

Kárszám:

| A. KÁRADATOK | |
|--|---|
| A károkozó | Neve: Telefonszáma, amelyen napközben elérhető: |
| | Levelezési címe: irányítószám / helység / út, utca / házsám / emelet, ajtó |
| | Születési hely, idő |
| | Anyja neve: Adóazonosító jel: |
| A károsult | Neve: |
| A káresemény | Helye: irányítószám / helység / út, utca / házsám / emelet, ajtó |
| | Időpontja:évhónapóra |
| A kár keletkezésének oka, lefolyásának rövid leírása, károsodás mértéke: | |
| A kár elhárítása, enyhítése érdekében tett intézkedések: | |
| B. NYILATKOZAT | |
| Az okozott károkra fedezetet nyújtó otthonbiztosítási szerződéssel: | |
| <input type="radio"/> rendelkezem*, a Biztosítónál, melynek szerződésszáma: <input type="radio"/> nem rendelkezem*. | |
| Az okozott károkra fedezetet nyújtó lakóközösség-biztosítási szerződéssel: | |
| <input type="radio"/> rendelkezem*, a Biztosítónál, melynek szerződésszáma: <input type="radio"/> nem rendelkezem*. | |

Alulírott jelen nyilatkozat aláírásával nyilvánítom ki arra vonatkozó önkéntes és határozott hozzájárulásomat, hogy a szerződést kezelő biztosítótársaság a fenti biztosítási szerződéseimre vonatkozó biztosítási titoknak minősülő adataimat – a Ptk. 6:468§-ában rögzített joga érvényesítése céljából – a Colonnade Insurance S.A. Magyarországi Fióktelepe részére átadja.

Kijelentem, hogy nyilatkozatom tartalma a valóságnak mindenben megfelel.

Kelt:évhónap

*a megfelelő rész aláhúzendó

.....
a károkozó aláírása