



GENERALI zavarovalnica d.d. Ljubljana

Kržičeva 3, SI-1000 Ljubljana

T +386 (0)1 47 57 100, 080 70 77

F +386 (0)1 47 57 101

info.si@generali.com

generali.si

PRIJAVA ŠKODE ZA ZAVAROVANJE STORNA POTOVANJA

A. Vprašanja za potovalno agencijo oz. organizatorja potovanja			
Potovalna agencija:		Destinacija:	
Rezervirano dne:		Začetek potovanja:	Konec potovanja:
Kdaj je bilo potovanje <input type="checkbox"/> stornirano <input type="checkbox"/> prestavljeno <input type="checkbox"/> prekinjeno ?			
Cena aranžmaja EUR		Ali obstaja še drugo preko agencije sklenjeno zavarovanje z vključenim zavarovanjem storna? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da	
Višina stroškov storna brez davščin EUR , to je % cene potovanja.			
Kontaktna oseba pri morebitnih vprašanjih:	Ime in priimek:		žig/podpis:
	Tel. št.:	E-pošta:	
		Datum:	
B. Vprašanja za udeleženca potovanja			
Ime in priimek zavarovanca:		Datum rojstva:	
Ulica in hišna št.:			
Poštna št. / kraj bivanja:			
Telefon / mobilni telefon:			
E-naslov:			
Št. police:			
Ostali udeleženci potovanja, ki so potovanje prav tako stornirali/prestavili/prekinili.			
Ime in priimek:		Datum rojstva:	Sorodstveno razmerje:
Zakaj je bilo potovanje stornirano?		<input type="checkbox"/> Bolezen <input type="checkbox"/> Nezgoda <input type="checkbox"/> Smrt <input type="checkbox"/> Nosečnost <input type="checkbox"/> Premoženska škoda <input type="checkbox"/> Izguba delovnega mesta <input type="checkbox"/> Alergija na cepivo <input type="checkbox"/> Drugo:	
Pri osebi, ki ne potuje zraven: v kakšnem sorodstvenem razmerju je z udeležencem potovanja?			
Ali obstaja še kakšno drugo zavarovanje za primer storna? <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da			
Če da, kakšno?			
Kdaj se je pripetil dogodek, ki je vzrok za storno?			
Bivanje v bolnišnici: <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da		od	do
Bolniški list za ZZZS: <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da		od	do
Zavarovalnino prejme: <input type="checkbox"/> udeleženec potovanja <input type="checkbox"/> potovalna agencija na navedeni TRR.			
TRR se glasi na:			
Banka:		TRR št.:	Bančna številka:
Namen plačila:		IBAN*:	BIC koda*:
Zdravnika odvezujem zdravniške molčečnosti in se izrecno strinjam, da se podatki lahko posredujejo zavarovalnici.			

*samo pri nakazilih v tujino

V _____, dne _____.

(Podpis)

C. Vprašanja za lečečega zdravnika

(pri specialističnem zdravljenju za zdravnika specialista, pri bolnišničnem zdravljenju za bolnišnico)

Spoštovani,

zaradi bolezni oz. nezgode vašega pacienta se pri nas uveljavljajo zahtevki v okviru zavarovanja za storno potovanja. V interesu obdelave zavarovalnega primera in v skladu s pogoji vas prosimo, da natančno odgovorite na vsa spodnja vprašanja. Naš zavarovanec je dolžan, da vas v skladu s 5. odst. 7. čl. Pogojev za zavarovanje storna potovanja odveže zdravniške molčečnosti.

Za vaš trud se vam zahvaljujemo: GENERALI zavarovalnica d.d. Ljubljana.

Zdravniško spričevalo

Ime pacienta:

Rojstni datum:

Naslov:

1. Točna diagnoza (prosimo pišite čitljivo):

Aktualna terapija:

Ali je bil pacient na podlagi diagnoze na bolnišničnem zdravljenju?

Ne Da

Bolnišnica/ klinika:

od

do

Bolniški list za ZZZS

Ne Da (priložite kopijo bolniškega lista)

od

do

2. Kdaj je pacient zbolel? / Kdaj se je pripetila nezgoda?

Datum

3. Ali se ta bolezen medicinsko šteje kot težka (to pomeni, da je nastopila nezmožnost za potovanje?)

Ne Da

Kdaj je bila prvič zaznana nezmožnost za potovanje?

Datum

3a. Če ne gre za udeleženca potovanja (življenjski sopotnik, otroci, starši, bratje in sestre):
kdaj je bilo razvidno, da mora zavarovanec ostati doma?

Datum

4. Ali je bil pacient ob sklenitvi zavarovanja/rezervaciji potovanja zmožen potovanja

Datum

Ne Da

5. Ali gre za bolezen, ki obstaja že dlje časa?

Ne Da

od kdaj

Ali je nastopilo občutno poslabšanje?

Ne Da

Ali je bil pacient v zadnjih 12 mesecih pred sklenitvijo zavarovanja na podlagi postavljene diagnoze na bolnišničnem zdravljenju?

Ne Da

Bolnišnica/ klinika:

od

do

6. Ali vas je pacient pred potovanjem vprašal glede njegove zmožnosti za potovanje?

Ne Da

Pripombe:

S svojim podpisom potrjujem, da je pacient nezmožen za potovanje z destinacijo _____ z začetkom potovanja _____ ter pravilnost in popolnost svojih navedb. Obvezujem se, da bom o predmetnih izsledkih v tem spričevalu posredoval ustno informacijo zaupnim zdravnikom zavarovalnice.

Zavarovalnica si pridržuje pravico, da lahko zaradi lažnih podatkov v skladu s Kazenskim zakonikom sproži pravni pregon.

Kateri zdravnik lahko poda najboljše informacije o tej bolezni:

Ime, naslov, telefonska številka zdravnika:

Datum, žig in podpis lečečega zdravnika