

N Y I L A T K O Z A T

Utazó neve: .....

Utazó lakcíme:.....

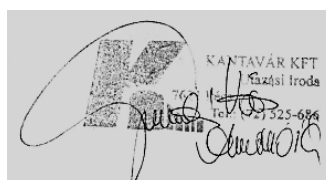
Program:.....

Időpont: .....

Alulírott kijelentem, hogy a 2019. évre érvényes külföldi baleset-, betegség és poggyászbiztosítással rendelkezem a ..... biztosítónál.

A Kantavár Utazási iroda programjaihoz ajánlott utas baleset-, betegség- és poggyászbiztosításra és szolgáltatásaira nem tartok igényt, így biztosítási káresemény bekövetkezése esetén a Kantavár Utazási irodát felelősség nem terheli.

Dátum: ....., 2019. ....



.....  
Utazó vagy megbízottja

.....  
Utazási Iroda képviselője

7621, Pécs Rákóczi út 67  
Tel.: 06 72 525 686 , 06 30 9 474 533  
Fax : 06 72 525 685

[www.kantavar.hu](http://www.kantavar.hu)  
[info@kantavar.hu](mailto:info@kantavar.hu)