

Helyszínrajz: kérjük ábrázolja a baleseti szituációt (utcák, irányok, gépjárművek baleset utáni helyzete, esetleges féknyomok, közlekedési jelzések (táblák, lámpák), rendszámok)

Útburkolat: szilárd (aszfalt, beton) nem szilárd (föld, murva)

Útfelület: száraz vizes havas/jeges

Járművek ütközés előtti sebessége:

_____ frsz. _____ km/h

_____ frsz. _____ km/h

Káresemény szöveges leírása, egyéb közöltnivalók: _____

1. Véleménye szerint ki a felelős a balesetért? Én Másik fél Mindketten

2. Kérem, hogy a járművemben keletkezett kárt CASCO biztosításom alapján rendezzék! IGEN NEM

3. Hozzájárulok, hogy a Rend Kft-IHG Zrt. másolatot készítsen a kár rendezéséhez szükséges okmányaimról. IGEN NEM

4. Járművezetést károsan befolyásoló szer (alkohol, kábítószer, gyógyszer stb.) hatása alatt álltam. IGEN NEM

5. Kijelentem, hogy a jogszabályok értelmében a járművel kapcsolatban ÁFA visszatérítésre vagyok jogosult. IGEN NEM

Adószámom: _____

6. Nyilatkozat:

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy az általam megadott adatok és a baleset körülményeire vonatkozó leírásom a valóságnak megfelelnek továbbá, tudomásom szerint a szolgáltatást kizáró ok nem áll fenn. Elfogadom, hogy jelen kárügyben történő kifizetés nem jelenti automatikusan további igények elismerését a Biztosító részéről és a szolgáltatás teljesítéséhez a Biztosító további iratokat, adatokat is bekérhet. Hozzájárulok, hogy a Biztosítási titok- és adatvédelmi törvény előírásainak betartása mellett a fent közölt személyes, különleges és egészségügyi adataimat a Biztosító a káresemény elbírálása során kezelje illetve, hogy a vele szerződéses kapcsolatban álló más gazdálkodó és hivatalos szervezetnek átadja.

Hozzájárulok, hogy a jogszerűen rendelkezésemre álló személyes és különleges adataimat kizárólag a szolgáltatási igény elbírálásához kezeljék a tájékoztató 5. pontjában megjelölt célból és ideig. Továbbá a kizárólag számítástechnikai eszközzel végrehajtott automatizált adatfeldolgozással érintett személyes jellemzőim értékelésére sor kerülhessen azzal a feltétellel, hogy ezzel kapcsolatos álláspontomat kifejezhetem és kérelmemre az alkalmazott módszerekről tájékoztatást kapok, valamint hozzájárulok, hogy a Biztosító a káresemény kapcsán azonos vagy összefüggő kockázatú biztosítást kezelő másik biztosítónál keletkezett, illetve a rendőrségi, vagy más hatósági iratokba betekintsen.

Aláírással felmentem a titoktartás alól azokat az orvosokat és egészségügyi szervezeteket, akik rendelkeznek vizsgálat, vagy kezelés kapcsán rám - vagy más biztosított esetén rá - vonatkozó ismeretekkel, továbbá felhatalmazom azokat az orvosi, társadalombiztosítási, igazgatási szervezeteket, más hatóságokat, amelyek az ügyre vonatkozó adatokkal rendelkeznek, hogy a szolgáltatási igény elbírálásához szükséges adatokat a(z)

_____ Biztosító részére átadják.

Kelt: _____

Átvevő

Járművezető

Tulajdonos