

ZAHTEVK ZA POVRAČILO STROŠKOV IZ NASLOVA AVTOMOBILSKE ASISTENCE GRAWE MOBIL

Prosimo, da obrazec izpolnete, natisnete in podpišete.

1. ZAVAROVANEC (tj. oseba, ki je zavarovana in je koristila storitve v okviru sklenjenega zavarovanja):

Ime in priimek: _____ Naslov in kraj: _____

Številka police: _____ Moj e-poštni naslov: _____@_____

Telefonska številka: _____

2. PODATKI O ZAVAROVALNEM PRIMERU:

Asistenčni center je bil o dogodku obveščen?

DA NE

V kolikor NE, prosim 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: _____

