

telefax: (1) 461-4280

GÉPJÁRMŰ KÁRBEJELENTŐ LAP

Nyilvántartási számok: Marsh Kft.:
Union Biztosító Rt.:

Módozat: KGFB CASCO Önrészesedés:min.,%

A baleset ideje: év hó nap óra perc Helye: ország
..... város / település út/utca/tér hsz/hrsz.

lakott területen kívül: út km

Sebesség: km/ó; időjárás: úttest állapota/burkolata:

A bejelentett (gép)jármű forgalmi rendszáma:

Gyártmány / Típus:

A forgalmi engedély száma érvényességeévhónap

*A tulajdonos neve: címe:

Az üzemben tartó neve: címe:

*számla száma: - -

A gépjárművezető neve:

Születési helye, ideje:

lakcíme: telefonszáma:

vezetői engedélyének száma: kategóriája: érvényessége:-ig

Káresemény leírása, helyszínrajz, egyéb közölnivalók:

A gépkocsi(t): a) üzemképes: igen , nem b) megtekinthető: helyszínen, javítónál, egyéb helyen
c) a szakértő telephelyén* bemutatom: igen , nem →

d) javítása hitellel , a javító felé meghatalmazással , egyéb módon történik;

e) kezelő, kontakt személy neve: tel.:

*A független szakértő telephelye: AUTOTÁL Kft. 1107 Bp. Hízlaló tér 1.(Kőbánya, Ceglédi út-Fertő utca sarok)

További résztvevők: igen nem

Forgalmi rendszám: gyártmány/típus: Biztosítója:
a gk. vezető neve / lakcíme:
a tulajdonos neve / lakcíme:

Rendőri intézkedés történt-e?

igen nem Az intézkedő hatóság:
Az intézkedés módja:

A baleset során megsérült személyek:

Név: vezető utas gyalogos
Lakcím: könnyű súlyos halálos

Név: vezető utas gyalogos
Lakcím: könnyű súlyos halálos

Saját jármű korábbi sérülései: nem

igen : év biztosítónál rendezve; év biztosítónál rendezve

Idegen járműben/tárgyban keletkezett sérülések (név, cím):

1. tanu neve: utas: igen nem
címe:

2. tanu neve: utas: igen nem
címe:

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

én / a saját gépjármű vezetője a másik fél mindketten egyéb

2. Kérem, hogy a saját gépjárműben keletkezett kárt CASCO biztosítás alapján rendezzék igen nem

3. Kérem, hogy a saját gépjárműben keletkezett kárt előzetesen CASCO biztosításra rendezzék igen nem

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

5. Hozzájárulok, hogy a biztosító a gépjármű jelen káreseményével összefüggésben a hatósági
(rendőrségi, ügyészségi, bírósági) iratokba betekintést nyerjen, valamint azokról másolatot kapjon
igen nem

6. Kijelentem, hogy ezzel a gépjárművel kapcsolatban a hatályos jogszabályok értelmében
ÁFA visszatérítésre jogosult vagyok igen nem

7. ÁFA visszatérítésre jogosultság esetén az adószám: -

Dátum:

.....
a tulajdonos aláírása

.....
a vezető aláírása