

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 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"/>

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"/> preklic 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. Zdravstvene težave:					
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				

5. STROŠKI

Šifra	Vrsta stroška	Znesek stroška in valuta	Opomba
MO	Medicinska oskrba, obisk zdravnika		
Z	Zdravila in zdravniški pripomočki		
ZS	Nujne zobozdravstvene storitve		
PB	Prevoz do bolnišnice		
PL	Stroški zaradi preklica leta		
IP	Stroški zaradi izgube prtljage		
ZP	Stroški zaradi zamude prtljage / leta		
D	Drugo:		
Skupaj:			

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"/>

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

6. PRILOGE IN OPOMBE

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:

Opombe:

7. IZJAVA

Za dane podatke in navedbe materialno in kazensko 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 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)
- 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.