










Gépjárműbiztosítási kárbejelentő

Káresemény ideje:	dátum:									óra				perc				
Káresemény helyszíne:																		

A tulajdonos neve:																	
Bejelentett gépjármű rendszáma:					Gépjármű típusa:					Színe:							
Kapcsolattartó neve:																	
Kapcsolattartó telefonszáma:					E-mail címe:												
Hol tekinthető meg a gépjármű?																	
Bankszámla szám (opcionálisan megadható):																	

TOTÁLKÁR ESETÉN KIFIZETÉSRE JOGOSULT																	
Név:																	
Bankszámla szám:																	

KÁRESEMÉNY LEÍRÁSA: (pl.: Gépjárművem bal elejével oszlopnak ütköztem, vagy Túl szűk fordulás közben az autó jobb oldalával garázsajtónak ütköztem.)																	

KÁRESEMÉNY VÁZLAT RAJZ:																		
Kérjük felülnézetből rajzoljon, út és tereptárgyak jelölésével, a jármű haladási irányával											Gépjárművének haladási sebessége a baleset előtt (fékezés előtt): <input type="text"/> km/óra						A másik jármű kb. sebessége: <input type="text"/> km/óra	
Rendőrségi intézkedés történt:		<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem ha igen: <input type="checkbox"/> feljelentés <input type="checkbox"/> helyszíni bírság Eljáró területileg illetékes kapitányság:																

VEZETŐ ADATAI:

Név:		Telefonszám:	
Jogosítvánnyal rendelkezem:		Érvényessége:	
Alkohol, kábítószer, a gépjármű vezetését befolyásoló szer hatása alatt álltam:		Száma:	

KITÖLTÉS CSAK GFB ESETÉN / ILLETVE HA VOLT MÁSIK RÉSZTVEVŐ:

Másik résztvevő rendszám:		Gépjármű típusa:		Színe:	
Tulajdonos (vezető) neve:		Telefonszáma:			

Alulírott **kijelentem**, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy a szolgáltatás teljesítéséhez a Biztosító a jelen bejelentőn szereplő adatokon, iratokon kívül további iratokat, adatokat is bekérhet. Ezúton **kijelentem**, hogy a biztosítási szerződéssel kapcsolatos, valamint a hozzájuk kapcsolódó személyes adatokat kezelő szerveket, intézményeket, illetőleg hatóságokat a CIG Pannónia Első Magyar Általános Biztosító Zrt.-vel szemben, a Biztosító szolgáltatásához szükséges mértékben a titoktartás alól felmentem. Kötelezettséget vállalok arra, hogy szükség esetén a szolgáltatási igény jogosságának elbírálásához szükséges tény vagy adat igazolására szolgáló dokumentumot a Biztosító rendelkezésére bocsátom.

Kijelentem, hogy a Biztosító adatkezelésével kapcsolatos részletes tájékoztatást a biztosítási feltételekben vagy a www.cigpannonia.hu/adatvedelem oldalon megismertem. Az Adatkezelési tájékoztató a Biztosító Ügyfélszolgálatán (Népliget Center Business Center, 1097 Budapest, Könyves Kálmán krt. 11. B épület földszint) szintén elérhető.

Kelt: _____ 20 | | év | | hó | | nap |

Vezető aláírása_____
Tulajdonos (meghatalmazott)
aláírása

Érvényes: 2023. október 16.

Ügyfélszolgálat: CIG Pannónia Első Magyar
Általános Biztosító Zrt.**levelezés:** 1476 Budapest, pf. 325.
e-mail: gepjarmukar@cig.eu**telefon:** +36-1-5-100-100
telefax: +36-1-209-9007