

# Jogvédelmi szolgáltatási igénybejelentő

Egyesült Villamosenergia-ipari Dolgozók Szakszervezeti Szövetsége

Kollektív jogvédelmi biztosítására



GENERALI

Kötvényszám: 95505364459312200

Kérjük szíveskedjen a Jogvédelmi Szolgáltatási Igénybejelentőt olvashatóan kitölteni, aláírni és a csatolni kért iratokkal postai úton (7602 Pécs, Pf.:888), faxon (1/301-7490) vagy elektronikus úton (jogvedelem@general.hu) megküldeni. Jogvédelmi szolgáltatási igényét leadhatja a biztosításközvetítőjénél vagy a biztosító bármely ügyfélszolgálatán. Kérjük, hogy sürgős esetben faxon vagy elektronikus úton szíveskedjen jogvédelmi szolgáltatási igényét bejelenteni!

Szíves közreműködését köszönjük!

## Biztosított adatai

Biztosított neve: \_\_\_\_\_ Telefon/Fax: \_\_\_\_\_

Címe: □□□□□ \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Jogi költségek fizetése:  postai úton  átutalással az alábbi bankszámlára: | \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ \_ |

**Gépjármű adatai** (csak gépjárművel kapcsolatos jogvédelmi igény esetén kell kitölteni!)

Rendszám: \_\_\_\_\_ Fajta, gyártmány: \_\_\_\_\_ Üzembentartó neve: \_\_\_\_\_

KGFB biztosító neve: \_\_\_\_\_ CASCO biztosító neve: \_\_\_\_\_

## Milyen jogvitára igényel jogvédelmet?

munkajogi jogvédelem

## Jogi érdeksérelemre vonatkozó adatok

Jogi érdeksérelem időpontja: | \_ \_ \_ \_ \_ | év | \_ \_ \_ | hónap | \_ \_ \_ | nap Helyszíne: □□□□□ \_\_\_\_\_

Kérjük ismertesse részletesen az Önt ért/Ön által okozott jogi érdeksérelem, a jogvita alapját képező tényállást:

---

---

---

---

---

## Indult-e jogi (pl. hatósági, bírósági) eljárás a jogi érdeksérelemmel kapcsolatban?

Nem  Igen, a \_\_\_\_\_ hatóság részéről.

Mikor indult az eljárás: | \_ \_ \_ \_ \_ | év | \_ \_ \_ | hónap | \_ \_ \_ | nap

Ha lezárult az eljárás, milyen eredménnyel zárult: \_\_\_\_\_

## Jogi álláspontja alátámasztására milyen bizonyítékai vannak?

Levelezés  Szerződés  bírósági, hatósági határozat

Tanúk neve, címe: \_\_\_\_\_

Egyéb, azaz \_\_\_\_\_

## Szabadon kíván ügyvédet választani?

A biztosítóra bízom ügyvédem megválasztását

Saját magam kívánok ügyvédet megbízni: Ügyvéd neve és címe: □□□□□ \_\_\_\_\_

Kérjük szíveskedjen a jogi képviselőt ellátó ügyvédet mentesíteni a titoktartási kötelezettsége alól biztosítónk irányában. Felhívjuk szíves figyelmét, hogy – szabadon választott ügyvéd esetén – ügyvédi megbízási díjat akkor tudunk fizetni, amennyiben annak mértékét biztosítónk elfogadja!

## A szolgáltatási igénybejelentéshez szíveskedjen másolatban csatolni az alábbi dokumentumokat:

- a kéresemény időpontjában a munkaviszonyának fennállását igazoló iratot
- amennyiben már jogi eljárás indult, akkor az eljárással kapcsolatban rendelkezésre álló iratokat (jegyzőkönyv, keresetlevél, egyéb beadvány, határozat stb.)
- az Ön jogi álláspontja (védekezésének) alátámasztására szolgáló bizonyítékok (levelezés, szerződések, tanúvallomás stb.)
- ügyvédjével kötött megbízási szerződést és az ügyvéd által felvett tényvázlatot, amennyiben már megbízott ügyvédet a jogi képviselője ellátásával.

## Nyilatkozat

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

E-mail címem megadásával hozzájárulok, hogy a szolgáltatási igényemmel kapcsolatos leveleket a biztosító elektronikus úton küldje meg részemre.

Jelen szolgáltatási igénybejelentő aláírásával – a biztosító által részemre kifizetett jogi költségek erejéig – a biztosítóra engedményezem a részemre megítélt jogi eljárási költségek követelésére vonatkozó igényt.

Meghatalmazom a Generali Biztosító Zrt. jogtanácsosát, hogy a fenti jogi érdeksérelemmel összefüggésben a hatóságok előtt eljárjon, a kéreseményvel, jogi érdeksérelemmel kapcsolatban keletkezett iratokat hatóságoktól, más biztosítóktól és egyéb szervektől bekérjen.

Amennyiben a biztosítóra bízom ügyvédem megválasztását – jelen szolgáltatási igénybejelentő aláírásával – hozzájárulásomat adom, hogy a jogvitámmal kapcsolatos iratokat a biztosító átadja a jogi képviselőmre felkért ügyvédnek.

Elfogadom, hogy amennyiben a szükséges felvilágosítás elmaradása miatt a biztosítási esemény és a biztosítási szolgáltatás megítélése szempontjából lényeges körülmények kideríthetetlenül válnak, a biztosító nem köteles szolgáltatását teljesíteni, a már teljesített szolgáltatást pedig köteles vagyok visszafizetni.

Dátum: | \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ \_ | Aláírás: \_\_\_\_\_ Kárbejelentőt kitöltötte: \_\_\_\_\_

Biztosított

(ha nem azonos a Biztosítóval)

# Munkavállalói felelősségbiztosítási kárbejelentő

Egyesült Villamosenergia-ipari Dolgozók Szakszervezeti Szövetsége  
Kollektív munkavállalói felelősségbiztosítására



Kötvényszám: 95505364459312200

Kérjük szíveskedjen a Felelősségbiztosítási Kárbejelentőt olvashatóan kitölteni, aláírni és a csatolni kért iratokkal postai úton 7602 Pécs, Pf.:888 címre, faxon a 1/452-3505 számra megküldeni. A kárbejelentő nyomtatványt leadhatja a biztosításközvetítőjénél vagy a biztosító bármely ügyfélszolgálatán.

Szíves közreműködését köszönjük!

<b>Biztosított adatai</b>	Biztosított munkaköre: _____
Biztosított neve: _____	Telefon/Fax: _____
Címe: □□□□ _____	E-mail: _____

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

<b>Káresemény adatai</b>	Káresemény észlelésének időpontja: □□□□ □□ □□	Volt-e hasonló káresemény? <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen
Káresemény 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 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: _____

<b>Kárigény részletezése:</b>
Kérjük szíveskedjen a személyi sérülést, illetve a károsodott tárgyakat részletesen leírni, a kár összegét – lehetőleg pontosan – meghatározni.
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.

<b>Kártérítés fizetése:</b> <input type="checkbox"/> biztosított munkavállalónak (ha a munkáltató már a bérből levonta) <input type="checkbox"/> károsult munkáltatónak
<b>Kártérítés fizetésének módja:</b> <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)

<b>Nyilatkozat</b>		
Kijelentem, hogy az általam leírt tények és adatok teljeskörűek 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 dokumentációmat átadják. Hozzájárulok, hogy a kárrendezési eljárás során a biztosító a kárbejelentő lap, csatolt iratok és a kárrendezési eljárás egyéb iratait ellenőrizzék és külső szakértőnek e célból átadják. 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.		
<b>Dátum:</b>   _ _   _ _   _ _   _ _   _ _   _ _   _ _	<b>Aláírás:</b> _____	<b>Kárbejelentőt kitöltötte:</b> _____ (ha nem azonos a biztosítottal)