

# SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ LAP

## JOGTÁRS JOGSZERVIZ

### VÁLLALKOZÁSOKNAK ÉS TÁRSASHÁZAKNAK



**LegitiMo Jogvédelmi Biztosító Zrt.**  
1087 Budapest, Hungária körút 30/A 8. em.  
Postacím: 1428 Budapest, PF. 9.  
Telefon: +36 1 486 3600 • Fax: +36 1 486 3601  
E-mail: info@legitimo.hu • Honlap: www.legitimo.hu

Kérjük, szíveskedjék olvashatóan és értelemszerűen kitölteni és a Biztosító fenti címére, illetve fax számára megküldeni.  
**Kérjük, az ügyvel kapcsolatos iratok másolatát szíveskedjen mellékelni kárbejelentéséhez! Köszönjük!**

Kötelezően kitöltendő!	<b>A biztosított vállalkozás adatai</b>	<b>Kötvényszám*:</b>	<input type="text"/>
	a vállalkozás neve*:		
	a vállalkozás székhelye*: (irányítószám, helység, közterület, házszám vagy hrsz)		
	e-mail címe*:	telefonszáma:	
1. Kártérítési jogvédelem	<b>A jogvédelmet igénylő biztosított magánszemély adatai*</b>		
	név:	születési ideje:	
	állandó lakóhely:		
	e-mail címe:	telefonszáma:	
a biztosított magánszemély jogviszonya a szerződéssel: (Kérjük aláhúzással jelölni) <input type="checkbox"/> alkalmazott <input type="checkbox"/> vezető tisztségviselő <input type="checkbox"/> segítő családtag			
2. Munkajogi jogvédelem	<b>A szolgáltatás alapjául szolgáló biztosítási esemény*</b>	<b>ideje*:</b>	<input type="text"/>
	helye*:		
	<b>Kivel szemben kívánja érvényesíteni?</b>		
	név*: (vezetéknév, keresztnév, vállalkozás neve)	születési ideje*:	
3. Szerződéses jogvédelem	<b>A szolgáltatás alapjául szolgáló biztosítási esemény*</b>	<b>ideje*:</b>	<input type="text"/>
	helye*:		
	<b>Kivel szemben kívánja érvényesíteni?</b>		
	név*: (vezetéknév, keresztnév, vállalkozás neve)	születési ideje:	
állandó lakóhelye/székhelye*: (irányítószám, helység, közterület, házszám vagy hrsz)			
a biztosítási eseménnyel érintett ingóság megnevezése:			
a biztosítási eseménnyel érintett ingóságra kötött szerződés megnevezése:			
a biztosítási eseménnyel érintett biztosítási szerződés megnevezése:			
a biztosítási eseménnyel érintett biztosító neve:			
a biztosítási eseménnyel érintett pénzügyi szolgáltatási szerződés megnevezése:			
a biztosítási eseménnyel érintett pénzügyi szolgáltató neve:			
a biztosítási eseménnyel érintett vállalkozási, megbízási szerződésben részt vevő fél megnevezése:			
a biztosítási eseménnyel érintett vállalkozási, megbízási szerződésben részt vevő neve, címe:			

\* kötelezően kitöltendő

## 4-5. Büntetőjogi és szabálysértési jogvédelem

## A szolgáltatás alapjául szolgáló biztosítási esemény

ideje\*: 

megnevezése\*:

helye:

a biztosított magánszemély jogviszonya a szerződéssel\*  
(Kérjük aláhúzással jelölni)

alkalmazott

vezető tisztségviselő

segítő családtag

a biztosítási eseménnyel kapcsolatban  
megindított eljárás kezdete:

Ismert eljárási határidő:

az eljárást lefolytató hatóság megnevezése:

## 6. Behajtási jogvédelem

## A szolgáltatás alapjául szolgáló szerződés

ideje\*: 

megnevezése\*:

a lejárt és elismert követelés mértéke:

felszólításra való teljesítés  
lejártának dátuma

## 7. Hatósági jogvédelem

## A szolgáltatás alapjául szolgáló biztosítási esemény

ideje\*: 

megnevezése\*:

helye:

a biztosítási eseménnyel kapcsolatban  
megindított eljárás kezdete:

a hatóság által előírt határidő:

az eljárást lefolytató hatóság megnevezése:

## 8. Okiratvédelem

megkötni kívánt szerződés megnevezése:

véleményezési szempontok, felmerült kérdések megnevezése:

## 9. Nyilvántartási védelem

## Változás alapjául szolgáló döntés

meghozatalának időpontja:

nyilvántartás megnevezése:

## 10. Biztosított ingatlannal kapcsolatos jogvédelem

a biztosított ingatlan címe:

jogvédelmet igénylő személy  
kapcsolata a biztosított ingatlannal:

ingatlannal kapcsolatos jogsérelem időpontja:

jogsérelem jellege:

## 11. Sértett, tanú jogvédelem

## A szolgáltatás alapjául szolgáló biztosítási esemény

ideje\*: 

megnevezése\*:

helye:

a biztosított magánszemély jogviszonya a szerződéssel\*  
(Kérjük aláhúzással jelölni)

alkalmazott

vezető tisztségviselő

segítő családtag

a biztosítási eseménnyel kapcsolatban  
megindított eljárás kezdete:

Ismert eljárási határidő:

az eljárást lefolytató hatóság megnevezése:

**Kérjük, ismertesse röviden a biztosítási eseményt!\***

Szükség esetén folytassa külön lapon a leírást!

Kötelezően kitöltendő

Kijelentem, hogy a fentiekben általam megadott adatok teljesek és a valóságnak megfelelnek.

Kelt: \_\_\_\_\_,

	Év	Hó	Nap
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\_\_\_\_\_  
Szerződő/Biztosított aláírása