

A másik jármű, valamint további résztvevők:		
Forgalmi rendszáma: _____	típusa: _____	színe: _____
Forgalmi rendszáma: _____	típusa: _____	színe: _____
Rendőri intézkedés történt-e?	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 károsodott-e egyéb tárgy?	nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/>	Megnevezés: _____
Tanúk:		
Neve: _____	Utaz: nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/>	
Lakcíme: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> _____		
Neve: _____	Utaz: nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/>	
Lakcíme: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> _____		
<p>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"/></p> <p>2. Kérem, hogy saját gépjárművemben keletkezett kárt CASCO biztosításom alapján rendezzék. nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/></p> <p>3. Kábítószer, alkohol vagy a gépjárművezetést károsan befolyásoló gyógyszer hatása alatt álltam. nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/></p> <p>4. Kijelentem, hogy a hatályos jogszabályok értelmében ezen gépjárművel kapcsolatosan ÁFA visszatérítésre jogosult vagyok nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/></p> <p>5. Hozzájárulok ahhoz, hogy a kár rendezéséhez szükséges igazolványaimról, engedélyeimről a Biztosító részére fénymásolat készüljön.</p> <p>6. Nyilatkozat</p> <p>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.</p> <p>Jelen nyilatkozat aláírásával az ügyfél hozzájárul ahhoz, hogy a tájékoztató 5. Pontban megjelölt célból és ideig a</p> <ul style="list-style-type: none"> Biztosító ügyfeleként tett bejelentése során közölt, illetve egyéb jogszerűen rendelkezésre álló személyes és különleges adatait 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 jellemzői értékelésére sor kerülhessen, de azzal a feltétellel, hogy ezzel kapcsolatos álláspontját kifejezheti és – kérelmére – az ott alkalmazott módszerekről tájékoztatást kap; valamint a Biztosító a káresemény kapcsán azonos vagy összefüggő kockázatú biztosítást kezelő másik biztosítónál keletkezett, illetve a rendőrségi, vagy más hatósági iratokba betekintsen. <p>Az aláírással az ügyfél felmenti a titoktartás alól azokat az orvosokat és egészségügyi szervezeteket, akik rendelkeznek vizsgálat, vagy kezelés kapcsán az ügyfélre – vagy más biztosított esetén rá – vonatkozó ismeretekkel; továbbá felhatalmazza 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 Rt. részére átadják.</p>		
_____	_____	_____
dátum	vezető	tulajdonos aláírása
Hol tekinthető meg a jármű?		
Címe: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> _____	Telefonszám: _____	
_____	Mobilszám: _____	