

SPRÁVA O NEHODE

ZOSTAŇTE, PROSÍM, ZDVORILÍ
A ZACHOVAJTE KLÚD

POKYNY NA POUŽITIE VO VNÚTRI

Allianz 
Slovenská poisťovňa

Allianz - Slovenská poisťovňa, a. s.

Pokyny pre poškodených pri poistnej udalosti mimo územia SR

1. Uvedomte si, že ste poistený u Allianz - Slovenskej poisťovni, a.s., a preto Vám žiadne ďalšie nebezpečenstvo nehrozi.
2. Teraz zavolajte, prosím, políciu a riad'te sa nasledujúcimi pokynmi:
 - a) vyplňte správu o nehode v slovenskej verzii výlučne v kolonkách, ktoré sa Vás týkajú;
 - b) takto vyplnený formulár opatrne odtrhnete a založíte pod formulár v jazykovej verzii, ktorá je najbližšia Vašej protistrane.
 - c) požiadate Vašu protistranu o vyplnenie jej verzie formuláru, čím sa i na Vašu verziu prepíšu údaje protistrany;
 - d) je potrebné dbať na to, aby pod Vašou verziou formuláru a verziou protistrany bola verzia jazykovo najbližšia miestnej polícii, čím aj polícia získa verziu pre ňu zrozumiteľnú;
 - e) po vyplnení oboch verzií navzájom podpíšete a požiadate políciu, aby Vám napísané údaje potvrdila, a to na časti nad formulárom;
 - f) po ukončení všetkých týchto úkonov máte v ruke doklad, ktorý veľmi urýchli likvidáciu Vašej poistnej udalosti.

Pre políciu:

Prosíme, potvrd'te správnosť dolu uvedených údajov a vyznač'te tieto údaje:

Vinník nehody A B
Alkohol zistený A B
VP zadržaný A B

Prosím, vyznač'te krížikom.

Vedené pod číslom jednatel'ským:

pečiatka a podpis

Unsere Bitte an die Polizei:

Bitte, bestätigen Sie die Richtigkeit der in der Unfallmeldung gemachten Angaben und beantworten Sie bitte die unten aufgeführten Fragen. Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe.

Wer hat den Unfall verursacht A B
Bei wem wurde Alkohol festgestellt A B
Wem wurde der Führerschein abgenommen A B

Bitte zutreffendes ankreuzen.

Aktenzeichen

Stempel, Unterschrift

For the police:

Please, confirm that the given facts are correct and point out the following:

Accident caused by A B
Alcohol in blood A B
Driving licence taken away A B

Cross, please.

Registered under No.

Stamp, signature

Réserve à la police:

Prière de certifier l'exactitude des données ci-dessous et de marquer ces données:

Le coupable de l'accident A B
L'alcoolémie décelée A B
Le permis de conduire retiré A B

Prière de marquer d'une croix

Enregistré sous la référence

Cachet, signature

ASISTENČNÁ SLUŽBA MONDIAL ASSISTANCE (pre vozidlá do 3500 kg)

je Vám k dispozícii 24 hodín denne, 7 dní v týždni.

Rozsah asistenčných služieb*	PZP		KASKO	
	SR a ČR	zahraničie	SR a ČR	zahraničie
Nehoda a porucha vozidla				
- príchod a odchod cestnej služby - oprava vozidla na mieste - odťah vozidla - vyprostenie vozidla	70 EUR	150 EUR	70 EUR	200 EUR
ubytovanie	40 EUR/osoba/noc na dobu 1 noci	70 EUR/osoba/noc na dobu 1 noci	40 EUR/osoba/noc na dobu 2 noci	70 EUR/osoba/noc na dobu 2 noci
rezervácia ubytovania a odvoz do hotela	organizácia**	organizácia	organizácia	organizácia
návrat do miesta bydliska	reálne náklady	reálne náklady	reálne náklady	reálne náklady
uschovanie nepojazdného vozidla	10 EUR/deň na dobu 2 pracovných dní	15 EUR/deň na dobu 2 pracovných dní	2 pracovné dni	3 pracovné dni
zaslanie náhradných dielov	nie	nie	organizácia	organizácia
náhradné vozidlo	organizácia	organizácia	organizácia	organizácia
Odcudzenie vozidla				
ubytovanie	40 EUR/osoba/noc na dobu 1 noci	70 EUR/osoba/noc na dobu 1 noci	40 EUR/osoba/noc na dobu 2 noci	70 EUR/osoba/noc na dobu 2 noci
rezervácia ubytovania a odvoz do hotela	organizácia	organizácia	organizácia	organizácia
návrat do miesta bydliska	reálne náklady	reálne náklady	reálne náklady	reálne náklady
náhradné vozidlo	organizácia	organizácia	organizácia	organizácia
Živelná udalosť				
- príchod a odchod cestnej služby - oprava vozidla na mieste - odťah vozidla - vyprostenie vozidla	nie	nie	70 EUR	200 EUR
rezervácia ubytovania a odvoz do hotela	nie	nie	organizácia	organizácia
náhradné vozidlo	nie	nie	organizácia	organizácia
Chyba vodiča				
- príchod a odchod cestnej služby - oprava vozidla na mieste - odťah vozidla	nie	nie	organizácia	organizácia
rezervácia ubytovania a odvoz do hotela	nie	nie	organizácia	organizácia
Ďalšie asistenčné služby				
Odťah vozidla do miesta bydliska	nie	nie	organizácia	organizácia
Drink taxi	nie	nie	organizácia	organizácia
Administratívno-informačné asistenčné služby	nie	nie	organizácia	organizácia

* V prípade súbežného PZP a KASKO poistenia vozidla sa limity asistenčných služieb sčítajú.

** Organizácia - Mondial Assistance zorganizuje službu, náklady na službu hradíte z vlastných prostriedkov.

V prípade núdze volajte, prosím:

Asistenčné služby Mondial Assistance

+421 2 529 33 112

Nahlásenie poistnej udalosti v Allianz - Slovenskej poisťovni, a.s. (pondelok - nedeľa od 7. do 21. hod.) na Infolinke:

0850 122 222

0902 122 222

0917 122 222

(Prosíme, tu opatrne odtrhnite)

Správa o nehode

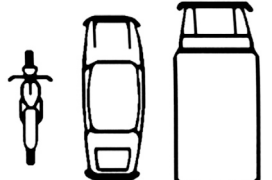
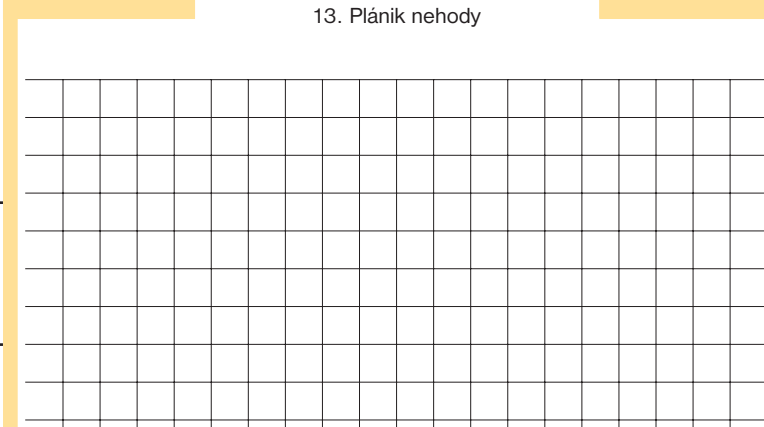
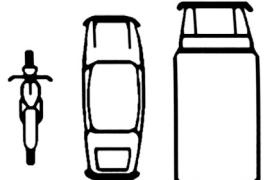
Vyplnia vodiči oboch vozidiel


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

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

7. Vozidlo Typ-značka _____ ŠPZ/EČV _____	12. Vyznačte	7. Vozidlo Typ-značka _____ ŠPZ/EČV _____																																																																				
8. Poistiteľ zodpovednosti za škodu z prevádzky mot. voz. _____ _____ Adresa: _____ Číslo poisťky _____ Zelená karta číslo _____ (Pre cudzincov) Platí do: _____ Platnosť zelenej karty _____ Vozidlo poistené havarijne (KASKO) áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> V ktorej poisťovni? _____	<table border="0"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1</td><td>Vozidlo stálo</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2</td><td>Vozidlo sa pohýnalo</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>3</td><td>Vozidlo zastavovalo</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>4</td><td>Vozidlo vychádzalo z miesta ležiaceho mimo cesty</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>5</td><td>Vozidlo odbočovalo na miesto ležiace mimo cesty</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>6</td><td>Vozidlo vchádzalo na kruhový objazd</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>7</td><td>Vozidlo išlo po kruhovom objazde</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>8</td><td>Vozidlo narazilo do zadnej časti vozidla idúceho tým istým smerom v tom istom pruhu</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>9</td><td>Vozidlo išlo súbežne</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>10</td><td>Vozidlo prechádzalo z pruhu do pruhu</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>11</td><td>Vozidlo predchádzalo</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>12</td><td>Vozidlo odbočovalo vpravo</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>13</td><td>Vozidlo odbočovalo vľavo</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>14</td><td>Vozidlo cúvalo</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>15</td><td>Vozidlo prešlo do protismeru</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>16</td><td>Vozidlo prišlo sprava</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>17</td><td>Vozidlo nedalo prednosť v jazde</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> <p>(Prípadný iný priebeh nehody uveďte v poznámke)</p>	<input type="checkbox"/>	1	Vozidlo stálo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	Vozidlo sa pohýnalo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	Vozidlo zastavovalo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	Vozidlo vychádzalo z miesta ležiaceho mimo cesty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	Vozidlo odbočovalo na miesto ležiace mimo cesty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	Vozidlo vchádzalo na kruhový objazd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	Vozidlo išlo po kruhovom objazde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	Vozidlo narazilo do zadnej časti vozidla idúceho tým istým smerom v tom istom pruhu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9	Vozidlo išlo súbežne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	Vozidlo prechádzalo z pruhu do pruhu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11	Vozidlo predchádzalo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	Vozidlo odbočovalo vpravo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13	Vozidlo odbočovalo vľavo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14	Vozidlo cúvalo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15	Vozidlo prešlo do protismeru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16	Vozidlo prišlo sprava	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17	Vozidlo nedalo prednosť v jazde	<input type="checkbox"/>	8. Poistiteľ zodpovednosti za škodu z prevádzky mot. voz. _____ _____ Adresa: _____ Číslo poisťky _____ Zelená karta číslo _____ (Pre cudzincov) Platí do: _____ Platnosť zelenej karty _____ Vozidlo poistené havarijne (KASKO) áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> V ktorej poisťovni? _____
<input type="checkbox"/>	1	Vozidlo stálo	<input type="checkbox"/>																																																																			
<input type="checkbox"/>	2	Vozidlo sa pohýnalo	<input type="checkbox"/>																																																																			
<input type="checkbox"/>	3	Vozidlo zastavovalo	<input type="checkbox"/>																																																																			
<input type="checkbox"/>	4	Vozidlo vychádzalo z miesta ležiaceho mimo cesty	<input type="checkbox"/>																																																																			
<input type="checkbox"/>	5	Vozidlo odbočovalo na miesto ležiace mimo cesty	<input type="checkbox"/>																																																																			
<input type="checkbox"/>	6	Vozidlo vchádzalo na kruhový objazd	<input type="checkbox"/>																																																																			
<input type="checkbox"/>	7	Vozidlo išlo po kruhovom objazde	<input type="checkbox"/>																																																																			
<input type="checkbox"/>	8	Vozidlo narazilo do zadnej časti vozidla idúceho tým istým smerom v tom istom pruhu	<input type="checkbox"/>																																																																			
<input type="checkbox"/>	9	Vozidlo išlo súbežne	<input type="checkbox"/>																																																																			
<input type="checkbox"/>	10	Vozidlo prechádzalo z pruhu do pruhu	<input type="checkbox"/>																																																																			
<input type="checkbox"/>	11	Vozidlo predchádzalo	<input type="checkbox"/>																																																																			
<input type="checkbox"/>	12	Vozidlo odbočovalo vpravo	<input type="checkbox"/>																																																																			
<input type="checkbox"/>	13	Vozidlo odbočovalo vľavo	<input type="checkbox"/>																																																																			
<input type="checkbox"/>	14	Vozidlo cúvalo	<input type="checkbox"/>																																																																			
<input type="checkbox"/>	15	Vozidlo prešlo do protismeru	<input type="checkbox"/>																																																																			
<input type="checkbox"/>	16	Vozidlo prišlo sprava	<input type="checkbox"/>																																																																			
<input type="checkbox"/>	17	Vozidlo nedalo prednosť v jazde	<input type="checkbox"/>																																																																			
9. Vodič Meno _____ Priezvisko _____ Adresa _____ Vodič. pr. č. _____ Skup. _____ Vystavil _____ Platný od _____ do _____ (Pre bus, taxi)	13. Plánik nehody	9. Vodič Meno _____ Priezvisko _____ Adresa _____ Vodič. pr. č. _____ Skup. _____ Vystavil _____ Platný od _____ do _____ (Pre bus, taxi)																																																																				

10. Hlavný smer nárazu označte šípku	Počet vyznačených polí	10. Hlavný smer nárazu označte šípku
--------------------------------------	------------------------	--------------------------------------

		
11. Viditeľné poškodenie _____ _____ _____ 14. Poznámky _____ _____	16. Podpis zúčastnených	11. Viditeľné poškodenie _____ _____ _____ 14. Poznámky _____ _____

15. Nehodu zavinił Vodič vozidla A áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> Vodič vozidla B áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> Spoluvina áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> Iný (meno, adresa) _____	 F 3 C L 1 5 0 8 0 7 1	15. Nehodu zavinił Vodič vozidla A áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> Vodič vozidla B áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> Spoluvina áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> Iný (meno, adresa) _____
--	--	--

Po podpísaní vyplnené údaje nemeňte.

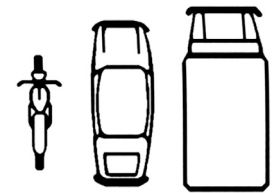
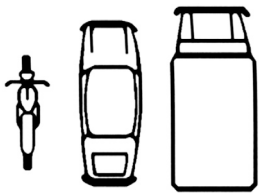
Unfallbericht

1. Unfalltag	Uhrzeit	2. Ort (Straße, Haus-Nr. bzw. Kilometerstein, Stadt, Land)	3. Verletzte ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
4. Andere Sachschäden als an den Fahrzeugen A und B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	5. Zeugen (Name, Anschrift, Telefon - Insassen unterstreichen)		Polizeilich aufgenommen ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>


Fahrzeug A		Fahrzeug B	
6. Fahrzeughalter (Name und Anschrift) Herr/Frau/Fräulein/Firma	↓ A	6. Fahrzeughalter (Name und Anschrift) Herr/Frau/Fräulein/Firma	↓ B
Telefon (von 9 - 16 Uhr)		Telefon (von 9 - 16 Uhr)	
Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Besteht Berechtigung zum Vorsteuerabzug? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

7. Fahrzeug Marke, Typ	12. Bitte Zutreffendes ankreuzen	7. Fahrzeug Marke, Typ	
Amtl. Kennzeichen		1 <input type="checkbox"/> Fahrzeug war abgestellt	1 <input type="checkbox"/> Amtl. Kennzeichen
8. Haftpflichtversicherer		2 <input type="checkbox"/> setzte sich in Fahrt	2 <input type="checkbox"/> 8. Haftpflichtversicherer
Adresse:		3 <input type="checkbox"/> hielt an	3 <input type="checkbox"/>
Vers. Nr.		4 <input type="checkbox"/> fuhr aus Grundstück, Feldweg aus	4 <input type="checkbox"/> Adresse:
Nr. der Grünen Karte (Für Ausländer) "Atestation" oder Grüne Karte gültig bis		5 <input type="checkbox"/> bog in Grundstück oder Feldweg ein	5 <input type="checkbox"/> Vers. Nr.
Besteht eine Vollkasko-Versicherung? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		6 <input type="checkbox"/> bog in einen Kreisverkehr ein	6 <input type="checkbox"/> Nr. der Grünen Karte (Für Ausländer) "Atestation" oder Grüne Karte gültig bis
In welcher Versicherung?		7 <input type="checkbox"/> fuhr im Kreisverkehr	7 <input type="checkbox"/> Besteht eine Vollkasko-Versicherung? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
9. Fahrzeuglenker Name		8 <input type="checkbox"/> fuhr auf	8 <input type="checkbox"/> In welcher Versicherung?
Vorname		9 <input type="checkbox"/> fuhr in gleicher Richtung aber in einer anderen Spur	9 <input type="checkbox"/> 9. Fahrzeuglenker Name
Adresse		10 <input type="checkbox"/> wechselte die Spur	10 <input type="checkbox"/> Vorname
Führerschein-Nr.		11 <input type="checkbox"/> überholte	11 <input type="checkbox"/> Adresse
Gruppe _____ ausgestellt durch _____		12 <input type="checkbox"/> bog rechts ab	12 <input type="checkbox"/> Führerschein-Nr.
gültig ab _____ bis _____ (Für Omnibusse, Taxi usw.)		13 <input type="checkbox"/> bog links ab	13 <input type="checkbox"/> Gruppe _____ ausgestellt durch _____
		14 <input type="checkbox"/> fuhr rückwärts	14 <input type="checkbox"/> gültig ab _____ bis _____ (Für Omnibusse, Taxi usw.)
		15 <input type="checkbox"/> fuhr in die Gegenfahrbahn	
		16 <input type="checkbox"/> kam von rechts	
	17 <input type="checkbox"/> beachtete Vorfahrtszeichen nicht		
	Anzahl der angekreuzten Felder		

10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes



11. Sichtbare Schäden	13. Unfallskizze	14. Bemerkungen	
			Bezeichnen Sie: 1. Straßen 2. Richtung der Fahrzeuge A und B 3. Ihre Position im Moment des Zusammenstoßes 4. Straßenschilder 5. Straßennamen

15. Der Unfall wurde verursacht vom:	16. Unterschrift der Fahrzeuglenker	15. Der Unfall wurde verursacht vom:
Lenker des Fahrzeugs A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	A  B	Lenker des Fahrzeugs A ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Lenker des Fahrzeugs B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Lenker des Fahrzeugs B ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Mitverschulden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Mitverschulden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Anderer (Name und Anschrift)		Anderer (Name und Anschrift)

(Please, tear off carefully here)

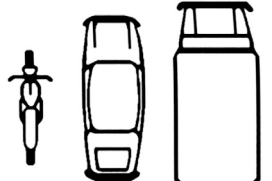
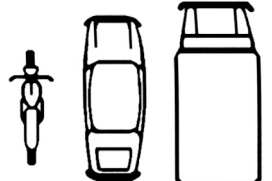
Agreed statement of facts on motor vehicle accident

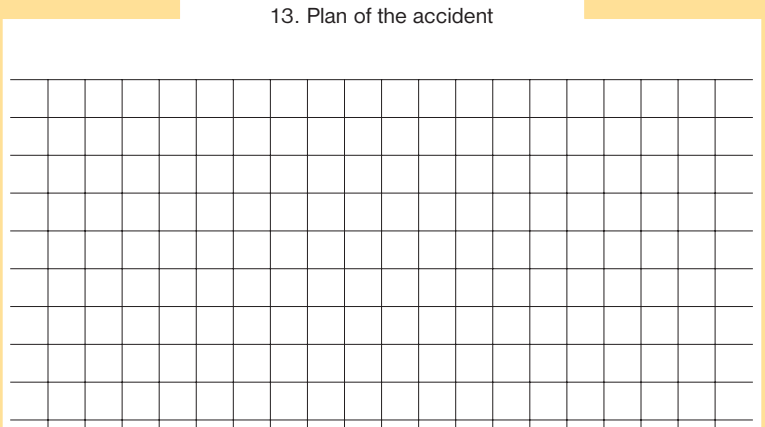
Must be signed by both drivers

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"/>

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.? _____ 9. Driver Name _____ Surname _____ Address _____ Driving license No. _____ Groups _____ Issued by _____ Valid from _____ to _____ (for bus, taxi etc.)	12. Put a cross in each of the relevant spaces to help explain the plan <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1</td><td>The car was parked</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2</td><td>starting to ride</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>3</td><td>stopping</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>4</td><td>entering the road</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>5</td><td>leaving the road</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>6</td><td>entering a roundabout</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>7</td><td>circulating in a roundabout</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>8</td><td>striking the rear of the other vehicle while going in the same direction and in the same lane</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>9</td><td>going in the same direction but in a different lane</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>10</td><td>changing lanes</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>11</td><td>overtaking</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>12</td><td>turning to the right</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>13</td><td>turning to the left</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>14</td><td>reversing</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>15</td><td>encroaching in the opposite traffic lane</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>16</td><td>coming from the right</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>17</td><td>not observing a right of way sign</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td colspan="2"></td><td>Total number of spaces marked with a cross</td><td></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	1	The car was parked	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	starting to ride	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	stopping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	entering the road	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	leaving the road	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	entering a roundabout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	circulating in a roundabout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	striking the rear of the other vehicle while going in the same direction and in the same lane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9	going in the same direction but in a different lane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	changing lanes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11	overtaking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	turning to the right	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13	turning to the left	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14	reversing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15	encroaching in the opposite traffic lane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16	coming from the right	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17	not observing a right of way sign	<input type="checkbox"/>			Total number of spaces marked with a cross		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.? _____ 9. Driver Name _____ Surname _____ Address _____ Driving license No. _____ Groups _____ Issued by _____ Valid from _____ to _____ (for bus, taxi etc.)
<input type="checkbox"/>	1	The car was parked	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/>	2	starting to ride	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/>	3	stopping	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/>	4	entering the road	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/>	5	leaving the road	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/>	6	entering a roundabout	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/>	7	circulating in a roundabout	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/>	8	striking the rear of the other vehicle while going in the same direction and in the same lane	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/>	9	going in the same direction but in a different lane	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/>	10	changing lanes	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/>	11	overtaking	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/>	12	turning to the right	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/>	13	turning to the left	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/>	14	reversing	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/>	15	encroaching in the opposite traffic lane	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/>	16	coming from the right	<input type="checkbox"/>																																																																							
<input type="checkbox"/>	17	not observing a right of way sign	<input type="checkbox"/>																																																																							
		Total number of spaces marked with a cross																																																																								

10. Indicate by an arrow the point of initial impact 	10. Indicate by an arrow the point of initial impact 
--	---

11. Visible damage _____ _____ _____ 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) _____	13. Plan of the accident 	11. Visible damage _____ _____ _____ 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 _____ _____ _____ 	16. Signatures of the participants _____ _____ _____ 	16. Signatures of the participants _____ _____ _____
---	---	---



Do not make any changes after signing the paper.

Constat amiable d'accident automobile

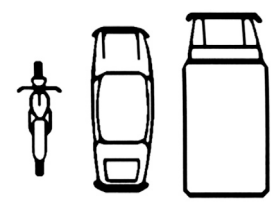
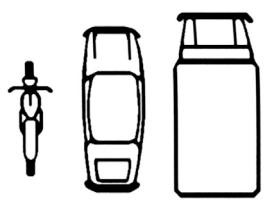
A remplir par les deux conducteurs

1. Date de l'accident	Heure	2. Lieu (rue, numéro, év. borne kilométrique, commune, pays)	3. Blessé(s) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
4. Dégâts matériels autres qu'aux véhicules A et B oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	5. Témoins (soulignez les passagers)		Instruit par la police oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Vehicule A		Vehicule B	
6. Nom, prénom et adresse de l'assuré		6. Nom, prénom et adresse de l'assuré	
Téléphone (de 9H à 16H)		Téléphone (de 9H à 16H)	
Est-il payeur de la TVA?		Est-il payeur de la TVA?	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

7. Véhicule Marque, type _____ No. d'immatr. _____	<p>12. Mettre une croix dans chacune des cases utiles</p> <table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1</td><td>en stationnement</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2</td><td>quittait un stationnement</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>3</td><td>prenait un stationnement</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>4</td><td>sortait d'un parking, d'un lieu privé, d'un chemin de terre</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>5</td><td>s'engageait dans un parking, un lieu privé, un chemin de terre</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>6</td><td>s'engageait sur une place a sens giratoire</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>7</td><td>roulait sur une place a sens giratoire</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>8</td><td>heurtait a l'arriere l'autre véhicule qui roulait dans le meme sens et sur la meme file</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>9</td><td>roulait dans le meme sens et sur une file différente</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>10</td><td>changeait de file</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>11</td><td>doublait</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>12</td><td>virait a droite</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>13</td><td>virait a gauche</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>14</td><td>reculait</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>15</td><td>empiétait sur la partie de chaussée réservée a la circulation en sens inverse</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>16</td><td>venait de droite</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>17</td><td>n'avait pas observé le signal de priorité</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	1	en stationnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	quittait un stationnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	prenait un stationnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	sortait d'un parking, d'un lieu privé, d'un chemin de terre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	s'engageait dans un parking, un lieu privé, un chemin de terre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	s'engageait sur une place a sens giratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	roulait sur une place a sens giratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	heurtait a l'arriere l'autre véhicule qui roulait dans le meme sens et sur la meme file	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9	roulait dans le meme sens et sur une file différente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	changeait de file	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11	doublait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	virait a droite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13	virait a gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14	reculait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15	empiétait sur la partie de chaussée réservée a la circulation en sens inverse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16	venait de droite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17	n'avait pas observé le signal de priorité	<input type="checkbox"/>	7. Véhicule Marque, type _____ No. d'immatr. _____
<input type="checkbox"/>		1	en stationnement	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/>		2	quittait un stationnement	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/>		3	prenait un stationnement	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/>		4	sortait d'un parking, d'un lieu privé, d'un chemin de terre	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/>		5	s'engageait dans un parking, un lieu privé, un chemin de terre	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/>		6	s'engageait sur une place a sens giratoire	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/>		7	roulait sur une place a sens giratoire	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/>		8	heurtait a l'arriere l'autre véhicule qui roulait dans le meme sens et sur la meme file	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/>		9	roulait dans le meme sens et sur une file différente	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/>		10	changeait de file	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/>		11	doublait	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/>		12	virait a droite	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/>		13	virait a gauche	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/>		14	reculait	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/>		15	empiétait sur la partie de chaussée réservée a la circulation en sens inverse	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/>		16	venait de droite	<input type="checkbox"/>																																																																		
<input type="checkbox"/>	17	n'avait pas observé le signal de priorité	<input type="checkbox"/>																																																																			
8. Sté d'assurance R.C.	8. Sté d'assurance R.C.																																																																					
Adresse _____	Adresse _____																																																																					
No. de contrat _____	No. de contrat _____																																																																					
No. de la carte verte (pour les étrangers)	No. de la carte verte (pour les étrangers)																																																																					
Validité de la carte verte	Validité de la carte verte																																																																					
valable du _____ jusqu'au _____	valable du _____ jusqu'au _____																																																																					
Les dégâts matériels au véhicule sont-ils assurés?	Les dégâts matériels au véhicule sont-ils assurés?																																																																					
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>																																																																					
Sté d'assurance _____	Sté d'assurance _____																																																																					
9. Conducteur Nom _____	9. Conducteur Nom _____																																																																					
Prénom _____	Prénom _____																																																																					
Adresse _____	Adresse _____																																																																					
Permis de conduire No. _____	Permis de conduire No. _____																																																																					
Catégorie _____ délivré par _____	Catégorie _____ délivré par _____																																																																					
Valable du _____ jusqu'au _____ (pour les bus et les taxis)	Valable du _____ jusqu'au _____ (pour les bus et les taxis)																																																																					

10. Indiquez par une fleche le point de choqe initial



11. Dégâts apparents	<p>13. Croquis de l'accident</p>	11. Dégâts apparents
14. Observations		14. Observations

15. Responsable de l'accident	16. Signatures des personnes intéressées	15. Responsable de l'accident
Conducteur du véhicule A		Conducteur du véhicule A
Conducteur du véhicule B		Conducteur du véhicule B
Complicité		Complicité
Autre (nom, adresse)		Autre (nom, adresse)
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>



Ne rien modifier au constat apres les signatures.