

Munkavállalói felelősségbiztosítás

Mezőgazdasági, Erdészeti, Élelmiszeripari és
Vízügyi Dolgozók Szakszervezete

Kollektív munkavállalói felelősségbiztosítására



Generali-Providencia Biztosító Zrt.
1066 Budapest, Teréz krt. 42-44.

Kötvényszám: 95505364378921600

Kérjük szíveskedjen a Felelősségbiztosítási Kárbejelentőt olvashatóan kitölteni, aláírni és a csatolni kért iratokkal elektronikus úton a MEDOSZ vagy a biztosításközvetítő alábbi elérhetőségeire megküldeni: medgyesi.judit@medosz.hu, terbe.alajos@gmail.com.

Szíves közreműködését köszönjük!

Biztosított adatai	Kötvényszám: _____
Biztosított neve: _____	Telefon/Fax: _____
Címe: □□□□ _____	E-mail: _____

Károsult munkáltató adatai	Telefon/fax: _____
Munkáltató neve: _____	E-mail: _____
Munkáltató címe: □□□□ _____	

Káresemény adatai	Volt-e hasonló káresemény? <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen
Káresemény időpontja: □□□□ □□ □□	Káresemény észlelésének időpontja: □□□□ □□ □□
Káresemény helye, címe: □□□□ _____	Ha igen, mikor? □□□□ □□ □□
Káresemény rövid leírása: _____	
Tanúk neve és címe: _____	
Történt-e hatósági intézkedés? <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen, a _____ hatóság részéről.	
Megítélésem szerint a káreseményért felelős: <input type="checkbox"/> egészében a biztosított <input type="checkbox"/> részben a biztosított	
<input type="checkbox"/> egészében a károsult <input type="checkbox"/> egyéb, azaz _____	
Van-e erre a káreseményre érvényes biztosítása más biztosítónál? <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen, a _____ biztosítónál.	Kötvényszám: _____

Kárigény részletezése:	
<i>Kérjük szíveskedjen a személyi sérülést, illetve a károsodott tárgyakat részletesen leírni, a kár összegét – lehetőleg pontosan – meghatározni.</i>	
Kár fajtája: <input type="checkbox"/> személysérüléssel kár <input type="checkbox"/> dologi kár	
Károsodott tárgyak felsorolása és a kár összege: _____	_____ Ft.
_____	_____ Ft.
_____	_____ Ft.
Személyi sérülés leírása: _____	

A sérelemmel kapcsolatban felmerült indokolt költségek: _____	_____ Ft.
_____	_____ Ft.
_____	_____ Ft.
Egyéb kár: _____	_____ Ft.
_____	_____ Ft.

Kártérítés fizetése: <input type="checkbox"/> biztosított munkavállalónak (ha a munkáltató már a bérből levonta) <input type="checkbox"/> károsult munkáltatónak
Kártérítés fizetésének módja: <input type="checkbox"/> postai úton <input type="checkbox"/> átutalással
Számlatulajdonos neve: _____ bankszámlaszám: _____

A kárbejelentéshez szíveskedjen másolatban csatolni az alábbi dokumentumokat:

- a munkáltatóval történt levélváltást a káreseménnyel kapcsolatban,
- a káreseménnyel kapcsolatban indult hatósági eljárás iratait (pl. jegyzőkönyv, határozat)
- vagyoni igényre vonatkozó bizonyítékokat (pl. számlák), - a személyi sérüléssel összefüggő orvosi dokumentációt a jelen állapotra vonatkozó friss, ellenőrző vizsgálati lelettel együtt,
- munkaszerződést, a munkáltató kártérítésre kötelező határozatát, a kollektív szerződés kártérítésre vonatkozó részét (amennyiben a munkáltatónál hatályban van).
- a kárösszeg munkavállalói bérből történő levonásának igazolását (amennyiben a munkáltató már levonta a bérből a kárt)

Nyilatkozat	
Személyi sérüléssel kapcsolatos jogvita esetén felhatalmazom a kezelésemet ellátó orvosokat, hogy sérüléssel, betegséggel kapcsolatosan a Generali-Providencia Biztosító Zrt. részére minden felvilágosítást megadjanak, orvosi dokumentációmat átadják.	
Hozzájárulok, hogy a kárrendezési eljárás során a biztosító a kárbejelentő lap, csatolt iratok és a kárrendezési eljárás egyéb iratait a Ptk. 544. § /1/ bek. alapján – ellenőrizze és külső szakértőnek e célból átadja.	
Elfogadom, hogy amennyiben a szükséges felvilágosítás elmaradása miatt a biztosítási esemény és a biztosítási szolgáltatás megtétele szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlené válnak, a biztosító nem köteles szolgáltatását teljesíteni.	
Dátum: _____	Aláírás: _____ Kárbejelentőt kitöltötte: _____
	Biztosított munkavállaló (ha nem azonos a biztosítottal)