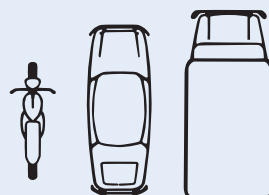



Záznam o dopravní nehodě

Allianz pojišťovna, a. s.

Není příznáním 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 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				12. Okolnosti nehody K upřesnění nákresu označte křížkem odpovídající políčka – nehodící se škrtně *				Vozidlo B			
6. Pojištěný (jméno a adresa)				1 * parkovalo / stálo				6. Pojištěný (jméno a adresa)			
Telefon / e-mail				2 * rozjždělo se / otevřené dveře				Telefon / e-mail			
Plátce DPH? ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>				3 * zaparkovávalo / zastavovalo				Plátce DPH? ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>			
7. Vozidlo				4 vyjždělo z parkoviště, soukromého pozemku, polní cesty				7. Vozidlo			
MOTOROVÉ VOZIDLO		PŘÍPOJNÉ VOZIDLO		5 vjždělo na parkoviště, soukromý pozemek, polní cestu				MOTOROVÉ VOZIDLO		PŘÍPOJNÉ VOZIDLO	
Tov. značka, typ				6 vjždělo na kruhový objezd				Tov. značka, typ			
Rok výroby				7 jelo na kruhovém objezdu				Rok výroby			
Registrační značka		Registrační značka		8 najelo zezadu při jízdě stejným směrem ve stejném pruhu				Registrační značka		Registrační značka	
Stát registrace		Stát registrace		9 jelo souběžně v jiném jízdním pruhu				Stát registrace		Stát registrace	
8. Pojistitel				10 měnilo jízdní pruh				8. Pojistitel			
Adresa pobočky				11 předjždělo				Adresa pobočky			
Číslo poj. odpovědnosti				12 odbočovalo vpravo				Číslo poj. odpovědnosti			
Číslo zelené karty				13 odbočovalo vlevo				Číslo zelené karty			
Hraniční pojištění platné do				14 couvalo				Hraniční pojištění platné do			
Je vozidlo pojištěno havarijně? ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>				15 vjelo do protisměru				Je vozidlo pojištěno havarijně? ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>			
Pojistitel				16 přijždělo zprava (na křižovatce)				Pojistitel			
9. Řidič				17 nedalo přednost v jízdě, nerespektovalo červenou na semaforu				9. Řidič			
Příjmení				Udejte počet označených políček Nezbytné podepsat oběma řidiči				Příjmení			
Jméno								Jméno			
Adresa								Adresa			
Telefon / e-mail								Telefon / e-mail			
Číslo řidičského průkazu								Číslo řidičského průkazu			
Skupina								Skupina			
Vydal								Vydal			
10. Označte šipkou body vzájemného střetu				13. Nákres / plánek nehody				10. Označte šipkou body vzájemného střetu			
				Označte: 1. silnice, 2. směr jízdy vozidel A a B, 3. postavení vozidel v okamžiku střetu, 4. dopravní značky, 5. jména ulic							
11. Viditelná poškození				14. Podpisy řidičů				11. Viditelná poškození			
				A B							
14. Poznámky				15. Podpisy řidičů				14. Poznámky			
A				B				B			

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

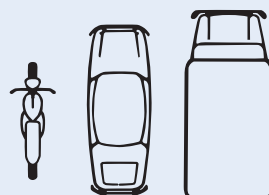
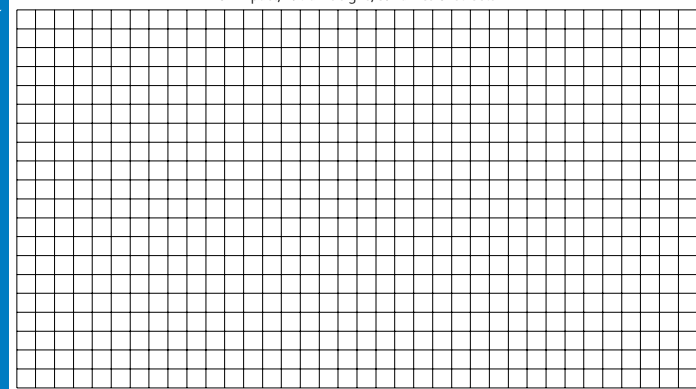

Nach der Unterzeichnung und der Abtrennung der Blätter dürfen keine Angaben mehr geändert werden.

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 no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/>																																																																																																										
4. Other damages vehicles other than A and B other tangible items no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/>		5. Witnesses (name, address, telephone – underline the name of your passenger)		5a. Police investigation done no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> By whom																																																																																																										
Vehicle A 6. The Insured (name, address) Telephone / e-mail _____ VAT payer? no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> 7. Vehicle <table border="1"> <tr> <th>MOTOR VEHICLE</th> <th>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> 8. The Insurer Branch Address _____ Liability policy number _____ Green card number _____ Cover abroad valid until _____ Vehicle covered under Casco policy? no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> Insurer _____ 9. Driver Surname _____ Name _____ Address _____ Telephone / e-mail _____ Driver's licence number _____ group issued by		MOTOR VEHICLE	TRAILER	Vehicle make, type		Year of Manufacture		Registration plate No.	Registration plate No.	Country of registration	Country of registration	12. Circumstances of the accident For further details, cross-check boxes as applicable – scratch the non-applicable * <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1</td><td>* was parked / standing</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2</td><td>* was starting / door open</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>3</td><td>* was parking / was stopping</td><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>4</td><td>was leaving a parking lot, private lot, field road</td><td>4</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>5</td><td>was entering a parking lot, private lot, field road</td><td>5</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>6</td><td>was entering a traffic circle</td><td>6</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>7</td><td>was driving in a traffic circle</td><td>7</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>8</td><td>rammed into the back of the vehicle going in the same direction and in the same lane</td><td>8</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>9</td><td>was driving in the same direction in another lane</td><td>9</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>10</td><td>was changing lanes</td><td>10</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>11</td><td>was taking over</td><td>11</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>12</td><td>was turning right</td><td>12</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>13</td><td>was turning left</td><td>13</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>14</td><td>reversing</td><td>14</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>15</td><td>was driving in opposite direction</td><td>15</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>16</td><td>was approaching from the right (on an intersection)</td><td>16</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>17</td><td>failed to give the right of way, failed to make a stop at red light</td><td>17</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> ← Specify number of cross-checked boxes Must be signed by both drivers →		<input type="checkbox"/>	1	* was parked / standing	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	* was starting / door open	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	* was parking / was stopping	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	was leaving a parking lot, private lot, field road	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	was entering a parking lot, private lot, field road	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	was entering a traffic circle	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	was driving in a traffic circle	7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	rammed into the back of the vehicle going in the same direction and in the same lane	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9	was driving in the same direction in another lane	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	was changing lanes	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11	was taking over	11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	was turning right	12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13	was turning left	13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14	reversing	14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15	was driving in opposite direction	15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16	was approaching from the right (on an intersection)	16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17	failed to give the right of way, failed to make a stop at red light	17	<input type="checkbox"/>	Vehicle B 6. The Insured (name, address) Telephone / e-mail _____ VAT payer? no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> 7. Vehicle <table border="1"> <tr> <th>MOTOR VEHICLE</th> <th>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> 8. The Insurer Branch Address _____ Liability policy number _____ Green card number _____ Cover abroad valid until _____ Vehicle covered under Casco policy? no <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> Insurer _____ 9. Driver Surname _____ Name _____ Address _____ Telephone / e-mail _____ Driver's licence number _____ group issued by		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																																																																																																													
<input type="checkbox"/>	1	* was parked / standing	1	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	2	* was starting / door open	2	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	3	* was parking / was stopping	3	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	4	was leaving a parking lot, private lot, field road	4	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	5	was entering a parking lot, private lot, field road	5	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	6	was entering a traffic circle	6	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	7	was driving in a traffic circle	7	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	8	rammed into the back of the vehicle going in the same direction and in the same lane	8	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	9	was driving in the same direction in another lane	9	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	10	was changing lanes	10	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	11	was taking over	11	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	12	was turning right	12	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	13	was turning left	13	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	14	reversing	14	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	15	was driving in opposite direction	15	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	16	was approaching from the right (on an intersection)	16	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
<input type="checkbox"/>	17	failed to give the right of way, failed to make a stop at red light	17	<input type="checkbox"/>																																																																																																										
MOTOR VEHICLE	TRAILER																																																																																																													
Vehicle make, type																																																																																																														
Year of Manufacture																																																																																																														
Registration plate No.	Registration plate No.																																																																																																													
Country of registration	Country of registration																																																																																																													
10. Mark collision point with arrow 		13. Sketch/drawing of the accident 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 		10. Mark collision point with arrow 																																																																																																										
11. Visible damage		15. Drivers' signatures		11. Visible damage																																																																																																										
14. Comments		A		B																																																																																																										
A		B		B																																																																																																										

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

Constant de l'accident de la route

Allianz pojišťovna, a. s.

Il ne sert pas à définir la responsabilité, il sert à documenter le déroulement de l'accident pour le but d'une indemnisation plus rapide du dommage. A remplir par les deux conducteurs des véhicules

1. Date de l'accident	Heure	2. Lieu (rue, n° de l'immeuble borne kilométrique)	Pays	3. Blessé(s) <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
4. Dégâts sur les véhicules autres que les véhicules A et B sur les objets <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui		5. Témoins (noms, adresses, n° de téléphone – souligner les passagers des véhicules concernés)		5a. Fait l'objet d'une enquête de police <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Menée par _____

Véhicule A

6. Assuré (nom et adresse)

Téléphone / e-mail _____

Assujetti à la T.V.A.? non oui

7. Véhicule

VÉHICULE À MOTEUR	REMORQUE
Marque, type	
Année de construction	
N° d'immatriculation	N° d'immatriculation
Pays d'immatriculation	Pays d'immatriculation

8. Assureur

Adresse de l'agence _____

N° de contrat _____

N° de carte verte _____

Assurance frontalière valable jusqu'au _____

Les dégâts matériels au véhicule sont-ils assurés par le contrat? non oui

Assureur _____

9. Conducteur

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

Téléphone / e-mail _____

N° du permis de conduire _____

catégorie _____ émis par _____

12. Circonstances de l'accident

Pour préciser le croquis, mettre une croix dans chacune des cases utiles – barrer la mention inutile *

<input type="checkbox"/>	1 * véhicule en stationnement / à l'arrêt	1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2 * quittait un stationnement / ouvrait une portière	2	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3 * prenait un stationnement / s'arrêtait	3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4 sortait d'un parking, d'un lieu privé, d'un chemin de terre	4	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5 s'engageait dans un parking, un lieu privé, un chemin de terre	5	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	6 s'engageait sur une place à sens giratoire	6	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	7 roulait sur une place à sens giratoire	7	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	8 heurtait à l'arrière, en roulant dans le même sens et sur une même file	8	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	9 roulait dans le même sens et sur une file différente	9	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10 changeait de file	10	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	11 doublait	11	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	12 virait à droite	12	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	13 virait à gauche	13	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	14 reculait	14	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	15 empiétait sur une voie réservée à la circulation en sens inverse	15	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	16 venait de droite (dans un carrefour)	16	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	17 n'avait pas observé un signal de priorité ou un feu rouge	17	<input type="checkbox"/>

← Indiquer le nombre de cases cochées →
A s'ingérer obligatoirement par les deux conducteurs

Véhicule B

6. Assuré (nom et adresse)

Téléphone / e-mail _____

Assujetti à la T.V.A.? non oui

7. Véhicule

VÉHICULE À MOTEUR	REMORQUE
Marque, type	
Année de construction	
N° d'immatriculation	N° d'immatriculation
Pays d'immatriculation	Pays d'immatriculation

8. Assureur

Adresse de l'agence _____

N° de contrat _____

N° de carte verte _____

Assurance frontalière valable jusqu'au _____

Les dégâts matériels au véhicule sont-ils assurés par le contrat? non oui

Assureur _____

9. Conducteur

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

Téléphone / e-mail _____

N° du permis de conduire _____

catégorie _____ émis par _____

10. Indiquer par une flèche les points de choc entre les véhicules

11. Dégâts apparents

13. Croquis / situation au moment de l'accident

A indiquer: 1. la route, 2. le sens de la circulation des véhicules A et B, 3. position des véhicules au moment du choc, 4. signalisation routière, 5. noms des rues

10. Indiquer par une flèche les points de choc entre les véhicules

11. Dégâts apparents

14. Observations

15. Signatures des conducteurs

A B

14. Observations

Après la signature et la séparation des feuilles de l'exemplaire, les données ne peuvent plus être modifiées.