



Kárigény nyomtatvány

„B” rész 1/1

FONTOS INSTRUKCIÓK A BIZTOSÍTOTT RÉSZÉRE:

- A feltételek, amelyek a nyomtatványban használatosak, összhangban vannak a vonatkozó GAP szerződéssel illetve GAP Biztosítás Általános és Különös feltételeivel.
- A „B” jelű nyomtatvány kitöltése, aláírása és eljuttatása szükséges a biztosítóhoz az elsődleges biztosító kifizetése alapján minden a biztosító által kért vonatkozó dokumentumokkal együtt.
- Kérjük tölts ki minden részét a nyomtatványnak és bizonyosodjon meg, hogy az összes szükséges információ helyes. Ha szükséges készítsen és jelöljön csatolmányokat további információkkal.
- Nem teljesen kitöltött vagy a Biztosított által nem aláírt nyomtatványt a biztosító nem tudja befogadni. A kárigény kivizsgálása a teljesen kitöltött és a Biztosított által aláírt nyomtatvány biztosítóhoz való benyújtása után kezdődik.

Szerződésszám		Kárszám (lásd a Regiszt. levélben)	
Biztosított adatai		Levelezési cím	
Név		Utca	
Szül.dátum v. szem. szám		Házszaám	
Kapcsolattartó személy (*)		Város	
Telefon		Irányítószám	
E-mail		Ország	

(*) Ha biztosított jogi személy, részletezze a felelős személyt, aki ezt a kárbejelentőt kitöltötte (megbízott vagy természetes személy meghatalmazás alapján eljárhat).

Elsődleges kártérítés (Casco, KGFB) részletei

Elsődleges biztosító neve		A jármű értéke	
Biztosítás típusa (CASCO, KGFB, stb.)		Biztosító kárkifizetése	
Kárkifizetés csökkentésének oka (ha volt ilyen)		Kárkifizetés csökkentése (ha volt ilyen)	
Önrész - megtéríthető egyéb biztosításból?		Önrész összege	
Ha IGEN, kérjük részletezze (felelősség, stb.)		Egyéb kártérítések (**)	
Roncs vevőjének neve		Roncs ára (elsődleges biztosító)	
Kapcsolat a roncs vevőjéhez (telefon, email,...)		Roncs ára (vonatkozó értékesítési dokumentum alapján)	

(**) Kérjük tüntesse fel az összeget, amit kapott vagy feltételezhetően kap egyéb biztosítótól vagy harmadik személyektől a kárral kapcsolatban.

GAP kárkifizetési részletek (a kártérítést az alábbi bankszámlaszámra fogjuk fizetni)

Kifizetési akadályoztatás - finanszírozó neve		Bankszámlaszám	
Kifizetési akadályoztatás - bankszámlaszám		Bankszámla tulajdonosa	

Egyéb információ a biztosítónak

--

NYILATKOZAT

Én, mint alább aláíró Biztosított kijelentem, hogy minden a kárigénnyel kapcsolatos információ ezen az űrlapon, beleértve az összes csatolmányt, nyilatkozatot, véleményt és publikációt igaz és teljes.

Kijelentem azt is, hogy tudatában vagyok a Biztosított és a Biztosító kötelezettségeinek elrendezendő a kárigényt a vonatkozó törvényi szabályozással, szerződéssel és a biztosítási feltételekkel összhangban (különösen a Biztosított együttműködésével kapcsolatban a kár kivizsgálásakor, stb.).

Bejelentő kitöltési dátuma		Aláírás (Biztosított vagy meghatalmazott személy)	
----------------------------	--	---	--

A kitöltött és aláírt űrlapot a fenti címre kérjük megküldeni.