



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, natančno in popolno izpolnite ta obrazec s tiskanimi črkami ter ga pošljite na zgoraj navedeni naslov. Ne pozabite na zdravniško potrdilo na hrbtni strani, ki ga mora izpolniti lečeči zdravnik. Hvala za vaš trud.

Št. police.: _____

Št. škode.: _____

Prosimo ustrezno označite!

(Izpolni zavarovalnica)

A. Vprašanja za potovalno agencijo oz. organizatorja potovanja

Potovalna agencija _____ Destinacija _____

Rezervirano dne _____ Začetek potovanja _____ Konec potovanja _____

Kdaj je bilo potovanje stornirano prestavljeno prekinjeno _____

Cena aranžmaja €/SIT _____ Ali obstaja še drugo preko agencije sklenjeno zavarovanje z vključenim zavarovanjem storna? Ne Da

Višina stroškov storna brez davščin €/SIT _____, to je _____ % cene potovanja

Kontaktna oseba pri morebitnih vprašanjih: žig/podpis:

Ime _____

Tel. št. _____ Datum _____

B. Vrašanja za udeleženca potovanja

Ime in priimek _____

Poštna številka _____ Naslov _____

Datum rojstva _____ Tel. št. _____ e-mail _____

Ostali udeleženci potovanja, ki so potovanje prav tako stornirali/prestavili/prekinili.

Ime in priimek	Datum rojstva	Sorodstveno razmerje
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Zakaj je bilo potovanje stornirano?

Bolezen Nezgoda Smrt Nosečnost Premoženjska škoda
 Izguba delovnega mesta Alergija na cepivo Drugo: _____

Ime dotične osebe _____

Pri osebi, ki ne potuje zraven: v kakšnem sorodstvenem razmerju je z udeležencem potovanja?

Ali obstaja še kakšno drugo zavarovanje za primer storna? Ne Da

Če da, kakšno? _____

Kdaj se je pripetil dogodek, ki je vzrok za storno? _____

Bivanje v bolnišnici Ne Da od _____ do _____

Bolniški list za ZZSZ Ne Da od _____ do _____

Zavarovalnino prejme udeleženec potovanja potovalna agencija

na navedeni TRR. TRR 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

Datum _____

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.

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/rezevaciji 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

Pri nosečnosti prosimo priložite dodatno kopijo nosečniškega izvida.

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