

## 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	
Lakott területen kívül:		út		km	
A bejelentett gépjármű rendszáma: <input type="text"/> - <input type="text"/>		Bérgépkocsi: <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem		Hányadik tulajdonos: _____	
		Forgalmi érvényessége: év                      hó                      nap		Rendelkezik casco biztosítással? <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem	
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	
20 ,                      hó                      nap		.....			
20 ,                      hó                      nap		.....		elől	
20 ,                      hó                      nap		.....			
Az ábrán nem jelölhető sérülések leírása:					
.....					
.....					
.....					
.....					
Tulajdonos neve:			Telefonszáma (napközben):		
Bankszámlaszáma: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>			Címe: _____		város/település
			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, házászámokat, és rajzolja be a közlekedési jelzéseket, féknyomokat!					
Az ütközés pillanatában			Az ütközés után, ahogy megálltak a járművek		
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"/> vizes	<input type="checkbox"/> latyakos	<input type="checkbox"/> havas	<input type="checkbox"/> jeges

További résztvevők:  igen  nem

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

Rendőri intézkedés történt-e?  igen  nem rendőrkapitányság részéről  
 helyszíni bírság  rendőri igazolólap  feljelentés

Személyi sérülés történt-e?  igen  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 ügyészégi 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