

Rendőri intézkedés történt-e? nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> Amennyiben történt rendőri intézkedés, úgy ennek eredménye : helyszíni bírság <input type="checkbox"/> feljelentés <input type="checkbox"/>			
Rendőrkapitányság:		ügyszám:	
Személyi sérülés történt-e? nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> Sérültek száma: fő			
A baleset során sérült személyek:			
Neve:.....	Telefonszáma:.....	vezető, utas, gyalogos, kerékpáros	
Címe: <input type="text"/>	E-mail címe:	könnyű, súlyos, halálos	
Neve:.....	Telefonszáma:.....	vezető, utas, gyalogos, kerékpáros	
Címe: <input type="text"/>	E-mail címe:	könnyű, súlyos, halálos	
Neve:.....	Telefonszáma:.....	vezető, utas, gyalogos, kerékpáros	
Címe: <input type="text"/>	E-mail címe:	könnyű, súlyos, halálos	
A baleset során károsodott-e egyéb tárgy? nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> Megnevezés:.....			
Tanuk:			
Neve:.....	Telefonszáma:.....	<i>A tanú:</i> a gépkocsim utasa;	
Címe: <input type="text"/>	E-mail címe:	a másik gépkocsi utasa;	
		független személy.	
Neve:.....	Telefonszáma:.....	<i>A tanú:</i> a gépkocsim utasa;	
Címe: <input type="text"/>	E-mail címe:	a másik gépkocsi utasa;	
		független személy.	
1. Ön szerint ki a felelős a balesetért (káreseményért)? én / saját gépjárművem vezetője <input type="checkbox"/> a másik fél <input type="checkbox"/> mindketten <input type="checkbox"/>			
2. Kérem, hogy saját gépjárművemben keletkezett kárt <input type="checkbox"/> <i>casco biztosításom</i> alapján <input type="checkbox"/> <i>a másik fél kötelező gépjármű felelősségbiztosítása lapján</i> fizesse meg részemre a Biztosító.			
3. Kábítószer, alkohol vagy a gépjárművezetést károsan befolyásoló gyógyszer hatása alatt álltam. nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/>			
4. Büntetőjogi felelősségem tudatában és a hatályos jogszabályok értelmében kijelentem, hogy ezen gépjárművel kapcsolatban%-ban jogosult vagyok, Afa visszaigénylésére jogosult vagyok: <input type="checkbox"/> nem vagyok jogosult			
7. Nyilatkozat *			
Jelen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok ahhoz, hogy			
<ul style="list-style-type: none"> 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 kifejezhetem és – kérelmemre – az ott alkalmazott módszerekről tájékoztatást kapjak; a Biztosító a jelen káreseménnyel azonos vagy összefüggő kockázatu események adatainak beszerzése érdekében egy másik biztosítót, szakértő irodát, igazságügyi szakértőt, vagy hatóságot megkeressen, és a szakértői anyagba, káranyagba, rendőrségi, vagy más hatósági iratokba, dokumentumokba betekintszen, 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 AEGON Magyarország Általános 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.			
<i>*amelyik megállapítással nem ért egyet kérjük, húzza ki</i>			
aláírások:			
.....
dátum	vezető	tulajdonos	kárbejelentő lapot átvette
Hol tekinthető meg a jármű? Címe: <input type="text"/>			
Telefonszám:.....		Mobilszám:..... e-mail cím:	
Amennyiben szervizben, úgy annak neve / kapcsolattartója:			
bankszámla száma: <input type="text"/>			