

**Kérjük, hogy jelen nyilatkozat eredeti példányát a Szerződő félnek átadni,  
a másolati példányát a Biztosító részére megtartani szíveskedjék!**

**TÁJÉKOZTATÁS A KIEGÉSZÍTŐ BIZTOSÍTÁSKÖZVETÍTŐRŐL**

Kiegészítő biztosításközvetítést végző gazdálkodó szervezet  
cégneve: *Orex Travel Kft.*

Kiegészítő biztosításközvetítést végző gazdálkodó szervezet  
székhelye: *1075 Budapest, Madách Imre út 11. II/1*

Kiegészítő biztosításközvetítést végző természetes személy  
neve: *Éles Orsolya*

Kiegészítő biztosításközvetítést végző az alábbi termék(ek)  
terjesztésére jogosult:

Biztosító cégneve: Colonnade Insurance S.A. Magyarországi  
Fióktelepe; székhelye: 1139 Budapest, Váci út 99.; alapító: A  
Colonnade Insurance S.A. Magyarországi Fióktelepének  
alapítója a Colonnade Insurance S.A. (L-2350 Luxembourg: Rue  
Jean Piret 1.), nyilvántartó cégbíróság neve: Registre de  
Commerce at des Sociétés, Luxemburg, cégjegyzékszáma: B  
61605, tevékenységi engedélyt kiadó hatóság: Grand-Duche  
de Luxemburg, Minister des Finances, Commissariat aux  
Assurances (L-1840 Luxembourg, Bureaux: 7, boulevard Joseph  
II,) a tevékenységi engedély száma: S 068/15.

A kiegészítő biztosításközvetítő a főtevékenységéhez  
kapcsolódóan kiegészítő jelleggel végez biztosításközvetítői  
tevékenységet a Colonnade Insurance S.A. Magyarországi  
Fióktelepe megbízása alapján. A kiegészítő biztosításközvetítő  
a biztosítási szerződéssel összefüggésben közvetlenül vagy  
közvetetten a Biztosítótól kap javadalmazást jutalék  
formájában, amelyet a biztosítási díj magában foglal. Az  
értékesített biztosítási termék(ek)re vonatkozóan a szerződés  
közvetítése során tanácsadás nem történik. A biztosító,  
valamint a kiegészítő biztosításközvetítő minősített  
befolyással nem rendelkeznek egymás szervezeteiben.

**A biztosításközvetítők felügyeleti hatósága a Magyar  
Nemzeti Bank (a továbbiakban: MNB), amely  
biztosításközvetítőkről az [www.mnb.hu](http://www.mnb.hu) honlapon  
megtekinthető nyilvántartást vezet. A Biztosítóval és a  
Kiegészítő biztosításközvetítővel szembeni panasztétel  
lehetőségére, illetve a panasz elbírálására az  
ügyféltájékoztatóban leírtak irányadók. A biztosításközvetítő  
szakmai tevékenysége során okozott kárért vagy sérelemdíj  
megfizetéséért a Biztosító felel.**

A kiegészítő biztosításközvetítő jelen biztosítási termék(ek)  
közvetítése során jogosult az ügyféltől díj vagy díjelőleg  
átvételére, azonban a Biztosítótól az ügyfélnek járó összeget  
előzetesen nem vehet át.

**Biztosítás típusa:** Kalkulált útlemondás szabályzata

**Módozat szám:** HU – EUT – UI – UL – KAL – 0820

**NYILATKOZAT**

Alulírott szerződő fél kijelentem, hogy a biztosítási szerződés  
megkötése előtt a biztosítási termékismertetőt megismertem,  
egyértelmű és részletes tájékoztatást kaptam a **Colonnade  
Insurance S.A. Magyarországi Fióktelepének** (székhely: 1139  
Budapest, Váci út 99.; cégjegyzékszám: Fővárosi Törvényszék,  
mint cégbíróság által jegyzett Cg. 01-17-000942; a  
továbbiakban, mint Biztosító) főbb adatairól és a megkötendő  
biztosítás jellemzőiről, továbbá átvettem a biztosítási  
feltételek egy példányát és elfogadom az abban foglaltakat  
kötelező erővel bíró ügyleti feltételként.

Tudomásul veszem, hogy jelen tájékoztatás nem tartalmazza  
teljeskörűen valamennyi szerződési feltételt, azokról a kézhez  
vett biztosítási feltételekben tájékozódhatok.

Aláírás: \_\_\_\_\_

Nyomtatott név: \_\_\_\_\_

Kelt: \_\_\_\_\_

**ADATKEZELÉSI HOZZÁJÁRULÁS**

Alulírott szerződő fél jelen okirat aláírásával kijelentem és  
elismerem, hogy a személyes adataimat megadtam a  
Biztosítóknak, hozzájárulok a személyes adataim gyűjtéséhez és  
kezeléséhez (ideértve azok feldolgozását és külföldre történő  
továbbítását is) a biztosítási feltételek részét képező  
Adatvédelmi Szabályzatban leírtaknak megfelelően, továbbá  
amennyiben más személyek személyes adatait adtam meg  
(vagy fogom megadni) a Biztosítóknak, kijelentem, hogy az  
érintett személyeket tájékoztattam az Adatvédelmi Szabályzat  
tartalmáról, illetve Adatvédelmi Szabályzatnak megfelelően fel  
vagyok hatalmazva az érintett személyek személyes adatainak  
továbbítására a Biztosító részére.

Aláírás: \_\_\_\_\_

Nyomtatott név: \_\_\_\_\_

Kelt: \_\_\_\_\_

Részletesebb tájékoztató a következő linken érhető el:  
<https://colonnade.hu/adatvedelem/>