

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) vyplníte 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 verzii 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

Assistance

Allianz Allianz 
Slovenská poisťovňa

ASISTENČNÁ SLUŽBA (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 nocí	70 EUR/osoba/noc na dobu 2 nocí
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 nocí	70 EUR/osoba/noc na dobu 2 nocí
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 - Allianz Assistance zorganizuje službu, náklady na službu hradíte z vlastných prostriedkov.

V prípade núdze volajte, prosím:
Asistenčnú službu

+421 2 529 33 112

Nahlásenie poistnej udalosti v Allianz - Slovenskej poisťovni, a.s. (pondelok - nedeľa od 7. do 21. hod.):
Infolinka 0800 122 222
zo zahraničia +421 2 496 15 677

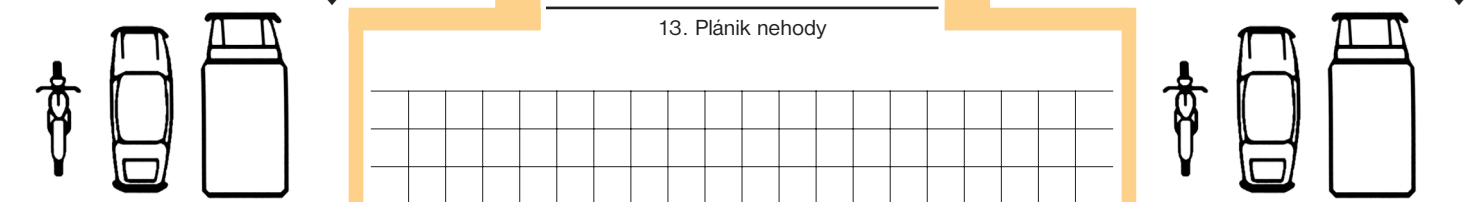
1. Dátum nehody	Hodina	2. Miesto (ulica, č. domu, kilometer cesty, mesto, štát)	3. Zranení áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
4. Iné poškodenie než na vozoch A a B áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	5. Svedkovia (spolujazdca podčiarknite)		Vyšetované políciou 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"/>	A	B	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 1 <input type="checkbox"/> Vozidlo stálo 2 <input type="checkbox"/> Vozidlo sa pohýnalo 3 <input type="checkbox"/> Vozidlo zastavovalo 4 <input type="checkbox"/> Vozidlo vychádzalo z miesta ležiaceho mimo cesty 5 <input type="checkbox"/> Vozidlo odbočovalo na miesto ležiace mimo cesty 6 <input type="checkbox"/> Vozidlo vchádzalo na kruhový objazd 7 <input type="checkbox"/> Vozidlo išlo po kruhovom objazde 8 <input type="checkbox"/> Vozidlo narazilo do zadnej časti vozidla idúceho tým istým smerom v tom istom pruhu 9 <input type="checkbox"/> Vozidlo išlo súbežne 10 <input type="checkbox"/> Vozidlo prechádzalo z pruhu do pruhu 11 <input type="checkbox"/> Vozidlo predchádzalo 12 <input type="checkbox"/> Vozidlo odbočovalo vpravo 13 <input type="checkbox"/> Vozidlo odbočovalo vľavo 14 <input type="checkbox"/> Vozidlo cúvalo 15 <input type="checkbox"/> Vozidlo prešlo do protismeru 16 <input type="checkbox"/> Vozidlo prišlo sprava 17 <input type="checkbox"/> Vozidlo nedalo prednosť v jazde <small>(Prípadný iný priebeh nehody uveďte v poznámke)</small>	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? _____		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? _____
9. Vodič Meno _____ Priezvisko _____ Adresa _____ Vodič. pr. č. _____ Skup. _____ Vystavil _____ Platný od _____ do _____ (Pre bus, taxi)		9. Vodič Meno _____ Priezvisko _____ Adresa _____ Vodič. pr. č. _____ Skup. _____ Vystavil _____ Platný od _____ do _____ (Pre bus, taxi)

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



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) _____	16. Podpis zúčastnených	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.

Správa o nehode

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 nie

6. Držiteľ (meno, adresa)

Telefón (9 - 16 hodín)
Platiteľ DPH

áno nie

7. Vozidlo

Typ-značka _____
ŠPZ/EČV _____

8. Poisťiteľ 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 nie

V ktorej poisťovni? _____

9. Vodič

Meno _____

Priezvisko _____

Adresa _____

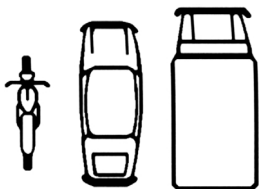
Vodič. pr. č. _____

Skup. _____ Vystavil _____

Platný od _____ do _____

(Pre bus, taxi)

10. Hlavný smer nárazu
označte šípkou



11. Viditeľné poškodenie

14. Poznámky

15. Nehodu zaviniť

Vodič vozidla A

Vodič vozidla B

Spoluvína

Iný (meno, adresa) _____

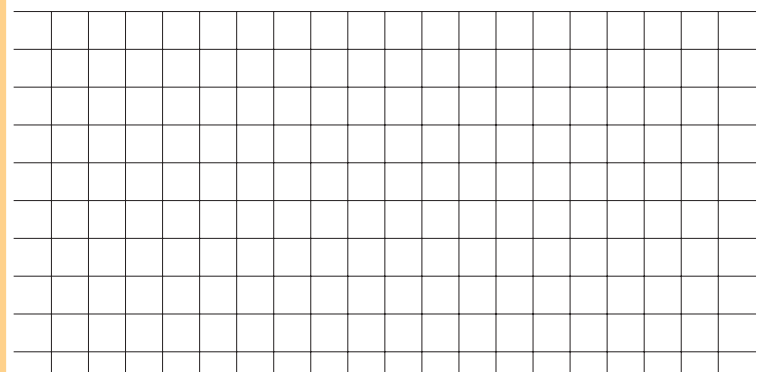
áno nie
áno nie
áno nie

12. Vyznačte

- | | | | |
|--------------------------|----|--|--------------------------|
| <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 súběžne | <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"/> |
- (Prípady iný priebeh nehody uvedte v poznámke)

Počet vyznačených polí

13. Plánik nehody



16. Podpis zúčastnených

7. Vozidlo

Typ-značka _____
ŠPZ/EČV _____

8. Poisťiteľ 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 nie

V ktorej poisťovni? _____

9. Vodič

Meno _____

Priezvisko _____

Adresa _____

Vodič. pr. č. _____

Skup. _____ Vystavil _____

Platný od _____ do _____

(Pre bus, taxi)

10. Hlavný smer nárazu
označte šípkou



11. Viditeľné poškodenie

14. Poznámky

15. Nehodu zaviniť

Vodič vozidla A

Vodič vozidla B

Spoluvína

Iný (meno, adresa) _____

áno nie
áno nie
áno nie



F 3 C L 1 5 0 8 0 7 T

Unfallbericht

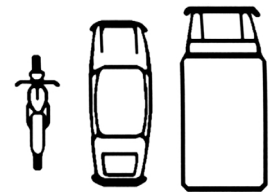
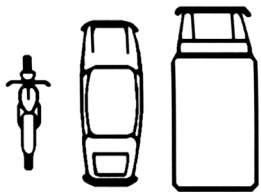
Von beiden Fahrzeuglenkern auszufüllen

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

10. Bezeichnen Sie durch einen Pfeil den Punkt des Zusammenstoßes



11. Sichtbare Schäden	14. Bemerkungen	13. Unfallskizze Bezeichnen Sie: 1. Straßen 2. Richtung der Fahrzeuge A und B 3. Ihre Position im Moment des Zusammenstoßes 4. Straßenschilder 5. Straßennamen					11. Sichtbare Schäden	14. Bemerkungen
		Anzahl der angekreuzten Felder						
		13. Unfallskizze						
		Bezeichnen Sie: 1. Straßen 2. Richtung der Fahrzeuge A und B 3. Ihre Position im Moment des Zusammenstoßes 4. Straßenschilder 5. Straßennamen						
		Anzahl der angekreuzten Felder						
		13. Unfallskizze						
		Bezeichnen Sie: 1. Straßen 2. Richtung der Fahrzeuge A und B 3. Ihre Position im Moment des Zusammenstoßes 4. Straßenschilder 5. Straßennamen						
		Anzahl der angekreuzten Felder						
		13. Unfallskizze						
		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"/>	Lenker des Fahrzeugs A Lenker des Fahrzeugs B Mitverschulden Anderer (Name und Anschrift)		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)



Nach Unterschrift und Trennung der Blätter nichts mehr ändern!

(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. _____	<p>12. Put a cross in each of the relevant spaces to help explain the plan</p> <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="4" style="text-align: center;">Total number of spaces marked with a cross</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. _____
<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																																																																										
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.? _____		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.)		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



11. Visible damage

14. Remarks

13. Plan of the accident

A		B	
13. Plan of the accident			
16. Signatures of the participants			

15. Accident caused by	16. Signatures of the participants	15. Accident caused by
Vehicle driver A yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		Vehicle driver A yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Vehicle driver B 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"/>		Common fault yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Other (name, address) _____		Other (name, address) _____



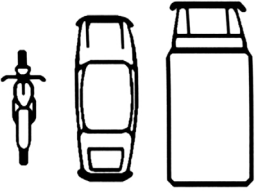
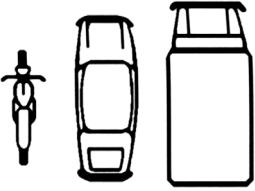
Do not make any changes after signing the paper.

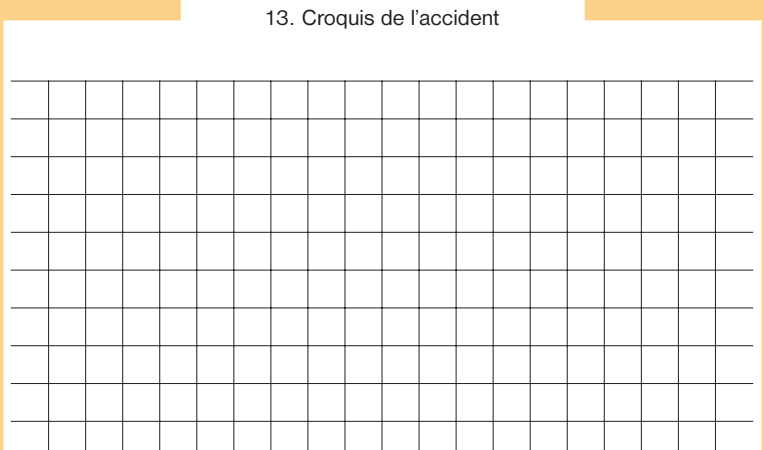
Constat amiable d'accident automobile

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) _____ Est-il payeur de la TVA? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Téléphone (de 9H à 16H) _____ Est-il payeur de la TVA? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

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

Vehicule A	13. Croquis de l'accident	Vehicule B
11. Dégâts apparents _____ _____	Indiquer le nombre de cases marquées d'une croix	11. Dégâts apparents _____ _____
14. Observations _____ _____	13. Croquis de l'accident	14. Observations _____ _____
		

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



Ne rien modifier au constat apres les signatures.