



# RÉSZTVEVŐI NYILATKOZAT

Baleset adatai	A baleset ideje:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	év/hó/nap	<input type="text"/>	<input type="text"/>	óra/perc
	A baleset helye:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		ország	város	kerület	út/utca		hátszám, hrs.	
	Lakott területen kívül:	<input type="text"/>	út	<input type="text"/>	km			
	Az Ön gépjárművének forgalmi rendszáma:	<input type="text"/>						
	Járműszerelvény esetén a pótkocsi forgalmi rendszáma:	<input type="text"/>						
	A gépjármű-tulajdonos	neve:	<input type="text"/>					
		címe:	<input type="text"/>					
	A gépjárművezető	neve:	<input type="text"/>					
		címe:	<input type="text"/>					
Milyen minőségben vezette a gépjárművet: (kérjük, szíveskedjen az igazoló dokumentumot is csatolni, pl. kölcsönadási szerződés stb.):	<input type="text"/>							

Baleset adatai	<b>A balesetben részes másik gépjármű(vek) adata(i):</b> (Járműszerelvény esetén a pótkocsikat külön sorban kérjük feltüntetni)		
	Forgalmi rendszám	Típus	Sérülések leírása
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

A balesetben résztvevők adatai	Történt-e személyi sérülés: <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Név</th> <th>Cím, telefonszám</th> <th>Sérülés</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	Név	Cím, telefonszám	Sérülés	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Név	Cím, telefonszám	Sérülés										
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
Tanú 1. neve: <input type="text"/>													
címe: <input type="text"/>													
Tanú 2. neve: <input type="text"/>													
címe: <input type="text"/>													

Egyéb adatok	Casco biztosítással rendelkeznek: <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen, <input type="text"/> biztosítónál
	Rendőri intézkedés történt? <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen, a <input type="text"/> R.-kap. részéről <input type="checkbox"/> helyszíni bírság <input type="checkbox"/> feljelentés

Gépjármű	Szükség esetén pontosan hol tekinthető meg a gépjármű:
	Cím: <input type="text"/>
	Telefon: <input type="text"/> E-mail: <input type="text"/>

