

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 Slovensko poisťovňa, 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 áno

4. Vecná škoda na iných: vozidlách ako **A a B** predmetoch
 nie áno nie áno

5. Svedkovia: mená, adresy, tel.: _____

VOZIDLO A

6. Poistník/poistený (podľa dokladov o poistení):
 PRIEZVISKO: _____
 Meno: _____
 Adresa: _____
 PSC: _____ Štát: _____
 Tel./e-mail: _____

7. Vozidlo:

| MOTOROVÉ VOZIDLO: | PRIPOJNÉ VOZIDLO: |
|------------------------|------------------------|
| Tov. značka, typ _____ | Evidenčné číslo _____ |
| Evidenčné číslo _____ | Evidenčné číslo _____ |
| 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: | PRIPOJNÉ VOZIDLO: |
|------------------------|------------------------|
| Tov. značka, typ _____ | Evidenčné číslo _____ |
| Evidenčné číslo _____ | Evidenčné číslo _____ |
| 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 makléř) NÁZOV: _____
 Adresa: _____
 PSC: _____ Štát: _____
 Tel./e-mail: _____
 Je vozidlo poistené havarijne? nie áno

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 makléř) NÁZOV: _____
 Adresa: _____
 PSC: _____ Štát: _____
 Tel./e-mail: _____
 Je vozidlo poistené havarijne? nie áno

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:

13. Nákras nehody v čase stretu vozidiel

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

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 nie
 Vodič vozidla B: áno nie
 Spoluviná: áno nie
 Iný (meno, adresa): _____

16. Podpisy vodičov

15. Nehodu zaviniť:

Vodič vozidla A: áno nie
 Vodič vozidla B: áno nie
 Spoluviná: áno nie
 Iný (meno, adresa): _____

14. Vlastné poznámky:

15. Nehodu zaviniť:

Vodič vozidla A: áno nie
 Vodič vozidla B: áno nie
 Spoluviná: áno nie
 Iný (meno, adresa): _____

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 Slovensko poisťovňa, 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** **Must be filled in by both drivers.**
 no yes

4. Property damage other: than to the vehicles **A** or **B** than to objects
 no yes no yes

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 _____ |

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 |

← State total number of spaces marked with a cross →

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 _____ |

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

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: _____

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:

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

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

14. Remarks: _____

15. Accident caused by:

Vehicle driver A: yes no

Vehicle driver B: yes no

Common fault: yes no

Other (name, address): _____

SK 26.003.01.22

Do not make any changes after signing the paper.