

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 poškodenia než na vozoch A a B áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	5. Svedkovia (spolujazdca podčiarknite)		Vyšetované políciou áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>

Vozidlo A		Vozidlo B	
6. Držiteľ, resp. Poistník (meno, adresa)	↓ A	6. Držiteľ, resp. Poistník (meno, adresa)	↓ B
Telefón (9 - 16 hodín)		Telefón (9 - 16 hodín)	
Platiteľ DPH	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	Platiteľ DPH	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>

7. Vozidlo Typ-značka EČV/ŠPZ	12. Vyznačte 1 Vozidlo stálo 2 Vozidlo sa pohýnalo 3 Vozidlo zastavovalo 4 Vozidlo vychádzalo z miesta ležiaceho mimo cesty 5 Vozidlo odbočovalo na miesto ležiace mimo cesty 6 Vozidlo vchádzalo na kruhový objazd 7 Vozidlo išlo po kruhovom objazde 8 Vozidlo narazilo do zadnej časti vozidla idúceho tým istým smerom v tom istom pruhu 9 Vozidlo išlo súbežne 10 Vozidlo prechádzalo z pruhu do pruhu 11 Vozidlo predchádzalo 12 Vozidlo odbočovalo vpravo 13 Vozidlo odbočovalo vľavo 14 Vozidlo cúvalo 15 Vozidlo prešlo do protismeru 16 Vozidlo prišlo sprava 17 Vozidlo nedalo prednosť v jazde 18 (Prípadný iný priebeh nehody uveďte v poznámke)	7. Vozidlo Typ-značka EČV/ŠPZ
8. Poisťovňa, kde je poistenie zodpovednosti dojednané		8. Poisťovňa, kde je poistenie zodpovednosti dojednané
Adresa:		Adresa:
Číslo poisťky		Číslo poisťky
Zelená karta číslo		Zelená karta číslo
(Pre cudzincov) Platí do:		(Pre cudzincov) Platí do:
Platnosť zelenej karty		Platnosť zelenej karty
Vozidlo poistené havarijne (KASKO) áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>		Vozidlo poistené havarijne (KASKO) áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
V ktorej poisťovni?		V ktorej poisťovni?
9. Vodič Meno Priezvisko Adresa Vodič. pr. č. Skup. Vystavil		9. Vodič Meno Priezvisko Adresa Vodič. pr. č. Skup. Vystavil
Platný od do (Pre bus, taxi)	Platný od do (Pre bus, taxi)	
10. Hlavný smer nárazu (označte šípkou)	← Počet vyznačených polí →	10. Hlavný smer nárazu (označte šípkou)

11. Viditeľné poškodenie	13. Plánik nehody	11. Viditeľné poškodenie
14. Poznámky		14. Poznámky
15. Nehodu zaviniť Vodič vozidla A Vodič vozidla B Spolušina Iný (meno, adresa)		15. Nehodu zaviniť Vodič vozidla A Vodič vozidla B Spolušina Iný (meno, adresa)
16. Podpis zúčastnených účastník A znak účastník B podpísať		16. Podpis zúčastnených účastník A znak účastník B podpísať

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	Vehicle B
6. Owner (Name and address) _____ _____ _____ telephone (9 a.m. - 4 p.m.) _____ Payer of V.A.T. yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	6. Owner (Name and address) _____ _____ _____ telephone (9 a.m. - 4 p.m.) _____ Payer of V.A.T. yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

Vehicle A	12. Put a cross in each of the relevant spaces to help explain the plan	Vehicle B
7. Vehicle Type-Mark _____ Registration No. _____	1 The car was parked	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 <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> In which Insurance Comp.? _____	2 starting to ride	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 <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> In which Insurance Comp.? _____
9. Driver Name _____ Surname _____ Address _____ Driving license No. _____ Groups _____ Issued by _____ Valid from _____ to _____ (for bus, taxi etc.)	3 stopping	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	4 entering the road	10. Indicate by an arrow the point of initial impact
	5 leaving the road	
	6 entering the 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 encroaching in the opposite traffic lane	
	16 coming from the right	
	17 not observing a right of way sign	
	18	

Vehicle A	13. Plane of the accident	Vehicle B	
11. Visible damage _____ _____ _____	<div style="border: 2px solid red; width: 100%; height: 150px; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; right: 0; width: 50px; height: 50px; background: linear-gradient(to top right, transparent 49%, black 49%, black 51%, white 51%);"></div> </div>	11. Visible damage _____ _____ _____	
14. Remarks _____ _____ _____		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) _____		16. Signatures of the participants participant A Sign _____ participant B sign _____	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) _____