GRAWE

ZAHTEVEK ZA POVRAČILO STROŠKOV PREKINITVE/ODPOVEDI POTOVANJA 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 prekinitvi/odpovedi potovanja:

Datum rezervacije: _____ Datum potovanja: od _____ do _____

Potovalna agencija: _____ Datum pisne prekinitve/odpovedi agenciji: _____

Destinacija: _____ Dejansko vplačani znesek do odpovedi: _____

Datum nastanka škodnega dogodka, ki je vzrok za prekinitev/odpoved potovanja: _____

Razlog: se nanaša na (označi): ☐ zavarovanca ☐ partnerja ☐ starše ☐ otroka ☐ brata/sestro
☐ bolezen ☐ poškodba ☐ hospitalizacija ☐ smrt ☐ neprostovoljna izguba zaposlitve ☐ vremenske neprilike
☐ odpoved dogodka (prireditve) ☐ epidemija, pandemija ☐ pričanje na sodišču
☐ ostalo: _____

Podroben opis dogodka:

Skupni znesek vseh stroškov: _____

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

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, kot npr):

- kopijo zavarovalne police,
- zdravniško dokumentacijo s podano diagnozo zdravnika,
- zdravniško potrdilo o nezmožnosti potovanja,
- v primeru smrti izpisek iz matične knjige umrlih,
- potrdilo organizatorja o rezervaciji in plačilu potovanja,
- opredelitev stroškov organizatorja potovanja, ter dokazilo o nevračilu denarja,
- vsa ostala dokazila za upravičenost do zavarovalnine.

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 korespodenčnega 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.**