

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

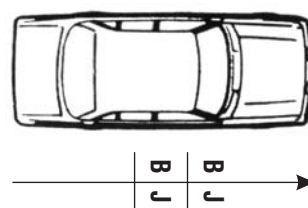
A bejelentett (gép)jármű forgalmi rendszáma: ..... Hányadik tulajdonos?   
 Műszaki érvényessége: ..... A felelősségbiztosító neve: .....  
 CASCO biztosítással rendelkeznek-e? igen  nem  Melyik biztosítótársaságnál? .....

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: .....

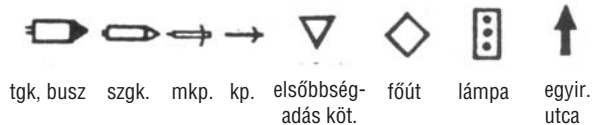
Bankszámlaszáma:  -  -

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:



Résztevő járművek sebessége

A: km/h

B: km/h

Káresemény leírása (egyéb közlőnivalók):

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?

Telefonszám: .....

Cím:     ..... Mobil: .....