

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 poisťovní vedenom IVASS.



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

◀ označte počet označených kolóniek ▶

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: _____	
<i>Je vozidlo poistené havarijne?</i>	
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: _____	
<i>Je vozidlo poistené havarijne?</i>	
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): _____	

16. Podpisy vodičov	16.
_____	_____
_____	_____
A	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): _____	

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 IVASS.



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.
-----------------------------------	--------------------	-----------------------	---------------------	---	---

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

VEHICLE A

6. Policyholder/insured (see insurance cert.):

SURNAME: _____
First name: _____
Address: _____
Zip code: _____ State: _____
Phone No./e-mail: _____

7. Vehicle:

MOTOR VEHICLE:	TRAILER:
Make - Type _____	Registration No. _____
Registration No. _____	State of registration _____
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: _____

Is damage to the vehicle insured?
no yes

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: _____

10. Indicate by an arrow the point of initial impact on vehicle A →

11. Visible damage on vehicle A:

14. Remarks:

15. Accident caused by:

Vehicle driver A: yes no

Vehicle driver B: yes no

Common fault: yes no

Other (name, address): _____

12. CIRCUMSTANCES

Put a cross in each of the relevant spaces to help explain the plan.

A		B
↓		↓
<input type="checkbox"/> 1	*cross out if not applicable	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2	*parked/not moving	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	*leaving a parking place /opened doors	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	Entering a parking place	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	Emerging from a car park, from private grounds, from a track	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6	entering a car park, private grounds, a track	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7	entering a roundabout	<input type="checkbox"/> 7
<input type="checkbox"/> 8	circulating in a roundabout	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 9	striking the rear while going in the same direction and in the same lane	<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 10	going in the same direction but in the different lane	<input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> 11	changing lanes	<input type="checkbox"/> 11
<input type="checkbox"/> 12	overtaking	<input type="checkbox"/> 12
<input type="checkbox"/> 13	turning to the right	<input type="checkbox"/> 13
<input type="checkbox"/> 14	turning to the left	<input type="checkbox"/> 14
<input type="checkbox"/> 15	reversing	<input type="checkbox"/> 15
<input type="checkbox"/> 16	encroaching in the opposite traffic lane	<input type="checkbox"/> 16
<input type="checkbox"/> 17	coming from the right (on a crossroad)	<input type="checkbox"/> 17
<input type="checkbox"/> 18	not observing a right of way sign, or red on traffic lights	<input type="checkbox"/> 18
<input type="checkbox"/> 19	← State total number of spaces marked with a cross →	<input type="checkbox"/> 19

It's necessary to have it signed by both drivers
Does not constitute an admission of liability but a summary of identities and of the facts which will speed up the settlement of claims.

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

VEHICLE B

6. Policyholder/insured (see insurance cert.):

SURNAME: _____
First name: _____
Address: _____
Zip code: _____ State: _____
Phone No./e-mail: _____

7. Vehicle:

MOTOR VEHICLE:	TRAILER:
Make - Type _____	Registration No. _____
Registration No. _____	State of registration _____
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: _____

Is damage to the vehicle insured?
no yes

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: _____

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 no

Vehicle driver B: yes no

Common fault: yes no

Other (name, address): _____

16. Signatures of the drivers

A _____ **B** _____

Do not make any changes after signing the paper.