



Škodni spis št.

Polica št.

1. PODATKI O ZAVAROVALCU

Ime in priimek/Naziv:	Tel. št.:	Št. police:
Ulica in hišna številka:	Št. pošte in kraj:	

2. PODATKI O ZAVAROVALNCU

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"/>	

3. PODATKI O POTOVANJU

Namen bivanja v tujini:	<input type="checkbox"/> zasebno potovanje	<input type="checkbox"/> službena pot	<input type="checkbox"/> študij	<input type="checkbox"/> stalno bivanje	<input type="checkbox"/> delo v tujini	<input type="checkbox"/> športna tekmovanja/treningi
	<input type="checkbox"/> drugo					
Datum odhoda v tujino:		Datum vrnitve:				
Potovalna agencija, pri kateri ste vplačali aranžma:		Destinacija:				

4. PODATKI O ŠKODNEM DOGODKU

1. Datum in ura nastanka škodnega dogodka:	
2. Država in kraj nastanka škodnega dogodka:	
3. Vzrok nastanka škodnega dogodka:	<input type="checkbox"/> bolezen <input type="checkbox"/> poškodba <input type="checkbox"/> zobozdravstvena storitev <input type="checkbox"/> zloraba kartice <input type="checkbox"/> preklíc leta <input type="checkbox"/> izguba prtljage <input type="checkbox"/> zamuda prtljage/leta <input type="checkbox"/> drugo:
4. Točen opis dogodka (kako je do škodnega dogodka prišlo):
5. Kratek opis zdravstvenih težav:	
6. Asistenčni center je bil obveščen o škodnem dogodku - Datum / ura:	
7. Ali ste vložili zahtevek še pri kateri drugi zavarovalnici?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA, pri kateri: Ali so vam bili stroški priznani? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA

Vrsta stroška	Znesek stroška in valuta	Opomba
Medicinska oskrba, obisk zdravnika		
Zdravila in zdravniški pripomočki		
Nujne zobozdravstvene storitve		
Prevoz do bolnišnice		
Stroški zaradi preklica leta		
Stroški zaradi izgube prtljage		
Stroški zaradi zamude prtljage / leta		
Stroški zlorabe kartice		
Stroški protipravnega odvzema gotovine		
Drugo:		
Skupaj:		

6. PODATKI O PREJEMNIKU NAKAZILA (izpolniti v primeru, če prejemnik nakazila ni enak zavarovancu)

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

7. PRILOGE IN OPOMBE

Pri kritju TUJINA

- Zdravniški izvidi z diagnozo
- Dokazilo, da je potovanje trajalo manj kot 90 dni (pri celoletnem ali permanentnem zavarovanju)
- Izvirnik računa za: zdravniški pregled zdravila nujni prevoz
- Drugo:

Pri kritju TUJINA POTOVANJE

- policijski zapisnik iz tujine
- potrdilo prevoznika, da je prtljaga dokončno izgubljena in da je iskanje zaključeno (v primeru izgube prtljage)
- potrdilo letalskega prevoznika o št. ur zamude in vzroku zamude (v primeru zamude leta ali prtljage)
- originalne račune za restavracijski obrok in napitke (v primeru zamude leta)
- originalne račune za nastanitev, prevoz do bližnje nastanitve, restavracijski obrok in napitke (v primeru preklica leta)
- originalne račune za nakup nujno potrebnih oblačil/obutve, zdravil in toaletnih potrebščin (v primeru zamude prtljage)
- natančen opis prtljage skupaj z datumom nakupa in vrednostjo (v primeru izgube ali kraje prtljage)

Pri kritju TUJINA KARTICE

- pisno prijavo zlorabe, izgube ali protipravnega odvzema kartice z navedbo datuma in ure prijave, datuma, ure in kraja škodnega dogodka ter z navedbo morebitnih prič dogodka
- kopijo policijskega zapisnika oz. potrdilo o prijavi policiji, če je bila kartica ali gotovina protipravno odvzeta. Iz zapisnika oz. potrdila morajo biti razvidni najmanj datum, ura in kraj škodnega dogodka, navedbe morebitnih prič dogodka ter opis protipravno odvzetih predmetov;
- če uveljavljate škodo zaradi zlorabe kartice: izpisek prometa poslovanja s kartico, iz katerega so razvidne transakcije, narejene s strani tretje osebe, in kopije potrdil o plačilu teh transakcij
- če uveljavljate škodo zaradi protipravnega odvzema gotovine: potrdilo o dvigu gotovine, iz katerega so razvidni datum, ura in znesek dviga.

Opombe:

8. IZJAVA

Za dane podatke in navedbe materialno in kazensko odgovarjam. Zavarovalnici dovoljujem, da lahko za potrebe reševanja prijavljenega zavarovalnega primera zbira podatke o dogodku, udeleženih osebah in zavarovanih predmetih ter vpogleda in pridobiva listine iz zbirk podatkov. Dovoljujem in pooblašчам Generali zavarovalnico 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 ali upravičenca:

Izpolnjen obrazec skupaj z vso dokumentacijo v izvirniku pošljete na naslov:

Generali zavarovalnica d.d.
Kržičeva 3
1000 Ljubljana

POMEMBNO – preden oddate zahtevek, prosim preverite:

- Zahtevku so priloženi vsi izvirniki računov, receptov in zdravstvene dokumentacije (fotokopij in slipov kreditnih kartic ne moremo sprejeti) ter vsa dokumentacija navedena glede na vrsto dogodka po navedenih prilogah.
- Zahtevek je v celoti izpolnjen
- Če so se v času trajanja zavarovanja spremenili vaši osebni podatki, ste nam to sporočili na zahtevku
- Za vsak škodni dogodek je izpolnjen svoj zahtevek
- Če je škodo utrpela mladoletna oseba, je zahtevek izpolnil zavarovančev zakoniti zastopnik.

Priporočamo vam, da obdržite kopije celotne dokumentacije, ki ste nam jo posredovali.