



AIM Általános Biztosító Zrt.  
Népliget Center  
1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11.  
Tel: +36-1-461-05-40  
Fax +36-1-461-05-41  
E-mail: kgfbkar@aiminsurance.eu

Web: www.aiminsurance.eu

Iktatószám  /

Érkezett  -  -

Kárszám  -  -

Tisztelt Ügyfelünk! Kérjük, a káreseményre vonatkozó adatokat pontosan adja meg!

#### Káresemény időpontja:

év:  hó:  nap:  óra:  perc:

A káresemény helye:

ország:  helység:

kerület:  utca:  házsám:

Lakott területen kívül, út:  km:

#### Az Ön(ök) gépjárművének adatai:

Forgalmi rendszám:

Előző forgalmi rendszám:

Gépjármű felelősségbiztosítója:

Gépjármű CASCO biztosítója:

Első forgalomba helyezés időpontja, év:  hó:  nap:

Műszaki vizsga érvényessége, év:  hó:  nap:

Fajtája (mkp, szgk, tgg, autóbusz stb.):

Gyártmány:  Típus:

Alvázsám:

Szín:

Gyártási év:  Hengerűrtartalom:  cm<sup>3</sup>:

Üzemanyag fajtája  benzin  gázolaj  gáz  egyéb

Van-e a gépjárművön elidegenítési tilalom, tulajdonjogi korlátozás, vagy egyéb terhelés  igen  nem kedvezményezett:

Volt-e a gépjárműnek korábbi sérülése?  igen  nem

Ha igen, melyik biztosítónál jelentette be?

Korábbi sérülésekben a jármű mely része sérült?

#### A káreseményben résztvevő másik jármű:

Gyártmány:  Típus:

Tulajdonos neve:

Címe:

Járművezető neve:

Címe:

Gépjármű felelősségbiztosítója:

Felelősségbiztosítás kötvényszáma:

#### Látási és útviszonyok a baleset pillanatában (szükség szerint több X is tehet):

Látási viszonyok:  normál nappali  borult nappali  szürkület  sötétség  köd  eső  hóesés

Burkolat minősége:  aszfalt  beton  kockakő  keramit  föld

Út felülete:  száraz  nedves  sáros  vizes  latyakos  havas  jeges

#### Tulajdonos adatai:

Neve:

Címe, helység:

kerület:  utca:  házsám:

E-mail cím:

Telefon:  Születési dátum, év:  hó:  nap:

Bankszámlaszám:

Hányadik tulajdonosa a gépjárműnek?

#### Üzembentartó adatai (ha eltér a tulajdonostól):

Neve:

Címe, helység:

kerület:  utca:  házsám:

E-mail cím:

Telefon:  Születési dátum, év:  hó:  nap:

Bankszámlaszám:

#### Vezető adatai:

Neve:

Címe, helység:

kerület:  utca:  házsám:

E-mail cím:

Telefon:  Születési dátum, év:  hó:  nap:

Jogosítvány száma:

Kategória:  Érvényessége, év:  hó:  nap:

#### További résztvevők:

Forgalmi rendszám:  Gyártmány/típus:  Szín:

#### Történt-e hatósági intézkedés?

Igen, a (megyei, városi, kerületi):

rendőrség részéről,  helyszíni bírság  feljelentés

nem

Baleset során megsérült:

Név:	<input type="checkbox"/> vezető	<input type="checkbox"/> utas	<input type="checkbox"/> gyalogos
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
Lakcím:	<input type="checkbox"/> könnyű	<input type="checkbox"/> súlyos	<input type="checkbox"/> halálos

**Helyszínrajz:** Kérjük ábrázolja a káresemény helyszínét! Írja be az utcaneveket, rendszámokat és rajzolja be a közlekedési jelzéseket, féknyomokat!

Az ütközés pillanatában:

Az ütközés után, ahogy megálltak a járművek:

tgk, busz	szgk.	mkp.	kp.	egyéb	elsőbbségadás kötelező	lámpa	egyirányú utca	főút	zebra	féknyom

**Káresemény:**

Gépjárművének haladási sebessége a baleset előtt, (fékezés előtt) km/óra:	Káresemény leírása:

**Helyszíni szemle esetén:**

A gépjármű megtekinthető:		
Kontakt személy neve:	Címe:	Telefonszáma:

**Egyéb megjegyzések és kiegészítések:**


**Nyilatkozatok:**

Kijelentem, hogy a fent közölt adatok a valóságnak megfelelnek. A biztosításom a káresemény időpontjában érvényes volt, valamint kártérítést kizáró ok nem állt fenn, továbbá a korábbi sérüléseket feltüntettem.

Jelen sérüléssel kapcsolatban javítási, értékcsökkenési vagy egyéb kártérítést más biztosítótól nem vettem fel.

Meghatalmazom a biztosítót, hogy jelen káreseménnyel kapcsolatos hivatalos iratokba betekintszen, és beleegyezem, hogy azokból másolati példányt kapjon.

Megítélésem szerint a káreseményért felelős:	Jogosult-e áfa visszatérítésre a károsult gépkocsival kapcsolatban?
<input type="checkbox"/> Egészében saját	<input type="checkbox"/> Jogosult vagyok
<input type="checkbox"/> Részben saját magam	<input type="checkbox"/> Nem vagyok jogosult
<input type="checkbox"/> Egészében másik fél	
<input type="checkbox"/> Egyéb	

**Tanúk 1.**

Név:	Utás: <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
Cím:	
Járművezető aláírása:	

**2.**

Név:	Utás: <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
Cím:	
Tulajdonos aláírása (közületek esetén cégszerűen):	

Kelt:	év:	hó:	nap:
-------	-----	-----	------