**FELHÍVÁS KÁRIGÉNY BEJELENTÉSRE**

**Tisztelt *Munkavállaló / Munkavállaló közeli hozzátartozójának neve*!**

A Munka törvénykönyvéről szóló 2012. évi I. törvény 166.§ (1) bekezdésében foglaltak alapján felhívom figyelmét, hogy amennyiben

* a 20…. …………..hó …….. napján történt munkabalesetéből eredően
* foglalkozási megbetegedésével összefüggésben
* közeli hozzátartozójának a 20…. …………..hó …….. napján történt munkabalesetéből eredően
* közeli hozzátartozójának foglalkozási megbetegedésével összefüggésben\*

kára merült fel, az ezzel kapcsolatos kártérítési igényét a mellékelten megküldött Kárigény bejelentés nyomtatványon van lehetősége Társaságunk HR Ügyfélszolgálatára (8601 Siófok, Pf.: 102) bejelenteni.

Sérült Munkavállaló adatai:

|  |  |
| --- | --- |
| Munkavállaló neve: |  |
| Anyja neve: |  |
| Születési helye, ideje: |  |
| Állandó lakcíme: |  |

Tájékoztatom, hogy a kártérítési igénye elbírálásáról a kézhezvételtől számított 15 napon belül értesítjük. Felhívom figyelmét, hogy a bejelentését mielőbb szíveskedjen megtenni, mivel a kártérítési igény az esedékességtől számított 3 év elteltével elévül. A kártérítési járadék iránti igény csak hat hónapra visszamenőleg érvényesíthető, kivéve, ha a munkavállalót a követelés érvényesítésében mulasztás nem terheli.

Siófok, 202……. …………………. hó ………. nap

…………………………………

Humán erőforrás vezető

Megjegyzés:

\* A felsorolás választási lehetőséget jelent, a nem kívánt rész törlendő.

Melléklet: Kárigény bejelentés iratminta

Kapják: Címzett

Irattár

**FGSZ Zrt. HR Ügyfélszolgálat**

Siófok

Pf. 102.

8601

**KÁRIGÉNY BEJELENTÉS\***

Alulírott ……………. (név) ……………………………….(anyja neve) ……………………………………...(születési helye, ideje) 20…. …………..hó …….. napján kelt felhívásra közlöm, hogy az elszenvedett\*

* munkabalesetemmel
* üzemi balesetemmel
* foglalkozási megbetegedésemmel\*\*

összefüggésben károm a következő:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| a, | Elmaradt jövedelem | Ft |
|  | Ez adódik: |  |
| b, | Dologi kár (ruházat, felszerelési tárgy, egyéb dologi kár) | Ft |
|  | Ez adódik: |  |
| c, | Költség (ápolási költség stb.) | Ft |
|  |  |  |
| d, | Nem vagyoni kár: | Ft |
|  | Ez adódik: |  |
|  | Összesen: Ft, azaz Ft |  |

Az a-d pontokban közölt károm megtérítését kérem.

Kérésem indoklásaként az alábbiakat adom elő:…………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

Tudomásul veszem, hogy ha a kártérítés megállapítása után lényeges változás következik be a körülményeimben, úgy személyemben, mint károsult, a munkáltatóm, vagy a felelősségbiztosítás alapján nyújtott kártérítés esetén a biztosító, a megállapított kártérítés módosítását kérheti. (Munka törvénykönyvéről szóló 2012. évi I. törvény 174. § (1) bekezdés)

Siófok, 20……. …………………. hó ………. nap

…………………………………

munkavállaló\*

*\* A sérült, ha neki fel nem róható ok miatt kárigényét nem tudja bejelenteni, a kárigény bejelentést a sérült közeli hozzátartozója nyújthatja be. A sérült közeli hozzátartozójának a jogosultságot okirattal kell igazolni!*

*\*\* Kérjük, a választását aláhúzással jelölje!*