

**AEGON MAGYARORSZÁG ÁLTALÁNOS BIZTOSÍTÓ ZRT.****Gépjármű kárbejelentő**

Baleset ideje: _____ év _____ hó _____ nap _____ óra _____ perc	Helye: _____ ország
lakott területen _____ város/település _____ út/utca _____	hsz/hrszt _____
_____ út _____ km	
A bejelentett Műszaki érvényessé CASCO biztosítással _____ nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/>	Hányadik tulajdonos? _____ A felelősségbiztosító neve: _____ Melyik biztosító társaságnál? _____
A (gép)jármű Ha igen, mely része _____ nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/>	Rajzolja be a gépjárműve jelenlegi sérülését !   
A kárt mikor és _____	
A tulajdonos _____ Telefonszáma: _____	
Címe: _____ E-mail címe: _____	
Bankszámlaszáma: _____	
A (gép)jármű _____ Telefonszáma: _____	
Címe: _____ E-mail címe: _____	
Tulajdonos _____ nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/>	Kinek a javára: _____
Helyszínrajz: _____	
Kérjük, ábrázolja az utcát, utat (név, hszt., km-kód, közeli városok) a két (gép)jármű helyzetét a baleset után, a keréknyomokat, valamint a közlekedési jelzéseket (lámpa, tábla), rendszámokat: _____	
	Részvevő járművek sebessége: A: _____ km/h B: _____ km/h
Káresemé _____	

A másik jármű,			
Forgalmi rendszáma _____	típusa _____	színe _____	_____
Forgalmi rendszáma _____	típusa _____	színe _____	_____
Rendőri intézkedés	nem <input type="checkbox"/>	igen <input type="checkbox"/>	_____ Rendőrkapitányság

Személyi sérülés történt-e?	nem <input type="checkbox"/>	igen <input type="checkbox"/>	Sérültek száma: _____ fő
A baleset során sérült személyek:			
Neve _____	vezető, utas, gyalogos, kerékpáros		könnyű, súlyos, halálos
Lakcím _____			
Neve _____	vezető, utas, gyalogos, kerékpáros		könnyű, súlyos, halálos
Lakcím _____			
A baleset során károsodott-e egyéb tárgy?      nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> Megnevezés: _____			
Tanúk:			
Neve _____	Utas:      nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/>		
Lakcím _____			
Neve _____	Utas:      nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/>		
Lakcím _____			
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 CASCO biztosításom alapján rendezzék.      nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/>			
3. Kábítószer, alkohol vagy a gépjárművezetést károsan befolyásoló gyógyszer hatása alatt álltam.      nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/>			
4. Kijelentem, hogy a hatályos jogszabályok értelmében ezen gépjárművel kapcsolatosan ÁFA visszatérítésre jogosult vagyok      nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/>			
5. Hozzájárulok ahhoz, hogy a kár rendezéséhez szükséges igazolványaimról, engedélyeimről a Biztosító részére fénymásolat készüljön.			
<b>6. Nyilatkozat</b>			
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. 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 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;			
– illetve a kizárólag számítástechnikai eszközzel végrehajtott automatizált adatfeldolgozással érintett személyes jellemzőim értékelésére sor kerülhessen, de azzal a feltétellel, hogy ezzel a pcsolatos álláspontomat kifejezhetem és – kérelmemre – az ott a l alkalmazott módszerekről tájékoztatást kapjak;			
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 ügyrevonatkozó adatokkal rendelkeznek, hogy a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges adatokat az AEGON Magyarország Általános Biztosító Zrt. részére átadják. Totálkárrendezés esetén hozzájárulok a roncs nyilvános – pl. internet, hirdetőújság felhasználásával történő – értékesítéséhez szükséges adatai továbbításához a Biztosítóval szerződéses kapcsolatban álló gazdálkodó szervezet részére azzal, hogy a roncs értékesítéséhez szükséges mértékig azokat kezelje, továbbítsa.			
_____	_____	_____	
dátum	vezető	tulajdonos aláírása	
Hol tekinthető meg a jármű?			
Címe _____	Telefonszám: _____		
_____	Mobilszám: _____		