



## 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:**