

Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt.
1091 Budapest, Üllői út 1.

Telefonos Ügyfélszolgálat: (+36) 1-477-4800
Honlap: www.alfa.hu

Baleset ideje: év hó nap óra perc Kárszám:

Baleset helye: ország:

irányítószám: helység:

út/utca/tér: házsám/hrszt:

Lakott területen kívül: út km

GPS koordináták: hosszúság: szélesség:

Látási és útviszonyok (szükség esetén több válasz is jelölhető):

Látási viszonyok: Normál nappali Borult nappali Szürkület Sötétség Köd Eső Hóesés

A burkolat minősége: Aszfalt Beton Kockakő Kermait Földút Térkő

Az út felülete: Száraz Nedves Sáros Vizes Latyakos Havas Jeges

A bejelentett gépjármű forgalmi rendszáma:

Gyártmánya: típusa:

CASCO biztosítással rendelkezik-e? Nem Igen

Melyik biztosító társaságnál?

A felelősségbiztosítója neve:

A tulajdonos

vezetékneve: utóneve:

Cégnév:

Címe: irányítószám: helység:

út/utca/tér: házsám: emelet: ajtó:

Telefonszáma: Mobilszáma:

Az üzembentartó (ha nem a tulajdonos)

vezetékneve: utóneve:

Cégnév:

Címe: irányítószám: helység:

út/utca/tér: házsám: emelet: ajtó:

Telefonszáma: Mobilszáma:

A kárigényvel élő

vezetékneve: utóneve:

Cégnév:

Bankszámlaszáma: - -

A gépjárművezető

vezetékneve: utóneve:

Címe: irányítószám: helység:

út/utca/tér: házsám: emelet: ajtó:

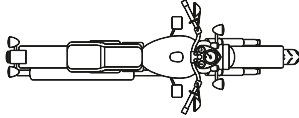
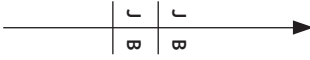
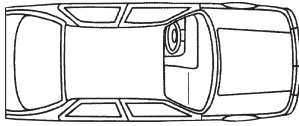
Telefonszáma: Mobilszáma:

Születési dátuma: év hó nap Jogositvány kategória: Érvényessége: év hó nap

Tulajdonjogi korlátozása (pl. hitel): Nem Igen

Kinek a javára?:

Rajzolja be a gépjárműve jelenlegi sérülését!



A (gép)járművének volt-e korábbi sérülése? Nem Igen

Ha igen, mely része sérült a járműnek?

A kárt mikor rendezte? _____ év _____ hó _____ nap

A kárt melyik biztosító társaságnál rendezte?

A balesetnél készült fényképfelvétel? Nem Igen

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!

Ütközés előtt

Ütközés után

Részvevő járművek sebessége: A: _____ km/h B: _____ km/h C: _____ km/h

Káresemény leírása (egyéb közölnivalók):



A másik jármű, valamint további résztvevők

Forgalmi rendszáma: _____ Színe: _____

Típusa: _____

Forgalmi rendszáma: _____ Színe: _____

Típusa: _____

Rendőri intézkedés történt-e? Nem Igen Amennyiben történt rendőri intézkedés, úgy ennek eredménye: Helyszíni bírság Feljelentés

Rendőrkapitányság: _____

Ügyszám: _____

Személyi sérülés történt-e? Nem Igen Sérültek száma: fő

A baleset során sérült személyek:

Személyi sérült 1
vezetékneve: utóneve:
Címe: irányítószám: helység:
út/utca/tér: házsám: emelet: ajtó:
Telefonszáma: Mobilszáma:
E-mail címe:
Sérülés foka: könnyű súlyos halálos A személyi sérült: vezető utas gyalogos kerékpáros

Személyi sérült 2
vezetékneve: utóneve:
Címe: irányítószám: helység:
út/utca/tér: házsám: emelet: ajtó:
Telefonszáma: Mobilszáma:
E-mail címe:
Sérülés foka: könnyű súlyos halálos A személyi sérült: vezető utas gyalogos kerékpáros

Személyi sérült 3
vezetékneve: utóneve:
Címe: irányítószám: helység:
út/utca/tér: házsám: emelet: ajtó:
Telefonszáma: Mobilszáma:
E-mail címe:
Sérülés foka: könnyű súlyos halálos A személyi sérült: vezető utas gyalogos kerékpáros

A baleset során károsodott-e egyéb tárgy? Nem Igen

Megnevezés:

Tanúk

Tanú 1
vezetékneve: utóneve:
A Tanú: a gépkocsim utasa a másik gépkocsi utasa független személy
Címe: irányítószám: helység:
út/utca/tér: házsám: emelet: ajtó:
Telefonszáma: Mobilszáma:
E-mail címe:

Tanú 2
vezetékneve: utóneve:
A Tanú: a gépkocsim utasa a másik gépkocsi utasa független személy
Címe: irányítószám: helység:
út/utca/tér: házsám: emelet: ajtó:
Telefonszáma: Mobilszáma:
E-mail címe:

1. Ön szerint ki a felelős a balesetért (káreseményért)? én/saját gépjárművem vezetője a másik fél mindkettő
 járművezetői felelősségen kívül álló körülmény (pl. elemi kár)
2. Kérem, hogy saját gépjárművemben keletkezett kárt CASCO biztosításom alapján a másik fél kötelező gépjármű felelősségbiztosítása alapján fizesse meg részemre a Biztosító.
3. **Kábítószer, alkohol** vagy a gépjárművezetést károsan befolyásoló gyógyszer hatása alatt álltam. Nem Igen
4. Büntetőjogi felelősségem tudatában és a hatályos jogszabályok értelmében kijelentem, hogy ezen gépjárművel kapcsolatban **ÁFA visszaigénylésre** nem vagyok jogosult. %-ban vagyok jogosult.

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 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;
- a Biztosító ügyfeleként tett bejelentés során közölt, illetve egyéb jogszerűen rendelkezésre álló személyes és különleges adataimat kizárólag a szolgáltatási igény elbírálásához kezelje; azokat a hatályos adatvédelmi és biztosítási törvény engedélye alapján más gazdálkodó, vagy hivatalos szervezetnek, személynek átadja;
- a kizárólag számítástechnikai eszközzel végrehajtott automatizált adatfeldolgozással érintett személyes jellemzőim értékelésére sor kerülhessen, de azzal a feltétellel, hogy ezzel kapcsolatos álláspontomat kifejtethetem és – kérelmemre – az ott alkalmazott módszerekről tájékoztatást kapjak;
- a Biztosító a jelen káreseménnyel azonos vagy összefüggő kockázatú események adatainak beszerzése érdekében egy másik biztosítót, szakértő irodát, igazságügyi szakértőt, vagy hatóságot megkeressen, és a szakértői anyagba, káryanagba, rendőrségi, vagy más hatósági iratokba, dokumentumokba betekintsen, azokban foglaltakat jelen kárigényem elbírálása során figyelembe vegye;
- totálkár-rendezés esetén a roncs nyilvános – pl. internet, hirdetőújság felhasználásával történő – értékesítéséhez szükséges adatokat a Biztosítóval szerződéses kapcsolatban álló gazdálkodó szervezet részére továbbítsa, a roncs értékesítéséhez szükséges mértékig azokat kezelje.

Aláírással felmentem az orvosi titoktartás alól azokat az orvosokat és egészségügyi szervezeteket, akik rendelkeznek vizsgálat, vagy kezelés kapcsán a rám vonatkozó ismeretekkel; 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 Alfa Vienna Insurance Group Biztosító Zrt. részére átadják.

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.

* Amelyik megállapítással nem ért egyet kérjük, vegye ki a jelölést (vagy – kézi kitöltés esetén – húzza ki)!

Kelt: , év hó nap

Vezető aláírása

Tulajdonos aláírása

A kárbejelentő lapot átvette

Hol tekinthető meg a jármű?

Cím: irányítószám: helység:

út/utca/tér: házsám: emelet: ajtó:

Telefonszám: Mobilszám:

E-mail címe:

Amennyiben szervizben, úgy annak

neve:

kapcsolattartója:

Bankszámlaszáma: – –