



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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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 izvorniku pošljete na naslov:

Generali zavarovalnica d.d.
Kržičeva 3
1000 Ljubljana

POMEMBNO – preden oddate zahtevek, prosim preverite:

- Zahtevku so priloženi vsi izvorniki 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.