

ZAHTEVAK ZA POVRAČILO STROŠKOV IZ NASLOVA AVTOMOBILSKE ASISTENCE**1. ZAVAROVANEC (tj. oseba, ki je zavarovana in je koristila storitve v okviru sklenjenega zavarovanja):**

Ime in priimek: Naslov:
Telefonska številka: Elektronski naslov:
Številka police:

2. PODATKI O ZAVAROVALNEM PRIMERU:

Asistenčni center je bil o dogodku obveščen? ☐ DA ☐ NE
V kolikor NE, prosimo navedite razlog?

Datum nastanka zavarovalnega primera: Država nastanka zavarovalnega primera:
Datum odhoda v tujino: Datum vrnitve:
Namen potovanja: ☐ Poslovno ☐ Prosti čas
Podroben opis dogodka:

3. UVELJAVLJANJE ZAVAROVALNINE:

Označite kategorijo stroška, ki ste ga poravnali ter za katerega tudi zahtevate povračilo stroškov. Pri posamezni kategoriji stroška navedite skupen strošek v valuti države, kjer je nastal:

☐ Vleka vozila	skupen strošek:	valuta:
☐ Popravilo na licu mesta	skupen strošek:	valuta:
☐ Nadomestno vozilo	skupen strošek:	valuta:
☐ Hotel	skupen strošek:	valuta:
☐ Taxi prevoz	skupen strošek:	valuta:
☐ Drugi stroški (z obrazložitvijo):		

Skupni znesek vseh stroškov:

Ali zahtevek prav tako uveljavljate pri kateri drugi zavarovalnici? ☐ DA ☐ NE
V kolikor DA, pri kateri? sklenjena zavarovanja in zavarovalne vsote/
Povračilo stroškov v valuti EUR se izvede ob upoštevanju srednjega tečaja BS na dan izplačila, in sicer na osebni račun zavarovanca:
SI 56 odprt pri banki:
Ime in priimek lastnika računa:

Prejemnik sredstev povračila stroškov mora biti enak zavarovancu!

K zahtevku so priloženi (ustrezno označi): ☐ Dokazila o plačilu računov za izvedene storitve ☐ Kopija police ☐ Drugo

Izjava:

Zavarovanec oz. zakoniti zastopnik zavarovanja/prijavitelj izjavljam, da sem prijavil vse okoliščine v zvezi z zavarovalnim primerom ter predložil originalne račune in ostalo dokumentacijo v zvezi z zavarovalnim primerom ter da so vsi navedeni podatki in dokumentacija resnični in popolni. Če zavarovalnica ugotovi neresničnost ali nepopolnost podatkov ali dokumentacije v zvezi z zavarovalnim primerom, ima pravico, da zavrne povračilo stroškov iz tega zahtevka.

Kraj: Podpis zavarovanca oz. zakonitega
zastopnika zavarovanja/prijavitelja/
Datum:

Izpolnjen zahtevek s pripadajočo dokumentacijo pošljite na e-naslov claims@tbs-team24.com

Svetujemo vam, da shranite kopijo celotne dokumentacije, ki ste nam jo poslali.

Za vsa dodatna vprašanja nas lahko pokličete na tel. št. +386 (02) 707 24 02 ali pišete na elektronski naslov: claims@tbs-team24.com