavenie v čase stretu, 4, dopravné značky, 5, názvy ulíc	

16. Podpisy vodičov	16.
----------------------------	------------

Po podpísaní vyplnené údaje už nemeňte.

Agreed statement of facts on motor vehicle accident

This form is for speeding up the settlement of your claim, it is of informative character and does not substitute for claims notification.

Generali Poistovňa, a. s., Lamačská cesta 3/A, 841 04 Bratislava, Slovak Republic, Company ID No.: 35 709 332, incorporated in Companies Register of District Court Bratislava I, section: Sa, file No. 1325/B. The Company belongs to the Generali Group, listed in the Italian Insurance Groups Register maintained by ISVAP under No. 26.



1. Date of accident: _____ Time: _____	2. Town: _____ Place: _____	3. Injuries even if slight no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/>	Must be filled in by both drivers.
State: _____			

4. Property damage other: than to the vehicles A & B no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> than to objects no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/>	5. Witnesses: names, addresses, phone No.: _____ _____
--	---

VEHICLE A		12. CIRCUMSTANCES	VEHICLE B																	
6. Policyholder/insured (see insurance cert.): SURNAME: _____ First name: _____ Address: _____ Zip code: _____ State: _____ Phone No./e-mail: _____	↓ Put a cross in each of the relevant spaces to help explain the plan. ↓	A *cross out if not applicable 1 <input type="checkbox"/> *parked/not moving 2 <input type="checkbox"/> *leaving a parking place /opened doors 3 <input type="checkbox"/> Entering a parking place 4 <input type="checkbox"/> Emerging from a car park, from private grounds, from a track 5 <input type="checkbox"/> entering a car park, private grounds, a track 6 <input type="checkbox"/> entering a roundabout 7 <input type="checkbox"/> circulating in a roundabout 8 <input type="checkbox"/> striking the rear while going in the same direction and in the same lane 9 <input type="checkbox"/> going in the same direction but in the different lane 10 <input type="checkbox"/> changing lanes 11 <input type="checkbox"/> overtaking 12 <input type="checkbox"/> turning to the right 13 <input type="checkbox"/> turning to the left 14 <input type="checkbox"/> reversing 15 <input type="checkbox"/> encroaching in the opposite traffic lane 16 <input type="checkbox"/> coming from the right (on a crossroad) 17 <input type="checkbox"/> not observing a right of way sign, or red on traffic lights ← State total number of spaces marked with a cross → <input type="checkbox"/>	B 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/>	6. Policyholder/insured (see insurance cert.): SURNAME: _____ First name: _____ Address: _____ Zip code: _____ State: _____ Phone No./e-mail: _____																
7. Vehicle: <table border="1"><thead><tr><th>MOTOR VEHICLE:</th><th>TRAILER:</th></tr></thead><tbody><tr><td>Make - Type _____</td><td></td></tr><tr><td>Registration No. _____</td><td>Registration No. _____</td></tr><tr><td>State of registration _____</td><td>State of registration _____</td></tr></tbody></table>	MOTOR VEHICLE:	TRAILER:	Make - Type _____		Registration No. _____	Registration No. _____	State of registration _____	State of registration _____	13. Plan of the accident at the time of vehicle impact Indicate: 1, the direction of lanes, 2, the direction of the vehicles A, B (by arrow), 3, their position at the time of impact, 4, the road signs, 5, names of the streets of roads	7. Vehicle: <table border="1"><thead><tr><th>MOTOR VEHICLE:</th><th>TRAILER:</th></tr></thead><tbody><tr><td>Make - Type _____</td><td></td></tr><tr><td>Registration No. _____</td><td>Registration No. _____</td></tr><tr><td>State of registration _____</td><td>State of registration _____</td></tr></tbody></table>	MOTOR VEHICLE:	TRAILER:	Make - Type _____		Registration No. _____	Registration No. _____	State of registration _____	State of registration _____	8. Insurance company (see insurance cert.): SURNAME: _____ Policy No.: _____ Green Card No.: _____ Ins. cert. or Green Card valid from: _____ to: _____ Agency (office or broker) NAME: _____ Address: _____ Zip code: _____ State: _____ Phone No./e-mail: _____ <i>Is damage to the vehicle insured?</i> no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/>	9. Driver (see driving licence): SURNAME: _____ First name: _____ Date of birth: _____ Address: _____ Zip code: _____ State: _____ Phone No./e-mail: _____ Driving licence No.: _____ Groups (A, B, ...): _____ Driving licence valid until: _____
MOTOR VEHICLE:	TRAILER:																			
Make - Type _____																				
Registration No. _____	Registration No. _____																			
State of registration _____	State of registration _____																			
MOTOR VEHICLE:	TRAILER:																			
Make - Type _____																				
Registration No. _____	Registration No. _____																			
State of registration _____	State of registration _____																			
8. Insurance company (see insurance cert.): SURNAME: _____ Policy No.: _____ Green Card No.: _____ Ins. cert. or Green Card valid from: _____ to: _____ Agency (office or broker) NAME: _____ Address: _____ Zip code: _____ State: _____ Phone No./e-mail: _____ <i>Is damage to the vehicle insured?</i> no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/>	10. Indicate by an arrow the point of initial impact on vehicle A → 11. Visible damage on vehicle A: _____ _____ _____	10. Indicate by an arrow the point of initial impact on vehicle B → 11. Visible damage on vehicle B: _____ _____ _____	14. Remarks: _____ _____	15. Accident caused by: Vehicle driver A: yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Vehicle driver B: yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Common fault: yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Other (name, address): _____																
9. Driver (see driving licence): SURNAME: _____ First name: _____ Date of birth: _____ Address: _____ Zip code: _____ State: _____ Phone No./e-mail: _____ Driving licence No.: _____ Groups (A, B, ...): _____ Driving licence valid until: _____	16. Signatures of the drivers 16.	14. Remarks: _____ _____	15. Accident caused by: Vehicle driver A: yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Vehicle driver B: yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Common fault: yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Other (name, address): _____																	

SK 26.003.01.32

Do not make any changes after signing the paper.