



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 <input type="text"/>	_____		
Neve _____	vezető, utas, gyalogos, kerékpáros      könnyű, súlyos, halálos		
Lakcím <input type="text"/>	_____		
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 <input type="text"/>	_____		
Neve _____	Utas:      nem <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/>		
Lakcím <input type="text"/>	_____		
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 kapcsolatos álláspontomat kifejezhetem és – kérelmemre – az ott a alkalmazott módszerekről tájékoztatást kapjak;			
– valamint a Biztosító a káresemény kapcsán azonos vagy összefüggő kockázatú biztosítást kezelő másik biztosítónál keletkezett, illetve a rendőrségi, vagy más hatósági iratokba betekintsen.			
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 <input type="text"/>	_____		Telefonszám: _____
_____	_____		Mobilszám: _____

## MEGHATALMAZÁS

Alulírott (1) ..... gépjármű tulajdonosa meghatalmazom az  
ÜRÖMI – MERCI Kft 2000 Szentendre Szerb Kálvária tér 3., Telephely : 2096 Üröm Kőbánya u.  
18. Javítót, hogy a gépjárművemben keletkezett kárt javítsa és annak összegét a megadott számla  
számra utalja az illetékes kárrendező Biztosító.

Tulajdonos : .....

Címe : .....

Káreset ideje : .....

Rendszám : .....

Gyártmánya : .....

Tipus : .....

Alvázszám : .....

Színe : .....

Kárrendező Biztosító : .....

Ürömi Merci Kft Bank Sz. Sz. : Takaréknk Bank 73611022-00333537

Címe : 2000 Szentendre Szerb Kálvária tér 3.

Adószáma : 24252373-2-13

Meghatalmazás jogosultsága, az illetékes Biztosítónál teljes jogkörrel való ügyintézés, kárfelvétel, pótszemle, egyezség kötése, valamint a keletkezett kár javítása, a szükséges alkatrészek beszerzése, és ennek anyagi vonzata számla ellenében. A meghatalmazott kijelenti, hogy az adatvédelmi törvények értelmében foglaltak szerint kezeli azokat, úgy a meghatalmazó részéről kiadott dokumentumokat, mint az illetékes Biztosító által kibocsájtott dokumentumokat. Az AHE-52400 számú nyomtatványt megkaptam, elolvastam, tudomásul vettem, az adataim kezeléséhez hozzájárultam. Káranyag lezárása után a lezárt káranyagokat úgy tárolom, hogy az idegen kézbe nem kerülhet, majd azt a kötelező tíz éves megőrzés után megsemmisítésre kerülnek. Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti meghatalmazás kiadására jogosult vagyok, és a megadott adatok a valóságnak megfelelnek. Meghatalmazás kiadásával egy időben hozzájárulok a javításhoz, és a javítási költség a Biztosító részéről a megadott Bank számla számra való utalásához. Hozzájárulok, hogy amennyiben az autóm javítása meghaladja a Gazdasági Totálkár határát, abban az esetben a javító részére a teljes körű információt, kárszámítást kiadják, illetve tájékoztassák annak kiszámolt összegéről. Kárkori, roncs, és kifizetés összegéről.

Meghatalmazó : .....

Anyja neve : .....

Szem.ig.sz. : .....

Szül.helye és ideje:.....

.....

Meghatalmazott : .....

P.H.

**Utalás : Takaréknk Bank 73611022-00333537**

I, Tanú : .....

II, Tanú : .....

Címe : .....

Címe : .....

Szem.ig.sz.: .....

Szem.Ig.sz. ....

Kelt: 2020. .... hó. .... nap.