

ÚTLEMONDÁSI KÁRBEJELENTŐ

(AZ UTAZÁSRÓL LEMONDÓ UTAS TÖLTI KI)



| |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Az utazásról saját magam, vagy utazásképtelenséget eredményező betegsége miatt mondok le. |
| 1. Szerződő * neve: |
| címe: |
| 2. Az utazásra jelentkezett és azt lemondó Biztosított |
| neve: |
| lakáscíme: |
| születési ideje (év, hó, nap): |
| 3. Az utazásképtelenséget kiváltó ok pontos megnevezése: |
| időpontja: |
| 4. Fakultatív útlemondási biztosítási kötvény esetén, annak sorszáma: |
| 5. Ha a Biztosított nem saját betegsége miatt mondja le az utat: |
| A beteg (elhunyt) neve, születési ideje: |
| lakáscíme: |
| rokonsági kapcsolat: |
| A megbetegedés (halál) időpontja: |
| 6. Ha nem betegség az utazásképtelenség oka, az akadályoztatás megnevezése és igazolása: |

Alulírott az utazásképtelenséget eredményező betegségemmel kapcsolatban, vizsgáló- és kezelőorvosaimat az orvosi titoktartás alól a QBE Insurance (Europe) Limited Magyarországi Fióktelepe-vel szemben felmentem.

Kelt: 20 év hó nap.

A lemondásból eredő költségeim útlemondási biztosítás, repülőjegybiztosítás keretén belüli megtérítését kérem. Büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy jelen kárbejelentő lapon bejelentett káreseménnyel kapcsolatban kívánom kárigényemet érvényesíteni.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

A kártérítési összeget kérem, hogy a Szerződő/Befizető részére a(z)..... Banknál vezetett
□□□□□□□□ - □□□□□□□□ - □□□□□□□□ számlaszámra, neve
vagy postai úton lakcímre utalják.
az utas aláírása / ill. Szerződő/Befizető

Benyújtandó Okiratok

A biztosítási szerződés teljesítését igénylő fél (szerződő, biztosított, engedményes, kedvezményezett) a biztosító szolgáltatási kötelezettségének elbírálásához szükséges alábbi okiratokat, dokumentumokat és igazolásokat köteles, azok rendelkezésére állását követő 8 napon belül, a biztosító rendelkezésére bocsátani:

Körzeti orvosi kezelőkarton másolat, rendelőintézeti szakorvosi vagy kórházi szakorvosi ambuláns lap, vagy kórházi zárójelentés másolata, mely tartalmazza a diagnózist és a kezeléssel kapcsolatos adatokat, orvosi naplószámot. Jogerős öröklési bizonyítvány, halotti anyakönyvi kivonat, halotti bizonyítvány, hagyatékátadó végzés, rokonsági fokot igazoló dokumentum, rendőrségi, tűzoltósági vagy biztosítói igazolás, egyéb hivatalos okmány. Az utazási iroda által kitöltött és bizonylatokkal alátámasztott (eredeti befizetési pénztárbizonylat, eredeti számla, nyugta lemondási költségekről szóló számla, a visszafizetést igazoló pénztárbizonylat, banki átutalás bizonylata/bankszámlakivonat adott sora) Kárbejelentő nyomtatvány, részvételi jegy, jelentkezési lap, utazási szerződés melléklete / általános szerződés, utazási ajánlat, utazási feltétel.

A kárbejelentő nyomtatvány mellé mellékelni kell az Utazási Iroda által alkalmazott – és az utas által aláírt – utazási feltételeket (utazási szerződést) valamint a kárbejelentő nyomtatványnak tartalmaznia kell az Utazási Iroda által esetlegesen kalkulált utasbiztosítás összegét is.

* Ha a Szerződő és Biztosított személye megegyezik, csak a Biztosított rovatot kell kiállítani.

UTAZÁST ÉRTÉKESÍTŐ IRODA TÖLTI KI!
(melléklete az utazásszervező által alkalmazott utazási szerződés)

Az utazásra jelentkezett és azt lemondó utas neve?

Lakcíme:

Az utazásszervező iroda neve:

Az utazás helye, pozíciószáma:

Utazás időtartama: 20 év hónap – 20 év hónap

Részvételi díj: Ft

Az utazás lemondásának időpontja? 20 év hónap

1. Befizetett összeg (előleg): Ft

2. Lemondási költség:

(kalkulált utasbiztosítási díj nélküli részvételi díj %-a): Ft/..... fő

3. Részv. díjba kalk. útlemondási bizt. díj összege (..... %): Ft

4. Utazási iroda által fizetendő összeg (1.-(2+3)sor): Ft

Biztosító által térítendő összeg:

1. Kártérítési összeg: Ft

2. Utas által fizetendő önrész (a kártérítési összeg %-a): Ft

3. A Biztosító által térítendő összeg (1.-2. sor): Ft

Egyösszegű részvételi díj esetén az együttutazók neve és rokonsági foka:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Kelt: P.H.

utazási iroda aláírása

QBE Insurance (Europe) Limited
Magyarországi Fióktelepe
Vezérigazgatóság:
H-1143 Budapest,
Stefánia út 51.
Levelezési cím:
H-1442 Bp., Pf.101.

Központi Kárrendezési
Iroda
Telefon: (1) 460-1441
Fax: (1) 460-1517
Zöld szám: 06-80 468-468

E-mail:
utaskar@hu.qbe.com
Internet:
www.qbeatlasz.hu
www.qbe.com

A member of the
QBE Insurance Group
Insuring since 1886



A biztosított hozzájáruló nyilatkozata az útlemondási biztosítás alapján bekövetkezett biztosítási eseményt követő kárrendezési eljárásban

- 1) Alulírottlakos, biztosított ezúttal önként és határozottan kinyilvánítom azon megfelelő tájékoztatáson alapuló, kívánságomnak megfelelő hozzájáruláso-mat, hogy a QBE Insurance (Europe) Limited magyarországi fióktelepe a jelen bejelentésem során közölt a rám, mint biztosítottra, illetve jogosultra vonatkozó személyes és különleges adatokat a szolgáltatás iránti igényem el-bírálásához kezelje, azokat a tevékenység kiszervezése esetén a vele szerződéses kapcsolatban álló a biztosítási titok- és adatvédelmi törvény előírásait betartó más gazdálkodó szervezeteknek átadja.

- 2) A jelen hozzájárulásommal felmentem az orvosi titoktartás alól azokat az orvosokat és egészségügyi szervezete-ket, akik, amelyek engem vizsgáltak, kezeltek; továbbá felhatalmazom a társadalombiztosítási, igazgatási szerve-zeteket, más hatóságokat (például rendőrség, bíróság, ügyészség), valamint a mostani hozzájárulásomat érintő biztosítással azonos vagy azzal összefüggő kockázatú biztosítást kezelő másik biztosítót, hogy a szolgáltatás iránti igényem elbírálásához szükséges adatokat a QBE Insurance (Europe) Limited magyarországi fióktelepe részére - annak írásbeli megkeresésére -átadják.

Kelt,.....

.....

biztosított aláírása