

ÚTLEMONDÁSI KÁRBEJELENTŐ

(AZ UTAZÁSRÓL LEMONDÓ UTAS TÖLTI KI)



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

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

Kelt: 200 év hó nap.

A lemondásból eredő költségeim útlemondási biztosítás, repülőjegybiztosítás keretén belüli megtérítését kérem. 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

EZEN IGAZOLÁS KITÖLTÉSE EGYÉB - AZ ÚTLEMONDÁS SZÜKSÉGESSÉGÉT IGAZOLÓ - ORVOSI BIZONYÍTVÁNY MEGLÉTE ESETÉN SZÜKSÉGTELEN	
Beteg neve:	
Betegségének meghatározása:	
A beteg állapota - az utazás megkezdésének időpontjában is - indokolja-e az utazásról történő lemondást?	
Az utazásképtelenséget eredményező betegség első napja:	200..... év hónap
utolsó napja	200..... év hónap
Kérjük csatolja a "Táppénzes igazolólap" másolatát.	
Kelt: 200 év hó nap.	
..... körbélyegző házi, szakrendelő-intézeti, kórházi, klinikai orvos aláírása (intézményes bélyegző)

* 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: 200..... év hónap – 200..... év hónap

Részvételi díj: Ft

Az utazás lemondásának időpontja? 200..... év hónap

1. Befizetett összeg (előleg): Ft
2. Lemondási költség:
(ÁFA és a 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
5. Utazási irodának utas által fizetendő összeg ((2+3).-1. 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

A kártérítés kifizetéséhez szükséges igazolások
Körzeti orvosi, rendelőintézeti szakorvosi vagy kórházi szakorvosi igazolás, orvosi naplósám, kezeléssel kapcsolatos adatok, kezelőkarton. Jogerős örökési bizonyítvány, halotti anyakönyvi kivonat, halotti bizonyítvány, hagyatékátadó végzés, rokonsági fok igazolása, rendőrségi, tűzoltósági vagy biztosítói igazolás, vagy egyéb hivatalos okmány, az utazási iroda által kitöltött és bizonyítékokkal alátámasztott (eredeti befizetési pénztárbizonylat, eredeti számla, lemondási költségekről szóló számla, illetőleg a visszafizetést igazoló pénztárbizonylat), kárbejelentő nyomtatvány. A biztosított köteles a Biztosítóval a biztosítási eseménnyel kapcsolatos minden tényt közölni és a Biztosítónak a jogalap tisztázásához szükséges információkat megadni. 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.

Egyösszegű részvételi díj esetén az együttutazók neve és a 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 Kárendezési
Iroda
Telefon: (1) 460-1441
Fax: (1) 460-1517

Zöld szám: 06-80 468-468

E-mail:
qbe-atlasz-assistance@atlasz.hu

Internet:
www.qbeatlasz.hu
www.qbe.com

A member of the
QBE Insurance Group
Insuring since 1886