

# 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 betegséggel kapcsolatban, vizsgáló- és kezelőorvosaimat az orvosi titoktartás alól a Colonnade Insurance S.A. 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 ..... hó .....nap – 20 ..... év ..... hó .....nap

Részvételi díj: ..... Ft

Az utazás lemondásának időpontja? 20 ..... év ..... hó .....nap

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

Colonnade Insurance S.A.  
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@colonnade.hu  
  
Internet:  
www.colonnade.hu

## Tájékoztatás a személyes adatok kezeléséről a kárrendezés teljesítéséhez

Kárakasztaszám: .....

Személyes adatnak minősül az olyan adat, adatból levonható következtetés, amely egy meghatározott természetes személlyel (a továbbiakban: érintett) kapcsolatba hozható.

### **Biztosítási titok**

Az ügyfél biztosítási szerződés keretében kezelt, vagy károsultként a kárrendező biztosító részére átadott személyes adata biztosítási titoknak minősül.

### **Az adatkezelés célja**

A biztosító szolgáltatási kötelezettsége körében személyes adatokat a biztosítási szerződés létrejöttével, nyilvántartásával és biztosítási szolgáltatás teljesítésével összefüggésben kezel. A károsult kárrendezés érdekében teljesített adatszolgáltatása ugyan önkéntes, de a kárrendezési iratokon a biztosító által kért személyes adatok közlése egyben feltétele az adatkezelés célját jelentő kárrendezésnek.

### **Az adatkezelés jogalapja**

Az adatkezelés céljával összefüggésben a biztosító tudomására jutott adatokat a biztosító a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2014. évi LXXXVIII. törvény (a továbbiakban: Bit.) értelmében az ügyfél külön hozzájárulása nélkül kezelheti. E törvényi felhatalmazás kizárólag azon személyes adatokra vonatkozik, amelyek nem minősülnek különleges adatnak.

Az adatkezelés célja alatt megjelölt adatkezelési céltól eltérő adatkezelés csak az érintett előzetes hozzájárulása alapján történhet.

Az érintett kezdeményezésére felelősségbiztosítás terhére indított eljárásban, a kárrendezési eljárás lefolytatásához szükséges ügyfél által megadott adatok tekintetében az érintett hozzájárulását vélelmezni kell. A kárrendezési eljárásban a károsult által érintettként megjelölt személyek személyes adatainak kezelése, ha közvetlen igényt nem érvényesítenek, csak a hozzájáruló nyilatkozatukon alapulhat. Ha a személyes adat az egészségi állapotra, kóros szenvedélyre, bűnügyi személyes adatra vonatkozik, akkor az a hatályos jogszabályok értelmében különleges adatnak minősül, és az kizárólag az ügyfél írásbeli hozzájárulása alapján kezelhető.

A kárrendezési eljárásban kezelt adatok –ha törvény eltérően nem rendelkezik- a biztosító nem kapcsolhatja össze a nyilvántartásában kezelt más adatokkal.

**Az adatkezelés időtartama:** a biztosító a személyes (és azon belül a különleges) adatokat a biztosítási jogviszony fennállása alatt, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal kapcsolatban igény érvényesíthető.

A biztosító a személyes adatokat a biztosítási jogviszony fennállásának, felelősségbiztosítás alapján benyújtott kárigény esetén a kárrendezés idején, valamint azon időtartam alatt kezelheti, ameddig a biztosítási jogviszonnyal, illetve a biztosító kárrendezésével kapcsolatban igény érvényesíthető. A biztosító valamint a káreseménnyel kapcsolatban eljáró megbízottja (pl. kárszakértő) a kárrendezés lezárását követő törvény által meghatározott időtartam elteltét követően köteles törölni a károsulttal, a káreseményben érintett más természetes személyek minden olyan személyes adatát, amelynek kezelése esetében az adatkezelési cél megszűnt.

Az adatok átadása: a biztosító, mint adatkezelő törvény, vagy ügyfél felhatalmazása alapján az általa kezelt adatokat további adatkezelésre vagy adatfeldolgozásra átadhatja. A további adatkezelő/adatfeldolgozó személyéről a biztosító köteles az érintettet tájékoztatni. A biztosító és megbízottja a tevékenysége során tudomására jutott, biztosítási titoknak minősülő adatokat (személyes és vagyoni adatokat, a szerződés adatait) - törvényben meghatározott eseteket kivéve - csak akkor hozhatja harmadik személy tudomására, ha a titoktartási kötelezettsége alól az érintett ügyféltől vagy annak törvényes képviselőjétől, a kiszolgáltatható titokkört megjelölve, írásban felmentést kapott. Nem sért biztosítási titokra vonatkozó szabályt a biztosító, ha törvényi felhatalmazás alapján történő megkeresés vagy kötelező adatszolgáltatás teljesítése során bocsát biztosítási titoknak minősülő adatokat törvényben meghatározott szerv(ezet) rendelkezésére.

A biztosító egyes biztosítási szolgáltatások kiszervezett tevékenység keretében történő ellátása során igénybe vesz külső közreműködőket. A kiszervezett tevékenységet végző megbízott korlátozott keretek között személyes adatokat kezelhet, és ebben a körben határidő nélkül titoktartásra kötelezi. A biztosítónak a biztosítási titok megtartásának kötelezettsége ez esetben a kiszervezett tevékenységet végzővel szemben nem áll fenn.

Az ügyfél jogai: jogellenes adatkezelés esetén élhet az Információs önrendelkezési jogról valamint az információs szabadságról szóló 2011. évi CXII. törvényben (Infotv.) meghatározott tiltakozási jogával, az Infotv.-ben meghatározott jogorvoslat érdekében a Nemzeti Adatvédelmi és Információs szabadság Hatósághoz, valamint – az Infotv. hatálya alá nem tartozó esetben is – a Magyar Nemzeti Bankhoz, illetve bírósághoz is fordulhat. A biztosító, mint adatkezelő köteles a bejelentést a törvény előírása szerint kivizsgálni, és annak eredményéről az ügyfelet írásban tájékoztatni.

A biztosító ügyfele a saját személyes, a biztosító által nyilvántartott, illetve továbbított adatairól – az erre vonatkozó törvényekben rögzített korlátozásokkal – jogosult tájékoztatást kérni, kérésére adatait a biztosító nyilvántartásában helyesbíti, törvényben meghatározott esetekben törli, zárolja.

Az érintett tiltakozhat adatai kezelése ellen, ha a biztosító adatait

- kizárólag a biztosító jogi kötelezettségének teljesítéséhez, jogos érdekeinek érvényesítéséhez szükséges, ide nem értve a kötelező adatkezelést,
- ha adatait a biztosító az eredeti adatfelvételi céltól eltérően, üzletszerzési, közvélemény-kutatási, vagy tudományos kutatási céllal kívánja használni,
- vagy, ha törvény erre feljogosítja.

## Nyilatkozat hozzájáráson alapuló adatkezeléshez

Kijelentem, hogy a biztosító szolgáltatásának igénybevétele előtt a személyes adatok kezelésére vonatkozó tájékoztatását megismertem, megértettem és tudomásul vettem. Jelen nyilatkozataimat a tájékoztatás alapján teszem meg.

1. Alulírott, mint a biztosító szolgáltatása iránti igény érvényesítője a jelen nyilatkozat aláírásával ezúton nyilvánítom ki arra vonatkozó önkéntes és határozott hozzájárulásomat, hogy a biztosító a szolgáltatási igényem elbírálása érdekében, a tájékoztatóban megjelölt adatkezelés időtartama alatt.

Igen\* Nem\*\*

a) a biztosítási szolgáltatás elbírálásához és teljesítéséhez a biztosító által kért és általam megadott személyes és a különleges adataimat (így különösen egészségi adataimat) kezelje.		
b) A szolgáltatás elbírálásához és a kár rendezéséhez szükséges alábbi dokumentumaimról fénymásolatot/digitális képet készítsen. <b>Figyelem: Egyedileg kitöltendő a tényállás ismeretében. Általános felhatalmazás nem kérhető!</b>		
c) Az általam bejelentett kár- és biztosítási eseménnyel összefüggésben a személyes adataim felhasználásával a rendőrségi és ügyészségi és tűzoltósági iratokba a tényállás teljes körű tisztázása érdekében betekintést nyerjen, valamint azokról másolatot kapjon.		
d) a szolgáltatás megfelelő teljesítése, a visszaélések megelőzése érdekében az általam bejelentett kárigénnyel közvetlenül összefüggő, és más biztosító által kezelt adataimat a személyes adataim felhasználásával a jelen kárigényem elbírálásához beszerezze a másik biztosítótól.		
e) teljes gépjármű-lopáskár esetén a biztosított vagyontárgy és a kárügy biztosítási titoknak minősülő adatait (a gépjármű rendszáma, a lopás időpontja és helyszíne) személyem azonosíthatósága nélkül a gépjármű megtalálása érdekében újságban, interneten megjelentethesse.		

2. Alulírott, mint a biztosító szolgáltatása iránti igény érvényesítője önként és határozottan kijelentem, hogy a háziorvosomat, valamint mindazokat az egészségügyi intézményeket, orvosokat, gyógyszerészeket, természetgyógyászokat és gyógykezeléssel foglalkozó más személyeket, amelyek, illetve akik eddig kezeltek, valamint az Országos Egészségbiztosítási Pénztárat, a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatalt, a Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóságot, a társadalombiztosítási kifizetőhelyet a szolgáltatási igénybejelentőben megjelölt káreseménnyel összefüggő igényem elbírálásához szükséges mértékben az őket terhelő titoktartás alól felmentem. Felhatalmazom a fenn megjelölt személyeket, szervezeteket, hogy a biztosító az általa kért adataimat

Igen Nem

megtekintse		
azokról másolatot készítsen		
elektronikus levélben, jelszóval védett dokumentumban megkaphassa		

Kelt, .....

.....  
a szolgáltatási igény jogosultja/képviselője saját kezű aláírása

Név:.....

lakcíme: □□□□ ..... telefonszáma: .....

\* Kérjük hozzájárulása esetén az igen rovatot szíveskedjék kitölteni.

\*\* Ha nem járul hozzá bármelyik adatkezelési, adattovábbítási esethez, akkor az annak megfelelő nem rovat kitöltésével jelezze.

A károsult, sérült /kiskorú sérülése esetén a szülő, gyám/, kedvezményezett a jelen nyilatkozatot csak személyesen jogosult megtenni. A cselekvőképesség korlátozottsága, illetve cselekvőképtelenség esetén megfelelő képviselői nyilatkozat szükséges.