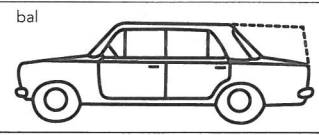
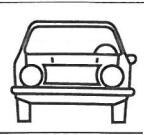
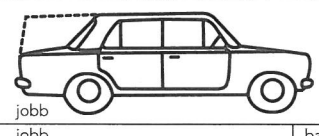
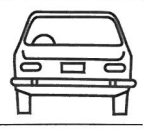
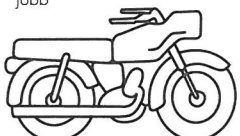
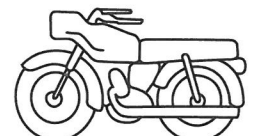
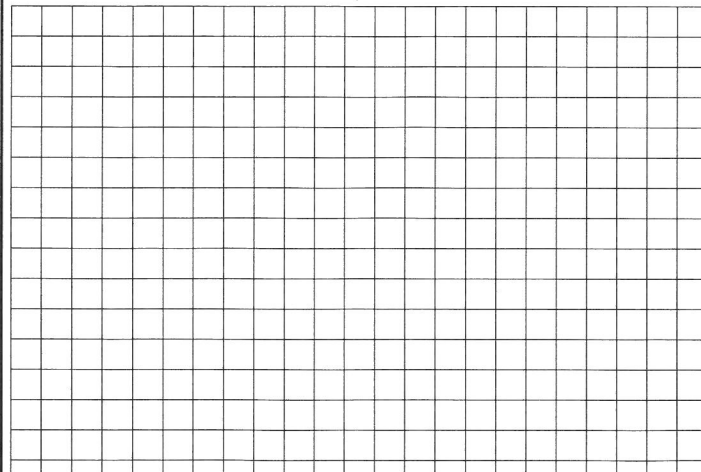
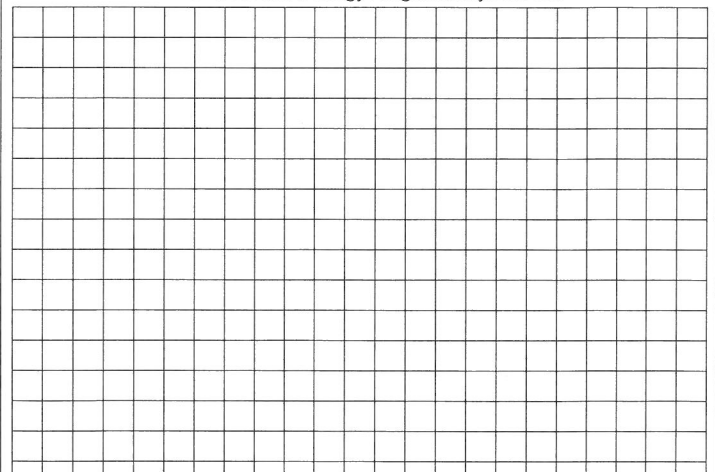


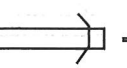










Gépjármű kárbejelentő adatlap

Kárszám: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Telefonos bejelentés: <input type="checkbox"/>	
A baleset ideje: év hó nap óra perc			
Helye: ország		város/település	
Lakott területen kívül: út km		út/utca	
hsz./hrsz.			
A bejelentett gépjármű rendszáma: <input type="text"/> - <input 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 (gépjármű) a (helyszíni) szemle során?			
A (gépjármű)nek volt-e korábbi sérülése? <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem		Jelölje be a (gépjármű)ve jelenlegi és korábbi sérülését!	
Korábbi sérülések időpontja:	Melyik biztosítótársaság rendezte a kárt?	bal	elől
20 , hó nap		
20 , hó nap		
20 , hó nap		
Az ábrán nem jelölhető sérülések leírása:		jobb	hátsó
.....			
.....		jobb	bal
.....			
.....			
Tulajdonos neve:		Telefonszáma (napközben):	
Bankszámlaszáma: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		Címe: _____ város/település	
		út/utca hrsz./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 társbiztosítók 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