

ZAHTEVEK ZA IZPLAČILO ZAVAROVALNINE

iz naslova zavarovanja stroška odpovedi turističnega potovanja



Škodni spis št.:

Polica št.:

Turistična agencija:

1. PODATKI O ZAVAROVANCU

Ime in priimek:	Rojstni datum:	Davčna številka:
Ulica in hišna številka:	Št. pošte in kraj:	Država:
Elektronski naslov:	Tel. št.:	
Naziv banke:	TRR: SI56 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

2. PODATKI O POTOVANJU

Datum odpovedi potovanja (kdaj je bila turistična agencija seznanjena z odpovedjo potovanja):	<input type="checkbox"/> Ustna (telefonska) odpoved, dne: <input type="checkbox"/> Pisna odpoved, dne: <input type="checkbox"/> Datum predvidenega začetka potovanja:
Vzrok odpovedi /prekinitev potovanja:	<input type="checkbox"/> nezgoda <input type="checkbox"/> smrtni primer <input type="checkbox"/> bolezen <input type="checkbox"/> poziv sodnih in upravnih organov <input type="checkbox"/> naravne nesreče <input type="checkbox"/> drugo:
Datum in ura nastanka škodnega dogodka (datum začetka obolenja, datum smrti, datum nezgode, itd.):	
Kdo je organizator potovanja (izpolni agencija):	<input type="checkbox"/> agencija, pri kateri je sklenjeno zavarovanje <input type="checkbox"/> druga agencija (katera): (v primeru, ko so za odpovedano potovanje veljavni pogoji agencije, ki ni sklenila zavarovanje, vas prosimo, da k prijavi priložite veljavne pogoje)
Ime in priimek oseb, navedenih na skupni polici, ki so odpovedale odhod na pot:	<input type="checkbox"/> odhod na pot so odpovedale naslednje osebe: 1) 2) 3) 4) 5) 6) <input type="checkbox"/> vse osebe, ki so navedene na skupni polici
V kakšnem sorodstvenem razmerju je zavarovanec z osebo, zaradi katere je moral odpovedati potovanje (morebitna ostala dokazila)?	
Znesek pogodbe, dejansko vplačani znesek, znesek zav. premije in način vplačila:	Znesek pogodbe: EUR Že vplačani znesek (višina): EUR, Zavarovalna premija: EUR, Način plačila:
Sprememba potovanja (v kolikor je prišlo do spremembe):	Datum spremembe potovanja: Strošek odpovedi:
Strošek odpovedi potovanja zavarovalna vsota-znesek, ki ga je zavarovanec dolžan plačati agenciji (zavarovalcu) za stroške, ki so nastali zaradi odpovedi potovanja (izpolni agencija):	Delež stroškov odpovedi potovanja glede na celotno ceno potovanja: % Stroški odpovedi potovanja: EUR

3. PODATKI O PREJEMNIKU NAKAZILA

Ime in priimek:	Rojstni datum:	Davčna številka:
Ulica in hišna številka:	Št. pošte:	Kraj:
Naziv banke:	TRR: SI56 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Polja izpolniti v primeru, če prejemnik nakazila ni enak zavarovancu.

4. PRILOGE

<input type="checkbox"/> Dokazilo o sklenjeni pogodbi o potovanju in zavarovalni pogodbi z dne,
<input type="checkbox"/> Pisna odpoved potovanja z dne,
<input type="checkbox"/> Dokazilo o vplačilu aranžmaja - bl. prejemek št. z dne,
<input type="checkbox"/> Pisna izjava zavarovanca "izjava 2" (v primeru, da odškodnino uveljavlja turistična agencija),
<input type="checkbox"/> Zdravniško potrdilo o bolezni z natančno diagnozo bolezni in vrsto terapije za to bo bolezen (zdravniško potrdilo mora vsebovati tudi mnenje, da se zavarovancu zaradi bolezni, navedene v diagnozi, odsvetuje udeležba na potovanju),
<input type="checkbox"/> Verodostojno potrdilo pristojne ustanove glede škodnega dogodka (npr. potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela, policijski zapisnik, vabilo sodišča) z dne,
<input type="checkbox"/> Dokazila o sorodstvenem razmerju, dokazila o osebah, ki z zavarovancem živijo v skupnem gospodinjstvu oz. dokazila o skrbstvu (v primeru, ko gre za smrtni primer oz. bolezen osebe, ki na polici ni navedena),
<input type="checkbox"/> Splošni pogoji organizatorja potovanja (v primerih, ko turistična agencija ni organizator potovanja),
<input type="checkbox"/> Splošni pogoji letalskega prevoznika (v primeru, ko je zavarovan strošek odpovedi letalske karte),
<input type="checkbox"/> Morebitna druga dokazila in pojasnila

5. IZJAVA

Podpisani izjavljam in z lastnoročnim podpisom potrjujem, da sem na vsa vprašanja odgovoril po resnici in dovoljujem svojemu zdravniku oz. ustanovi, ki me zdravi, oz. me je zdravila, da lahko zavarovatelju naknadno posreduje podatke o moji bolezni, ki je v vzročni zvezi z odpovedjo dogovorjenega potovanja. Za vse dane podatke kazensko in materialno odgovarjam.

Zavarovalnici dovoljujem, da lahko za potrebe reševanja prijavljenega zavarovalnega primera, zbira podatke o dogodku, udeleženi osebah in zavarovanih predmetih ter vpogleda in pridobiva listine iz zbirk podatkov. Dovoljujem in pooblašчам zavarovalnico Generali zavarovalnica d.d., da lahko od vseh zdravstvenih in drugih ustanov ter organov v mojem imenu zahteva in zbira vso zdravstveno in drugo dokumentacijo, ki je potrebna za ugotovitev temelja in višine obveznosti zavarovalnice. Priloženi računi in potrdila so originali. Seznanjen sem z informacijo o obdelavi osebnih podatkov, ki je dostopna tudi na www.generali.si/vop.

Kraj in datum:

Podpis zavarovanca:

6. POTRDILO AGENCIJE

Turistična agencija

potrjuje, da so zgornji

(ime in sedež turistične agencije)

podatki točni in da so bili stroški stornacije potovanja obračunani v skladu z veljavno pogodbo o turističnem potovanju z dne

Kraj in datum:

Žig in podpis turistične agencije: