

Gépjármű kárbejelentő adatlap

Kárszám: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					Telefonos bejelentés: <input type="checkbox"/>												
A baleset ideje:		év	hó	nap	óra	perc											
Helye:		ország			város/település			út/utca		hsz./hrs.							
Lakott területen kívül:		út			km												
A bejelentett gépjármű rendszáma:		Bérgépkocsi: <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem		Hányadik tulajdonos:		Rendelkezik casco biztosítással? <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem											
<input type="text"/> - <input type="text"/>		Forgalmi érvényessége:		év	hó	nap	Melyik biztosítótársaságnál?										
Hol tekinthető meg a (gép)jármű a (helyszíni) szemle során?																	
A (gép)járműnek volt-e korábbi sérülése? <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem						Jelölje be a (gép)járműve jelenlegi és korábbi sérülését!											
Korábbi sérülések időpontja:		Melyik biztosítótársaság rendezte a kárt?				bal		elől									
20 .	hó	nap														
20 .	hó	nap					hátral									
20 .	hó	nap			jobb											
Az ábrán nem jelölhető sérülések leírása:						jobb		bal									
.....																	
.....																	
.....																	
.....																	
.....																	
.....																	
Tulajdonos neve:						Telefonszáma (napközben):											
Bankszámlaszáma:						Címe: _____ város/település											
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>						út/utca hsz./hrs.											
Járművezető neve:						Telefonszáma (napközben):											
Vezetői engedélyének érvényessége: 20 .						hó	nap-ig.	Kategóriája:	A	A1	B	C	C1	D	D1	E	F
Tulajdonjog korlátozás (pl. hitel) <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem						Kinek a javára:											
Helyszínrajz:		Kérjük, ábrázolja a káresemény helyszínét! Írja be az utcaneveket, házsámokat, és rajzolja be a közlekedési jelzéseket, féknyomokat!															
Az ütközés pillanatában						Az ütközés után, ahogy megálltak a járművek											
tgk./busz	szgk.	mkp.	kp.	egyéb	elsőbbség-ad. köt.	lámpa	zebra	főt	egyir. u.	féknyom							
Járművének haladási sebessége a baleset (fékezés) előtt:						km/óra		A másik jármű sebessége (kb.):		km/óra							

A káresemény leírása:

Látási és útviszonyok a baleset időpontjában (szükség szerint több is jelölhető):

Látási viszonyok:	<input type="checkbox"/> normál nappali	<input type="checkbox"/> borult nappali	<input type="checkbox"/> szürkület	<input type="checkbox"/> sötétség	<input type="checkbox"/> köd	<input type="checkbox"/> eső	<input type="checkbox"/> hóesés
A burkolat minősége:	<input type="checkbox"/> aszfalt	<input type="checkbox"/> beton	<input type="checkbox"/> kockakő	<input type="checkbox"/> keramit	<input type="checkbox"/> földút		
Az út felülete:	<input type="checkbox"/> száraz	<input type="checkbox"/> nedves	<input type="checkbox"/> sáros	<input type="checkbox"/> vízes	<input type="checkbox"/> latyakos	<input type="checkbox"/> havas	<input type="checkbox"/> jeges
További résztvevők:	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem					

Forgalmi rendszám:	típus:	szín:
Forgalmi rendszám:	típus:	szín:
Forgalmi rendszám:	típus:	szín:

Rendőri intézkedés történt-e?	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem	rendőrkapitányság részéről
	<input type="checkbox"/> helyszíni bírság	<input type="checkbox"/> rendőri igazolólap <input type="checkbox"/> feljelentés

Személyi sérülés történt-e?	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem	Sérültek száma összesen:	fő
-----------------------------	--	--------------------------	----

A baleset során megsérült személyek:

Név:	<input type="checkbox"/> vezető <input type="checkbox"/> utas <input type="checkbox"/> gyalogos	<input type="checkbox"/> kerékpáros	<input type="checkbox"/> egyéb:
Lakcím: _____		<input type="checkbox"/> könnyű	<input type="checkbox"/> súlyos <input type="checkbox"/> halálos
Név:	<input type="checkbox"/> vezető <input type="checkbox"/> utas <input type="checkbox"/> gyalogos	<input type="checkbox"/> kerékpáros	<input type="checkbox"/> egyéb:
Lakcím: _____		<input type="checkbox"/> könnyű	<input type="checkbox"/> súlyos <input type="checkbox"/> halálos

A baleset során károsodott egyéb tárgy tulajdonosai

Név:	A kár tárgya:
Lakcím: _____	Telefonszáma (napközben):

A baleset során károsodott egyéb tárgy tulajdonosai

Név:	A kár tárgya:
Lakcím: _____	Telefonszáma (napközben):

1. Ön szerint ki felelős a balesetért (káreseményért)?	<input type="checkbox"/> én/saját járművem vezetője	<input type="checkbox"/> a másik fél	<input type="checkbox"/> mindketten
2. Kérem, hogy saját járművemben keletkezett kárt casco biztosításom alapján rendezzék.	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem	
3. Kábítószer, alkohol vagy a járművezetést károsan befolyásoló gyógyszer hatása alatt álltam.	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem	
4. Kijelentem, hogy ezen járművel kapcsolatosan áfa-visszatérítésre jogosult vagyok.	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem	

Jogosultság esetén az adószámom:

- Hozzájárulok ahhoz, hogy a Magyar Posta Biztosító Zrt. (gép)járművem esetleges előzményes kárait a jelen kárhoz kapcsolódó kárrendezés során a társbiztosítóktól beszerezze, illetve azokat a társbiztosítók a Magyar Posta Biztosító Zrt. részére átadják.
- Hozzájárulok, hogy a Magyar Posta Biztosító Zrt. a (gép)járművem jelen káreseményével összefüggésben a rendőrségi, illetve az ügyészségi iratokba betekintést nyerjen, valamint róluk másolatot kapjon.
- Hozzájárulok ahhoz, hogy a kár rendezéséhez szükséges igazolványaimról, engedélyemről a Magyar Posta Biztosító Zrt. másolatot készítsen.
- Tájékoztatjuk, hogy a Magyar Posta Biztosító Zrt. jogosult az Ön személyes adatait a kárrendezés során a 2003. évi LX. tv.-ben meghatározott szervezeteknek továbbítani.
- Hozzájárulok, hogy a Magyar Posta Biztosító Zrt. a balesetben elszenvedett sérülésemmel kapcsolatosan az egészségi állapotomra vonatkozó különleges adataimat kezelje.

Kelt: _____, 20.... év hó nap

Tulajdonos aláírása

Vezető aláírása

Érkeztetési bélyegző:

Átvevő aláírása