

ZAHTEVEK ZA POVRAČILO STROŠKOV IZ NASLOVA TURISTIČNEGA ZAVAROVANJA – GRAWE TURIST

1. Podatki o zavarovancu:

Zavarovalna polica št.:

Ime in priimek:

Naslov:

Datum rojstva:

Davčna št.:

Email:

Tel. št.:

(Izpolnite samo v primeru v kolikor vlagatelj zahtevka ni ista oseba kot zavarovanec):

starš zakonec skrbnik drugo:

Ime in priimek:

Naslov:

Datum rojstva:

E-mail:

Tel. št.:

Strinjam se, da mi bo GRAWE zavarovalnica d. d. z vpisom mojega e-poštnega naslova na obrazec, vso pisno komunikacijo v zvezi s tem prijavljenim škodnim dogodkom pošiljala na navedeni e-poštni naslov: DA NE

2. Podatki o zavarovalnem dogodku:

Namen potovanja: zasebno potovanje službena pot študij športna tekmovanja/treningi
drugo:

Datum začetka potovanja:

Predvideni datum vrnitve:

Datum nastanka škodnega dogodka:

Država in kraj nastanka škodnega dogodka:

Ali imate stalno ali začasno prebivališče v državi nastanka škodnega dogodka? DA NE

Vzrok nastanka zavarovalnega dogodka: bolezen poškodba preklic leta zamuda prtljage/leta izguba prtljage
zobozdravstvena storitev zloraba kartice drugo:

Podroben opis zdravstvenih težav ali opis škodnega dogodka:

Ali ste se za posledicami te bolezni/poškodbe zdravili že pred odhodom v tujino? DA NE

Ali je bil GRAWE asistenčni center obveščen o dogodku? DA NE

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 odtujenih predmetov		
Drugi stroški (z opombo)		
Skupni znesek vseh stroškov:		

Ali je zahtevek vložen tudi pri drugi zavarovalnici/letalski družbi? DA NE

Če da, kateri?:

3. Plačilo zavarovalnine:

Ime in priimek imetnika računa:

Številka transakcijskega računa: SI56 - - -

4. Priloge (k zahtevku priložite naslednjo dokumentacijo - ustrezno označite):

a.) Pri zavarovanju ZDRAVSTVENIH STORITEV:

kopijo zavarovalne police,
pogodbo o potovanju oz. dokazilo o rezervaciji in plačilu potovanja,
zdravniško dokumentacijo s podano diagnozo zdravnika, zdravniško
potrdilo o nezmožnosti potovanja,
v primeru smrti izpisek iz matične knjige umrlih,
kopija računa za: zdravniški pregled, zdravila, nujni prevoz,
drugo:

b.) Pri IZGUBI/ZAMUDI/POŠKODOVANJU PRTLJAGE ali ZAMUDI/PREKLICU/ODPOVEDI LETA:

kopijo zavarovalne police,
pogodbo o potovanju oz. dokazilo o rezervaciji in plačilu potovanja,
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),
potrdilo letalskega prevoznika o ne vračilu stroškov za zamudo/preklic/odpoved leta,
originalne račune za nastanitev, prevoz do bližnje nastanitve (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),
drugo:

c.) Pri IZGUBI/ZLORABI BANČNE KARTICE/TATVINI/ROPU

kopijo zavarovalne police,
pogodbo o potovanju oz. dokazilo o rezervaciji in plačilu potovanja,
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/ukraden predmet protipravno odvzet. 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,
drugo:

Podpisani izjavljam in s svojim podpisom potrjujem, da sem na vsa vprašanja odgovoril po resnici in popolno in sem seznanjen s tem, da lahko morebitno zamolčanje ali neresničnost podane izjave privede do izgube zavarovalnega kritja. GRAWE zavarovalnico, d. d. in njenega korespondenčnega partnerja TBS Team 24 d.o.o. pooblaščam, da opravi vse poizvedbe, ki so potrebne za reševanje tega škodnega primera z ugotovitvijo temelja in višine obveznosti zavarovalnice (npr. pri policiji, zdravstvenih ustanovah, drugih zavarovalnicah ipd.).

.....
Kraj in datum

.....
Podpis zavarovanca oz. vlagatelja

Izpolnjen zahtevek s prilogami lahko pošljete na naš el. naslov: **premozenje.asistenca@grawe.si** ali po pošti na naslov: **GRAWE zavarovalnica d. d., Gregorčičeva ul. 39, 2000 Maribor.**