

A baleset ideje: év hó nap óra perc Helye: ország
 város/település út/utca hsz./hrs.
 lakott területen kívül: út km

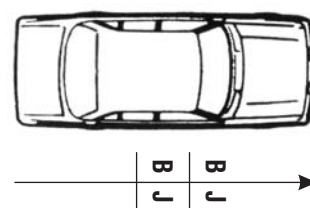
A bejelentett (gép)jármű forgalmi rendszáma: Hányadik tulajdonos?
 Műszaki érvényessége: A felelősségbiztosító neve:
 CASCO biztosítással rendelkeznek-e? igen nem Melyik biztosítótársaságnál?

A (gép)járműnek volt-e korábbi sérülése? igen nem

Ha igen, mely része sérült a járműnek?

A kárt mikor, és melyik biztosítótársaságnál rendezte?

Rajzolja be a gépjárműve jelenlegi sérülését!



A tulajdonos

neve: telefonszáma:

címe: mobil:

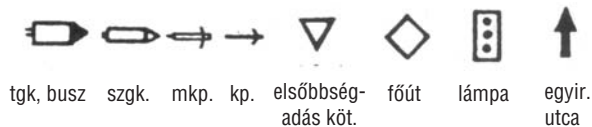
Bankszámlaszáma: - -

A (gép)járművezető neve: telefonszáma:

címe: mobil:

Tulajdonjog korlátozás (pl. hitel) igen nem Kinek a javára:

Helyszínrajz: kérjük ábrázolja az utcát, utat (név, hsz., km-kő, közeli városok) a két ((gép)jármű helyzetét a baleset után, a keréknyomokat, valamint a közlekedési jelzéseket (lámpa, tábla), rendszámokat:



Részvevő járművek sebessége

A: km/h

B: km/h

Káresemény leírása (egyéb közölnivalók):

A másik jármű, valamint további résztvevők:

nem

Forgalmi rendszáma: típusa színe

Forgalmi rendszáma: típusa színe

Rendőri intézkedés történt-e igen nem Rendőrkapitányság

Személyi sérülés történt-e igen nem Sérültek száma: fő

A baleset során károsodott-e egyéb tárgy: igen nem Megnevezés:

Tanúk:

Neve: utas: igen nem

Lakcíme:

Neve: utas: igen nem

Lakcíme:

1. Ön szerint ki a felelős a balesetért (káreseményért)?

én / saját gépjárművem vezetője a másik fél mindketten

2. Kérem, hogy saját gépjárművemben keletkezett kárt CASCO biztosításom alapján rendezzék. igen nem

3. Kábítószer, alkohol vagy a gépjárművezetést károsan befolyásoló gyógyszer hatása alatt álltam. igen nem

4. Kijelentem, hogy a hatályos jogszabályok értelmében ezen gépjárművel kapcsolatosan áfa-visszatérítésre jogosult vagyok. igen nem

5. Hozzájárulok ahhoz, hogy a kár rendezéséhez szükséges igazolványaimról, engedélyemről az AUTOTAL Kft. fénymásolatot készítsen.

6. **Nyilatkozat**

Alulírott kijelentem, az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek, tudomásom szerint a szolgáltatást kizáró ok nem áll fenn. Tudomásul veszem, a jelen bejelentés alapján történő kifizetés nem jelenti automatikusan további igények elismerését a Biztosító részéről, és a szolgáltatás teljesítéséhez a Biztosító a bejelentőn szereplő iratokon kívül további iratokat, adatokat is bekérhet. Hozzájárulok ahhoz, hogy a Biztosító a jelen igénybejelentésem során közölt személyes, különleges, és egészségi állapottal összefüggő adataimat a szolgáltatási igény elbírálásához kezelje, azokat a tevékenység kiszervezése esetén a vele szerződéses kapcsolatban álló, a Biztosítási titok- és adatvédelmi törvény előírásait betartó más gazdálkodó szervezetnek átadja. Jelen nyilatkozat aláírásával az ügyfél hozzájárul ahhoz, hogy a tájékoztató 5. pontban megjelölt célból és ideig a -Biztosító ügyfeleként tett bejelentése során közölt, illetve egyéb jogszerűen rendelkezésre álló személyes és különleges adatait kizárólag a szolgáltatási igény elbírálásához kezelje; azokat a hatályos adatvédelmi és biztosítási törvény engedélye alapján más gazdálkodó, vagy hivatalos szervezetnek, személynek átadja; -illetve a kizárólag számítástechnikai eszközzel végrehajtott automatizált adatfeldolgozással érintett személyes jellemzői értékelésére sor kerülhessen, de azzal a feltétellel, hogy ezzel kapcsolatos álláspontját kifejezheti és - kérelmére - az ott alkalmazott módszerekről tájékoztatást kap; -valamint a Biztosító a káresemény kapcsán azonos vagy összefüggő kockázatú biztosítást kezelő másik biztosítónál keletkezett, illetve a rendőrségi, vagy más hatósági iratokba betekintsen. Az aláírással az ügyfél felmenti a titoktartás alól azokat az orvosokat és egészségügyi szervezeteket, akik rendelkeznek vizsgálat, vagy kezelés kapcsán az ügyfélre - vagy más biztosított esetén rá - vonatkozó ismertekkel; továbbá felhatalmazza azokat az orvosi, társadalombiztosítási, igazgatási szervezeteket, más hatóságokat (például rendőrség, bíróság, ügyészség), amelyek az ügyre vonatkozó adatokkal rendelkeznek, hogy a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges adatokat az Biztosító Rt. részére átadják.

.....
átvevő dátum vezető aláírása tulajdonos aláírása

Hol tekinthető meg a jármű?

Cím: Telefonszám:

Mobil: