

# UTAZÁSKÉPTELENSÉGRE VONATKOZÓ (ÚTLEMONDÁSI) SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTŐ (KÁRJELENTŐ) NYOMTATVÁNY



Európai Utazási Biztosító Zrt. • Általános Információ – EUB ügyfélszolgálat: 1132 Budapest, Váci út 36-38. • Tel.: +36 1 452 3580 • www.eub.hu • ugyfelszolgalat@eub.hu

## Tisztelt Ügyfelünk!

Útlemondására/repülőjegy lemondására vonatkozóan kérjük, juttassa el irodánk fenti címére kitöltve az alábbi nyomtatványt a kért iratokkal együtt. Az Ön és az utazási iroda által hiánytalanul kitöltött nyomtatvány visszaküldése a további kárrendezés feltétele. **Együttműködését köszönjük!**

Biztosító tölti ki!

Kárszám: \_\_\_\_\_

A biztosítási szerződéssel kapcsolatos adatkezelésekről részletes tájékoztatást a biztosítási szerződési feltételekben szereplő ügyféltájékoztatóban talál. A biztosító adatkezelési tájékoztatóját a [www.eub.hu](http://www.eub.hu) oldalon is megtekintheti.

### Biztosított(ak) adatai, aki(k)nek az utazása meghiúsult.

BIZTOSÍTOTT/UTAS NEVE: _____
SZÜLETÉSI DÁTUM: _____
TELEFON/FAX SZÁMA (AHOL ELÉRHETŐ): _____
LEVELEZÉSI CÍME: _____
E-MAIL CÍME: _____
E-mail cím megadásával hozzájárulok, hogy a Biztosító az ügyintézés során valamennyi küldeményét a megadott email címre küldje meg.

BIZTOSÍTOTT/UTAS NEVE: _____
SZÜLETÉSI DÁTUM: _____
TELEFON/FAX SZÁMA (AHOL ELÉRHETŐ): _____
LEVELEZÉSI CÍME: _____
E-MAIL CÍME: _____
E-mail cím megadásával hozzájárulok, hogy a Biztosító az ügyintézés során valamennyi küldeményét a megadott email címre küldje meg.

BIZTOSÍTOTT/UTAS NEVE: _____
SZÜLETÉSI DÁTUM: _____
TELEFON/FAX SZÁMA (AHOL ELÉRHETŐ): _____
LEVELEZÉSI CÍME: _____
E-MAIL CÍME: _____
E-mail cím megadásával hozzájárulok, hogy a Biztosító az ügyintézés során valamennyi küldeményét a megadott email címre küldje meg.

BIZTOSÍTOTT/UTAS NEVE: _____
SZÜLETÉSI DÁTUM: _____
TELEFON/FAX SZÁMA (AHOL ELÉRHETŐ): _____
LEVELEZÉSI CÍME: _____
E-MAIL CÍME: _____
E-mail cím megadásával hozzájárulok, hogy a Biztosító az ügyintézés során valamennyi küldeményét a megadott email címre küldje meg.

### TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ ADATAI kiskorú biztosított (18 év alatti) esetén:

NÉV: \_\_\_\_\_ SZÜL. DÁTUM: \_\_\_\_\_

LAKCÍM: \_\_\_\_\_ SZEM. IG. SZÁM: \_\_\_\_\_

Az utazásképtelenség okának részletes leírása:

### Kérjük, adja meg annak a személynek az adatait, aki miatt az utazásképtelenség bekövetkezett.

Név: \_\_\_\_\_

Szüil. dátum: \_\_\_\_\_

Lakcím: \_\_\_\_\_

Fenti személy rokonsági foka az

1. biztosítottal: \_\_\_\_\_

2. biztosítottal: \_\_\_\_\_

3. biztosítottal: \_\_\_\_\_

4. biztosítottal: \_\_\_\_\_

### Kérjük, mellékelje az alábbi dokumentumokat:

- Az összes utas nevét és az utazási díj tételeit tartalmazó utazási szerződés vagy visszaigazolás,
- az előleg, illetve a teljes utazási díj befizetését igazoló számla,
- a befizetést igazoló bizonylat vagy banki kivonat,
- a lemondó utasok nevét tartalmazó, a lemondási költségekről (kötér, bánatpénz) szóló számla,
- az utazásképtelenséget igazoló, a lemondást megelőzően keletkezett háziorvosi naplóbejegyzés, szakorvosi lelet vagy kórházi zárójelentés másolata, amely tartalmaz diagnózist, naplószámot, elvégzett vizsgálatot, javasolt kezelést,
- biztosítási díj befizetését igazoló bizonylat,
- biztosítási kötvény (amennyiben rendelkezésre áll)
- halotti anyakönyvi kivonat
- repülőjegy lemondás esetén repülőjegy befizetését igazoló számla és az illeték visszafizetését igazoló számla.

### A BIZTOSÍTÁSI SZOLGÁLTATÁS ÖSSZEGÉT AZ ALÁBBI MÓDON KÉREM KIFIZETNI:

Postán\* (Kérjük, adja meg kinek a nevére, címére!) Név: \_\_\_\_\_ Cím: \_\_\_\_\_

Banki átutalással forintban\*  Banki átutalással devizában\* (csak devizaszámlára lehetséges, IBAN és SWIFT kód megadása szükséges)

Számlatulajdonos neve: \_\_\_\_\_ Állandó lakcíme: \_\_\_\_\_

Bank neve: \_\_\_\_\_ Bankszla.sz.: \_\_\_\_\_ SWIFT (BIC)-kód: \_\_\_\_\_

**Mellékletek:** Biztosítási kötvény: \_\_\_\_\_ db Jegyzőkönyv: \_\_\_\_\_ db Eredeti számlák, befizetési bizonylatok, orvosi iratok: \_\_\_\_\_ db Egyéb iratok \_\_\_\_\_ db

**Alulírott biztosított kijelentem, hogy a fentiekben közölt adatok a valóságnak megfelelnek.**

**\*AMENNYIBEN NEM A SAJÁT RÉSZÉRE KÉRI, 2 TANÚ ALÁÍRÁSA SZÜKSÉGES MÉG A FELHATALMAZÁS HITELESSÉGÉHEZ. FELHÍVJUK FIGYELMÉT, HOGY A KIFIZETÉS CÍMZETTJE NEM LEHET TANÚ!**

Tanú I. Név: \_\_\_\_\_ Tanú II. Név: \_\_\_\_\_

Lakcím: \_\_\_\_\_ Lakcím: \_\_\_\_\_

Szem. ig. szám: \_\_\_\_\_ Szem. ig. szám: \_\_\_\_\_

Aláírás: \_\_\_\_\_ Aláírás: \_\_\_\_\_

Dátum: 20     Biztosított (kiskorú esetén a törvényes képviselő) aláírása: \_\_\_\_\_

## AZ UTAZÁSI IRODA TÖLTI KI! (AMENNYIBEN A FOGLALÁS UTAZÁSI IRODÁN KERESZTÜL TÖRTÉNT)

### AZ UTAZÁSRA VONATKOZÓ ADATOK

Az utazási szolgáltatást **SZERVEZŐ** iroda (akivel az utazási szerződés létrejött):

Neve: \_\_\_\_\_

Székhelye: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Az utazási szolgáltatást **ÉRTÉKESÍTŐ** iroda:

Neve: \_\_\_\_\_

Székhelye: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Az utazási szerződés szerződője (az a személy, aki lefoglalta és kifizette az adott szolgáltatást):

Neve: \_\_\_\_\_

Címe: \_\_\_\_\_

Az utazást lemondó utas(ok) neve: \_\_\_\_\_

Az utazás pozíciószáma: \_\_\_\_\_ Az utazás célországa: \_\_\_\_\_

Az utazás foglalásának vagy a repülőjegyvásárlás időpontja: 20

Az utazás időtartama: 20       - 20       -ig

Az utazás vagy a repülőjegy lemondásának időpontja: 20

Biztosított összeg (részvételi díj az utazási iroda által visszatéríthető összegek nélkül): \_\_\_\_\_ Ft A kötbér százaléka: \_\_\_\_\_ %

Utazási iroda által visszatérített költségek (pl.: repülőtéri illeték, vízum, fakultatív program): \_\_\_\_\_ Ft **A kötbér összege:** \_\_\_\_\_ Ft

Dátum: 20

A kiállító személy neve, aláírása:

\_\_\_\_\_

Az utazási iroda neve, pecsétje:

\_\_\_\_\_

### A BIZTOSÍTÓ TÖLTI KI!

**Maximális biztosítási összeg/fő:** \_\_\_\_\_ Ft

**A biztosítási szerződés alapján a kedvezményezettet terhelő önrészesedés százaléka:** \_\_\_\_\_ %

**Az önrészesedés összege:** \_\_\_\_\_ Ft

**Az önrészesedés minimális összege:** \_\_\_\_\_ Ft

**A biztosító által fizetendő kártérítési összeg:** \_\_\_\_\_ Ft

**Amennyiben az utazás/repülőjegy/belépőjegy lemondása vagy az útmegszakítás betegség vagy baleset miatt történt, kérjük az alábbi nyilatkozat kitöltését és aláírását azon személy részéről, akinek a betegsége vagy balesete miatt a lemondás vagy az útmegszakítás bekövetkezett, akinek a személyes és egészségügyi adatai átadásra kerülnek!**

## **NYILATKOZAT A SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTÉSHEZ**

Alulírott felhatalmazom a biztosítót, hogy az egészségi állapotomra vonatkozó, a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat a biztosító beszeresse és nyilvántartsa, és kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a biztosító a birtokába került egészségügyi adataimat a szolgáltatási igény elbírálása céljából kezelje.

Kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító a biztosítási szerződéssel kapcsolatos – kockázatvállalással, a követelések megítélésével, kárrendezéssel, együttbiztosítással, viszontbiztosítással összefüggő – az egészségügyi állapotomra vonatkozó adatokat a biztosító az anyavállalatának, tagállami viszontbiztosítónak, együttbiztosítás esetén tagállami kockázatvállaló biztosítónak, illetve a részére kiszervezett tevékenységet végző orvosszakértőknek, egészségügyi szolgáltatóknak továbbítsa, amely belföldre történő adattovábbításnak minősül.

A biztosítási szerződéssel kapcsolatos adatkezelésekről részletes tájékoztatást a biztosítási szerződési feltételekben szereplő ügyféltájékoztatóban talál. A biztosító adatkezelési tájékoztatóját a [www.eub.hu](http://www.eub.hu) oldalon is megtekintheti.

Dátum:

Az a személy, akinek a személyes és egészségügyi adatai átadásra kerülnek (akinek a betegsége vagy balesete miatt a lemondás vagy az útmegszakítás bekövetkezett):

Név: .....

.....

**Aláírás**

**Tanú 1**

**Név:**

**Lakcím:**

**Aláírás:**

**Tanú 2**

**Név:**

**Lakcím:**

**Aláírás:**

**Amennyiben az utazás/repülőjegy/belépőjegy lemondása vagy az útmegszakítás haláleset miatt történt, kérjük az alábbi nyilatkozat kitöltését!**

## **NYILATKOZAT A SZOLGÁLTATÁSI IGÉNYBEJELENTÉSHEZ**

**Alulírott .....**

**(szül. idő: ....., lakcím: ..... )**

**felhatalmazom a biztosítót, hogy**

**az elhunyt .....**

**(szül. idő: ....., anyja neve: .....)**

**a biztosítási szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges egészségügyi adatait a biztosító beszeresse és nyilvántartsa, és kifejezett hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a biztosító a birtokába került egészségügyi adatait a szolgáltatási igény elbírálása céljából kezelje.**

**Kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy a biztosító a biztosítási szerződéssel kapcsolatos – kockázatvállalással, a követelések megítélésével, kárrendezéssel, együttbiztosítással, viszontbiztosítással összefüggő – elhunyt egészségügyi adatait a biztosító az anyavállalatának, tagállami viszontbiztosítónak, együttbiztosítás esetén tagállami kockázatvállaló biztosítónak, illetve a részére kiszervezett tevékenységet végző orvossalakértőknek, egészségügyi szolgáltatóknak továbbítsa, amely belföldre történő adattovábbításnak minősül.**

**A biztosítási szerződéssel kapcsolatos adatkezelésekről részletes tájékoztatást a biztosítási szerződési feltételekben szereplő ügyféltájékoztatóban talál. A biztosító adatkezelési tájékoztatóját a [www.eub.hu](http://www.eub.hu) oldalon is megtekintheti.**

**Dátum:**

**Az elhunyt házastársa, egyeneságbeli rokona, testvére vagy élettársa:**

**Név: .....**

.....

**Aláírás**

**Tanú 1**

**Név:**

**Lakcím:**

**Aláírás:**

**Tanú 2**

**Név:**

**Lakcím:**

**Aláírás:**