



## Azonnali, helyszíni Casco-s kárfelvétel

1107 Bp. Szállás u. 19. – 260-0102, 262-9333, 40/200-839

### Megbízás (meghatalmazás)

Alulírott: \_\_\_\_\_

Cím: \_\_\_\_\_ telefonszám: \_\_\_\_\_

Típusú: \_\_\_\_\_ rendszámú: \_\_\_\_\_

finanszírozó pénzüintézet, ha a törzskönyv nem áll rendelkezésre: \_\_\_\_\_

bankszámla (túlfizetés esetén, ide kérem utalni az összeget): \_\_\_\_\_  
gépkocsi tulajdonosa, üzembenartója, meghatalmazom és megbízom a Pilkington AGR Hungary KFT (1107 Bp., Szállás utca 19.)  
a fenti gépkocsi üvegkárával kapcsolatos, teljes körű biztosítási ügyintézésével és a sérült üveg javításával.

Kijelentem, hogy a hatályos jogszabályok értelmében jelen gépkocsi esetén Áfa visszaigénylésre:  jogosult vagyok.  
 nem vagyok jogosult.

A javítás tekintetében a Pilkington AGR Hungary KFT az Audatex javítási kalkuláció (Audatex Magyarország Kft. által kiadott hivatalos program) által megadott javítási összeget jogosult velem szemben érvényesíteni.

Hozzájárulok, hogy \_\_\_\_\_  
biztosító a kárral kapcsolatos kifizetést közvetlenül a Pilkington AGR Hungary KFT  
MKB Bank: 10300002-10425081-49020013 számú folyószámlájára utalja.

Továbbá hozzájárulok, hogy amennyiben a gépkocsin elidegenítési tilalom van, (törzskönyv nem áll rendelkezésemre), úgy a finanszírozó pénzüintézetnél a Pilkington AGR Hungary KFT, kifizetési engedély ügyintézésében a nevemben, teljes jogkörben eljárjon.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben a gépkocsin banki elidegenítési tilalom van, és a finanszírozó pénzüintézet bármely okból megtagadja a kifizetési engedély kiadását. Illetve nekem, mint ügyfélnek felróható egyéb hibából, mulasztásból eredően, a biztosító társaság részben, vagy egészben nem egyenlíti ki a javítási számla, biztosítóra eső részét, úgy ezt a hiányzó összeget köteles vagyok a Pilkington AGR Hungary KFT vagy a munkát elvégző alvállalkozója részére haladéktalanul megtéríteni. Elfogadom, hogy késedelmes teljesítés esetén a jegybanki alapkamat kétszeresét vagyok köteles megfizetni. Jelen jogviszonyból eredő vitás kérdések vonatkozásában – hatáskörtől függően – a Pesti Központi Kerületi Bíróság vagy a Fővárosi Bíróság kizárólagos illetékességét elfogadom.

Budapest 201 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Meghatalmazó  
(cégeknél, csak aláíró által)

A meghatalmazást, a megbízást és a kizárólagos illetékességet elfogadom.

PILKINGTON AGR HUNGARY KFT  
1107 Budapest, Hóag u. 14.  
MKB Bank: 10300002-10425081-49020013  
Adószám: 11132787-2-42  
Pilkington AGR Hungary KFT

Előttünk, mint tanúk előtt:

Név (olvasható): \_\_\_\_\_

Név (olvasható): \_\_\_\_\_

Cím: \_\_\_\_\_

Cím: \_\_\_\_\_

Szig.szám: \_\_\_\_\_

Szig.szám: \_\_\_\_\_

Aláírás: \_\_\_\_\_

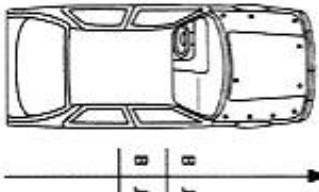
Aláírás: \_\_\_\_\_

AEGON MAGYARORSZÁG ÁLTALÁNOS BIZTOSÍTÓ ZRT.  
Gépjármű kárbejelentő

Baleset ideje: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap \_\_\_\_ óra \_\_\_\_ perc Helye: \_\_\_\_\_ ország  
 \_\_\_\_\_ város/település \_\_\_\_\_ út/utca \_\_\_\_\_ hsz/hrszt  
 lakott területen kívül: \_\_\_\_\_ út \_\_\_\_\_ km

A bejelentett gépjármű forgalmi rendszáma: \_\_\_\_\_ Hányadik tulajdonos? \_\_\_\_\_  
 Műszaki érvényessége: \_\_\_\_\_ A felelősségbiztosító neve: \_\_\_\_\_  
 CASCO biztosítással rendelkezik-e? nem igen Melyik biztosító társaságnál? \_\_\_\_\_









A (gépjármű)vének volt-e korábbi sérülése? nem igen  
 Ha igen, mely része sérült a járműnek?  
 \_\_\_\_\_  
 A kárt mikor és melyik biztosító társaságnál rendezte?  
 \_\_\_\_\_

Rajzolja be a gépjárműve jelenlegi sérülését !  


A tulajdonos neve: \_\_\_\_\_ Telefonszáma: \_\_\_\_\_  
 Címe: [ ] [ ] [ ] [ ] \_\_\_\_\_ E-mail címe: \_\_\_\_\_  
 Bankszámlaszáma: [ ]  
 A (gépjármű)vezető neve: \_\_\_\_\_ Telefonszáma: \_\_\_\_\_  
 Címe: [ ] [ ] [ ] [ ] \_\_\_\_\_ E-mail címe: \_\_\_\_\_

Tulajdonjog korlátozás (pl. hitel) nem igen Kinek a javára: \_\_\_\_\_

Helyszínrajz:  
 Kérjük, ábrázolja az utcát, utat (név, hszt., km-kő, közeli városok) a két (gépjármű) helyzetét a baleset után, a keréknnyomokat, valamint a közlekedési jelzéseket (lámpa, tábla), rendszámokat:

tgk., busz	
szgk.	
mkp.	
kerékpár	
elsőbbség-adás köt.	
főút	
lámpa	
egyirányú utca	

Résztevő járművek sebessége:  
 A: \_\_\_\_\_ km/h  
 B: \_\_\_\_\_ km/h

Káresemény leírása (egyéb közölnivalók):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

A másik jármű, valamint további részttevők:  
 Forgalmi rendszáma: \_\_\_\_\_ típusa \_\_\_\_\_ színe \_\_\_\_\_  
 Forgalmi rendszáma: \_\_\_\_\_ típusa \_\_\_\_\_ színe \_\_\_\_\_

Rendőri intézkedés történt-e? nem igen \_\_\_\_\_ Rendőrkapitányság

Személyi sérülés történt-e?	nem	igen	Sérültek száma: _____ fő
A baleset során sérült személyek:			
Neve _____			vezető, utas, gyalogos, kerékpáros      könnyű, súlyos, halálos
Lakcím <input style="width: 50px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	_____		
Neve _____			vezető, utas, gyalogos, kerékpáros      könnyű, súlyos, halálos
Lakcím <input style="width: 50px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	_____		
A baleset során károsodott-e egyéb tárgy?      nem      igen      Megnevezés: _____			
Tanuk:			
Neve _____			Utas:      nem      igen
Lakcím <input style="width: 50px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	_____		
Neve _____			Utas:      nem      igen
Lakcím <input style="width: 50px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	_____		
1. Ön szerint ki a felelős a balesetért (káreseményért)?	én / saját gépjárművem vezetője	a másik fél	mindketten
2. Kérem, hogy saját gépjárművemben keletkezett kárt részemre a Biztosító.	casco biztosításom alapján	a másik fél kötelező gépjármű felelősségbiztosítása alapján fizesse meg	
3. Kábítószer, alkohol vagy a gépjárművezetést károsan befolyásoló gyógyszer hatása alatt álltam.		nem	igen
4. Kijelentem, hogy a hatályos jogszabályok értelmében ezen gépjárművel kapcsolatosan ÁFA visszatérítésre jogosult vagyok		nem	igen
5. Hozzájárulok ahhoz, hogy a kár rendezéséhez szükséges igazolványaimról, engedélyeimről a Biztosító részére fénymásolat készüljön.		nem	igen
6. A gépjárművemben keletkezett kár végleges megtérítéseként elfogadom a Biztosító által kalkulált összeget		nem	igen
7. A javítás elvégzése után benyújtandó számla alapján kérem a gépjárművemben keletkezett kár megtérítését		nem	igen
8. Nyilatkozat			
<p>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.</p> <p>Jelen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok ahhoz, hogy a</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 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;</li> <li>– 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;</li> <li>– valamint a Biztosító a káresemény kapcsán azonos vagy összefüggő kockázatú biztosítást kezelő másik biztosítónál keletkezett, illetve a rendőrségi, vagy más hatósági iratokba betekintsen.</li> </ul> <p>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.</p>			
_____	_____	_____	
dátum	vezető	tulajdonos aláírása	
Hol tekinthető meg a jármű?			
Címe <input style="width: 50px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>			Telefonszám: _____
			Mobilszám: _____