

MUNKAVÁLLALÓI FELELŐSSÉGBIZTOSÍTÁSI NYILATKOZAT

A jelen nyilatkozat aláírásával, mint a Magyar Könyvelők Országos egyesülete által szervezett csoportos biztosításban résztvevő tag, megerősítem, hogy a Generali- Providencia Biztosító Zártkörűen Működő Részvénytársaság főbb adatait a Mellékletben található Ügyfél tájékoztató alapján megismertem.

Ennek alapján tudomásom van arról, hogy mely szervekkel szemben nem terheli titoktartási kötelezettség a biztosítótársaságot.

Jelen nyilatkozat aláírásával megerősítem, hogy a biztosítási szerződésre vonatkozó feltételt (Munkavállalói felelősségbiztosítási feltétel a Magyar Könyvelők Országos Egyesületének tagjaira) átvettem, annak tartalmát megismertem és elfogadtam.

Jelen nyilatkozat érvényességének azon feltételét, amely az MKOE tagdíj fizetése mellett a mindenkori biztosítási évfordulóiig szóló biztosítási díj 15 napon belüli befizetési kötelezettségéről szól, ugyancsak tudomásul vettem.

Valamint amennyiben a munkavállaló vagy a nyilatkozó tag adataiban változás áll be, abban az esetben a változástól számított 8 munkanapon belül erről az egyesületet tájékoztatom (emailben: info@mkoe.hu vagy Faxon:06 1 336 7099).

Tag neve: Tagsági szám(ha már van):

Munkavállaló(k) adatai:

Név	Születési idő	Szakmai oklevél száma
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Kelt:, 202

.....
Magyar Könyvelők Országos Egyesülete
szerződésben résztvevő tagja

Ügyfélszolgálat, levelezési cím: 1115 Budapest Keveháza u. 1-3.

Székhely: 1115 Budapest, Keveháza u. 1-3.

Tel.: 336-7000, 336-7019 Fax: 336-7099

E-mail: info@mkoe.hu