

# Generali Kollektív felelősségbiztosítási kárbejelentő

Mezőgazdasági, Erdészeti, Élelmiszeripari, Vízügyi és Vendéglátó Dolgozók Szakszervezete (MÉDOSZ)  
csoporthoz tartozó munkavállalói felelősségbiztosítására



Generali Biztosító Zrt. • Telefonos ügyfélszolgálat: +36 1 452 3333 • [general.hu/kapcsolat](http://general.hu/kapcsolat)

**Kérjük szíveskedjen a Felelősségbiztosítási kárbejelentőt olvashatóan kitölteni, aláírni és a csatolni kért iratokkal a MÉDOSZ vagy a biztosításközvetítő alábbi elérhetőségére megküldeni: [titkarsag@medosz.hu](mailto:titkarsag@medosz.hu).**

## Szerződő adatai

Név: **Mezőgazdasági, Erdészeti, Élelmiszeripari, Vízügyi és Vendéglátó Dolgozók Szakszervezete (MÉDOSZ)**

Kötvényszám: **95505364378921600**

## Biztosított adatai

Név: .....

Cím: .....

Telefon/fax: ..... Email cím: .....

## Károsult munkáltató adatai

Munkáltató neve: .....

Munkáltató címe: .....

Telefon/fax: ..... Email cím: .....

## Káresemény adatai

Időpontja: ..... Észlelésének időpontja: .....

Volt-e hasonló káresemény?  nem  igen Ha igen, mikor? .....

Káresemény helye, címe: .....

Káresemény rövid leírása: .....

Tanúk neve és címe: .....

Történt-e hatósági intézkedés?  nem  igen, a ..... hatóság részéről.

Megítélésem szerint a káreseményért felelős:  egészében a biztosított  részben a biztosított  egészében a károsult

egyéb, azaz .....

Van-e erre a káreseményre érvényes biztosítása más biztosítónál?

nem  igen, a ..... biztosítónál. Kötvényszám: .....

## Kárigény részletezése

Kérjük szíveskedjen a személyi sérülést, illetve a károsodott tárgyakat részletesen leírni, a kár összegét – lehetőleg pontosan – meghatározni.

Kár fajtája:  személysérüléssel kár  dologi kár  tisztán vagyoni kár

Károsodott tárgyak felsorolása és a kár összege: ..... Ft

..... Ft

..... Ft

Személyi sérülés leírása: .....

.....

A sérelemmel kapcsolatban felmerült indokolt költségek: ..... Ft

..... Ft

Egyéb kár: ..... Ft

..... Ft

**Kártérítés fizetése** biztosított munkavállalónak (ha munkáltató már a bérből levonta) károsult munkáltatónak

Kifizetés címzettje:

 **magánszemély**

neve: .....

születési ország: ..... születési hely: .....

születési dátum: ..... anyja neve: .....

címe: .....

állampolgársága: .....

 **cég (jogi személy)**

neve: .....

székhelye: .....

adószáma: ..... cégforma (ha a névből nem derül ki): .....

cégbejegyzés országa: .....

Kártérítés fizetésének módja:  postai úton  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).

**Szerződő nyilatkozata**

Szerződő alulírott képviselőjeként a nyilatkozat aláírásával igazolom, hogy a jelen kárbejelentésben károkozóként megjelölt biztosított szervezetünkkel tagsági jogviszonyban/munkaviszonyban állt a károkozás időpontjában.

Kijelentem továbbá, hogy az általam leírt tények és adatok teljes körűek és a valóságnak megfelelnek.

Elfogadom, hogy amennyiben a biztosított nem áll a biztosítási esemény bekövetkezésének időpontban tagsági jogviszonyban / munkaviszonyban szervezetünkkel, illetve nem adjuk meg a szükséges felvilágosítást a jogviszony fennállásával kapcsolatban vagy nyilatkozatunk nem felel meg a valóságnak, a biztosító nem köteles szolgáltatását teljesíteni, a már teljesített szolgáltatást pedig a biztosítónak vissza kell fizetni.

Kelt: .....

.....  
Szerződő (cégszerű) aláírása

## Adatkezelés

**A személyes adatok kezelője** a Generali Biztosító Zrt. (székhelye: 1066 Budapest, Teréz körút 42-44.)

### Az adatkezelés céljai:

- a biztosítási szerződés nyilvántartása, állományban tartása;
- a biztosítási szerződésből származó igények, követelések megítélése, elbírálása;
- a biztosítási veszélyközösség megóvása érdekében a biztosítási szerződésekkel kapcsolatos visszaélések megelőzése és megakadályozása;
- a pénzmosás és terrorizmus finanszírozásának a megelőzése és megakadályozása, nemzetközi szankciós rendelkezések betartása, adóügyi illetőség megállapítása, amennyiben a biztosítási szerződés életbiztosítási kockázatot is tartalmaz;
- a terrorizmus finanszírozásának a megelőzése és megakadályozása, nemzetközi szankciós rendelkezések betartása, amennyiben a biztosítási szerződés kizárólag nem-életbiztosítási kockázatot tartalmaz;
- panaszok kezelése.

### Az Önt megillető jogok a személyes adatai kezelésével kapcsolatban

Ön jogosult arra, hogy az adatkezelőtől visszajelzést kapjon arra vonatkozóan, hogy személyes adatainak a kezelése folyamatban van-e, és arra, hogy a személyes adataihoz hozzáférést kapjon. Ön kérheti a személyes adatainak a helyesbítését, valamint a jogszabályban meghatározott esetekben azok törlését, adatai kezelésének a korlátozását, illetve Ön élhet az adathordozhatósághoz való jogával. Ha az adatkezelés az Ön által adott hozzájáruláson alapul, akkor Ön jogosult a hozzájárulását bármikor visszavonni.

Ön jogosult tiltakozni az Önre vonatkozó személyes adatok közvetlen üzletszerzési céllal történő, vagy jogos érdeken alapuló kezelésével szemben. Amennyiben Önnek a személyes adataival kapcsolatos, panaszát, kérelmeit nem sikerült megnyugtató módon rendezni, vagy az Ön megítélése szerint az Önre vonatkozó személyes adatok kezelése jogsértő, Ön a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnál jogosult bejelentést tenni. Személyes adatainak a védelméhez fűződő jogainak a megsértése esetén Ön jogosult bírósághoz fordulni.

### Részletesebb tájékoztatás a személyes adatok kezeléséről

A fenti céllal történő adatkezelésekről, az igénybe vett adatfeldolgozókról, a személyes adatok kezelésével kapcsolatos jogokról és jogorvoslati lehetőségekről további részletes tájékoztatást a biztosító adatkezelési tájékoztatójában talál.

**Az adatkezelési tájékoztató a generali.hu oldal alján található „Adatkezelés” menüpontból érhető el.**

## Nyilatkozat

Kijelentem, hogy az általam leírt tények és adatok teljes körűek és a valóságnak megfelelnek.

Személyi sérüléssel kapcsolatos jogvita esetén felhatalmazom a kezelésemet ellátó orvosokat, hogy sérüléssel, betegséggel kapcsolatosan a Generali Biztosító Zrt. részére minden felvilágosítást megadjanak, orvosi dokumentációmát átadják.

Hozzájárulok, hogy a kárrendezési eljárás során a biztosító a kárbejelentő lap, csatolt iratok és a kárrendezési eljárás egyéb iratait ellenőrizze és külső szakértőnek e célból átadja.

Elfogadom, hogy amennyiben a szükséges felvilágosítás elmaradása miatt a biztosítási esemény és a biztosítási szolgáltatás megítélése szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlené válnak, a biztosító nem köteles szolgáltatását teljesíteni.

Kelt: .....

.....  
Biztosított aláírása

.....  
Kárbejelentőt kitöltötte  
(ha nem azonos a biztosítóval)