

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 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 oldalon is megtekintheti.

Dátum:

Az elhunyt házastársa, egyeneságbeli rokona, testvére vagy élettársa:

Név:

.....

Aláírás

Tanú 1

Név:

Lakcím:

Aláírás:

Tanú 2

Név:

Lakcím:

Aláírás: