

Gépjármű-kárbejelentő

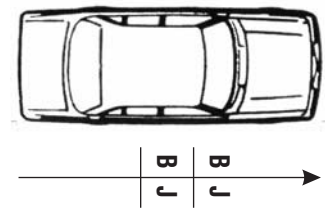
Illetékes biztosító:

Kárszám:

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

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

Rajzolja be a gépjárműve jelenlegi sérülését!



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

Ha igen, mely része sérült a járműnek?

A kárt mikor, és melyik biztosítótársaságnál rendezte?

A tulajdonos

neve: telefonszáma:

címe: e-mail:

Bankszámlaszáma: -

A (gép)járművezető neve: telefonszáma:

címe: e-mail:

Jogosítvány száma: Érvényessége: Kategória:

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 közölnivalók):

A másik jármű, valamint további résztvevők:

Forgalmi rendszáma: típusa színe

Forgalmi rendszáma: típusa színe

Rendőri intézkedés történt-e igen nem Rendőrkapitányság

Feljelentés igen nem Helyszínbírság: igen nem

Személyi sérülés történt-e igen nem Sérültek száma: fő

A baleset során megsérült személyek:

Neve: vezető utas gyalogos

Lakcíme: [][][][] könnyű súlyos halálos

Neve: vezető utas gyalogos

Lakcíme: [][][][] könnyű súlyos halálos

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

A tárgy tulajdonosának neve:

Lakcíme: [][][][]

Tanúk:

Neve: utas: igen nem

Lakcíme: [][][][]

Neve: utas: igen nem

Lakcíme: [][][][]

Ön szerint ki a felelős a balesetért (káreseményért)? én / saját gépjárművem vezetője a másik fél mindkét résztvevő

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

A káresemény bekövetkezésekor kábítószer, alkohol, vagy a gépjárművezetést károsan befolyásoló szer hatása alatt álltam. igen nem

A hatályos jogszabályok értelmében a bejelentett gépjármű vonatkozásában ÁFA visszaigénylésre jogosult vagyok. igen nem

Jogosultság esetén adószámom: [][][][][][][][][] - [][] - [][][]

Hozzájárulok ahhoz, hogy az AUTOTAL Kft. a kár rendezéséhez szükséges iratokról, igazolványokról fénymásolatot készítsen. igen nem

Alulírott kijelentem, az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek, tudomásom szerint a szolgáltatást kizáró ok nem áll fenn. Tudomásul veszem, hogy 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 egészségügyi állapottal összefüggő adataimat a szolgáltatási igény elbírálásához kezelje, azokat a tevékenység kiszervezése esetén a vele szerződéses kapcsolatban álló, a biztosítási és adatvédelmi törvény előírásait betartó más gazdálkodó szervezetnek átadja.

Jelen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok ahhoz, hogy

- a Biztosító ügyfeleként tett bejelentésem során közölt, illetve egyéb, jogszerűen rendelkezésre álló személyes és különleges adataimat, kizárólag a szolgáltatási igény elbírálásához kezelje, azokat a hatályos adatvédelmi és biztosítási törvény alapján más gazdálkodó, vagy hivatalos szervezetnek, személynek átadja;

- illetve a kizárólag számítástechnikai eszközzel végrehajtott automatizált adatfeldolgozással érintett személyes jellemzőim értékelésére sor kerülhessen, de azzal a feltétellel, hogy ezzel kapcsolatos álláspontomat kifejthetem és - kérelmemre - az ott alkalmazott módszerekről tájékoztatást kapok;

- valamint a Biztosító a káresemény kapcsán azonos vagy összefüggő kockázatú biztosítást kezelő másik biztosítónál keletkezett, illetve a rendőrségi vagy más hatóság iratokba betekintsen.

Aláírással felmentem a titoktartás alól azokat az orvosokat és egészségügyi szervezeteket, akik rendelkeznek vizsgálat, vagy kezelés kapcsán a rám - vagy más biztosított esetén rá - vonatkozó ismertekkel; továbbá felhatalmazom 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 részére átadják.

Totálkárrendezés esetén hozzájárulok a roncs nyilvános – pl. internet, hírdetőújság felhasználásával történő – értékesítéséhez szükséges adatok továbbításához a Biztosítóval szerződéses kapcsolatban álló szakértői iroda részére azzal, hogy az a roncs értékesítéséhez szükséges mértékig azokat kezelje, továbbítsa.

.....
.....
.....
.....

átvevő

dátum

vezető aláírása

tulajdonos aláírása

Hol tekinthető meg a jármű?

Cím: [][][][] Telefonszám:

Mobil: