

## Gépjármű kárbejelentő adatlap

Kárszám: <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/>				Telefonos bejelentés: <input type="checkbox"/>						
A baleset ideje: év		hó		nap		óra		perc		
Helye: ország		város/település				út/utca		hsz./hrsz.		
Lakott területen kívül:		út		km						
A bejelentett gépjármű rendszáma: <input style="width:20px;" type="text"/> - <input style="width:20px;" type="text"/>		Bérgépkocsi: <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem		Hányadik tulajdonos:		Rendelkezik casco biztosítással? <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem				
		Forgalmi érvényessége: év		hó		nap		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		elől			
20 , hó nap		.....								
20 , hó nap		.....					hátsó			
20 , hó nap		.....			jobb					
Az ábrán nem jelölhető sérülések leírása:										
.....							bal			
.....					jobb					
.....										
Tulajdonos neve:					Telefonszáma (napközben):					
Bankszámlaszáma: <input style="width:20px;" type="text"/> - <input style="width:20px;" type="text"/> - <input style="width:20px;" type="text"/>					Címe: _____		város/település			
							út/utca		hsz./hrsz.	
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, házszámokat, és rajzolja be a közlekedési jelzéseket, féknyomokat!										
Az ütközés pillanatában					Az ütközés után, ahogy megálltak a járművek					
tgk./busz	szgk.	mkp.	kp.	egyéb	elsőbbség ad. köt.	lámpa	zebra	főút	egyir. u.	féknyom
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:	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
Forgalmi rendszám:	típus:	szín:
Forgalmi rendszám:	típus:	szín:
Forgalmi rendszám:	típus:	szín:

Rendőri intézkedés történt-e?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem	rendőrkapitányság részéről
	<input type="checkbox"/> helyszíni bírság	<input type="checkbox"/> rendőri igazolólap	<input type="checkbox"/> feljelentés

Személyi sérülés történt-e?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> 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 társbiztosító a Magyar Posta Biztosító Zrt. részére átadják.
- Hozzájárulok, hogy a Magyar Posta Biztosító Zrt. a (gép)járművem jelen káreseményével összefüggésben a rendőrségi, illetve az ügyészségi 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 sérüléssel kapcsolatosan az egészségi állapotomra vonatkozó különleges adataimat kezelje.

Kelt: \_\_\_\_\_, 20.... év ..... hó ..... nap

Tulajdonos aláírása

Vezető aláírása

Érkeztetési bélyegző:

Átvevő aláírása