

Prijava škode

Za plačilo pri nujenju medicinske pomoči



GENERALI Zavarovalnica d.d., Kržičeva 3, 1000 Ljubljana, Tel: +386/1/47 57 100, Fax: +386/1/47 57 116, e-mail: turisticna@generali.si

Prosimo, skrbno izpolnite ta obrazec in ga pošljite na zgoraj navedeni naslov.

Hvala za vaš trud!

Pol.št.: _____

Škoda št.: _____

Prosimo ustezno označite! ¶

(Izpolni zavarovalnica)

1. Ime zavarovanca	_____		
Ulica, hišna št.	_____		
Poštna št. / kraj bivanja	_____	_____	
Tel.št. (s klicno št.) v službi	_____	Tel.št. (s klicno št.) doma	_____
Začetek potovanja	_____	Konec potovanja	_____
Ali ste potovali sami?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Destinacija _____

2. Kje so nastali stroški?			
<input type="checkbox"/> Bivanje v bolnišnici	<input type="checkbox"/> Prevoz domov	<input type="checkbox"/> Reševanje	<input type="checkbox"/> Kakšno? _____
<input type="checkbox"/> Ambulantno zdravljenje	<input type="checkbox"/> Invalidnost	<input type="checkbox"/> Iz drugih vzrokov	_____
Višina nastalih stroškov:	€/SIT		

3. Opis dogodka:			
Kdaj in kje se je pripetil?	Datum _____	Kraj _____	Država _____

Obstajajo pričje?	<input type="checkbox"/>	Ime: _____	Naslov: _____
Ali je bil o dogodku narejen zapisnik?	<input type="checkbox"/>	_____	
Kdo je naredil zapisnik?	_____		

4. Diagnoza:	_____
--------------	-------

5. Ali zdravljenje še traja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kdo vas zdravi? Ime in naslov zdravnika oz. bolnišnice:	_____	

6. Pri kateri ustanovi ste socialno zdravstveno zavarovani?			
Področna enota	_____		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Druga zdravstvena zavarovalnica	_____		
Vaša št. zdravstvenega zavarovanja	_____		

7. Ali imate:	Če da:		Ime družbe:	
zdravstveno zavarovanje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Polica št. _____	_____	
nezgodno zavarovanje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Polica št. _____	_____	
kreditno kartico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Katero? VISA MASTERCARD DINERS AMERICAN EXPRESS		
številka kreditne kartice	_____			

8. Ali ste že vložili zahtevek za odškodnino pri eni od pod tč. 7 navedenih družb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Če da, pri kateri? _____	Ali so bili ti zahtevki priznani? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Priloga: _____
Zavarovalnina naj se plača na naslednji TRR.: _____
Bančna številka _____ Banka _____ glasi na _____
IBAN* _____ BIC koda* _____

Kraj in datum _____

Podpis _____

* samo pri nakazilih v tujino