

Număr formular daune

Formular de constatare a daunei

ASIGURAREA STORNO

Vă rugăm completați cu atenție!

Mondial Assistance – Departamentul de Daune
Calea Floreasca nr. 169, Corp 1, Et.2, sector 1, București
Tel/Fax: +40-21/312 22 36; +40-21/312 22 38
E-mail : office.ro@mondial-assistance.at
www.mondial-assistance.ro

1. Cine a rezervat călătoria

Numele și prenumele

Adresa

Cod poștal, Localitate

Telefon

Email

Dețineți o carte de credit care are inclusă o asigurare de călătorie? nu da Dacă da, la ce bancă ? :

2. Informații privind călătoria

Organizator turistic

Agenția de turism

Numărul de poliță	<input type="text"/>	Prețul călătoriei	<input type="text"/>
Data rezervării	<input type="text"/>	Costurile de stornare ex. taxe de prelucrare	<input type="text"/>
Data începerii călătoriei	<input type="text"/>	Sfârșitul călătoriei	<input type="text"/>
Data stornării	<input type="text"/>	Înteruperea călătoriei	<input type="text"/>

Destinația călătoriei

3. Vă rugăm introduceți numele persoanelor a căror călătorie a fost anulată

1.	<input type="text"/>	Data nașterii	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	Data nașterii	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	Data nașterii	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	Data nașterii	<input type="text"/>

4. Motivele anulării călătoriei

Îmbolnăvire Accident Deces Sarcină

Alte evenimente, ce evenimente, data

Ce persoană a fost afectată

Este această persoană înrudită cu vreuna dintre persoanele care participă la călătorie nu da Dacă da, ce grad de rudenie ? :

Vă rugăm să anexați neapărat următoarele acte doveditoare : certificat medical, cu precizarea exactă a diagnosticului și tratamentului urmat pentru îmbolnăviri, răniri în urma accidentelor și sarcină. Dacă nu aveți un astfel de certificat, vă rugăm să transmiteți formularul alăturat medicului curant.

4.1 În caz de boală:

Descrierea exactă a bolii

Când au apărut primele simptome ale bolii Când a fost consultat medicul prima oară

Tratament ambulatoriu De la Până la

Spitalizare nu da De la Până la

Incapacitate de muncă De la Până la

Când a fost medicul prima dată întrebat dacă este posibilă călătoria

Care a fost opinia medicului

A mai fost pacientul sub observație medicală pentru aceeași afecțiune sau afecțiuni asemănătoare :
 nu da Ambulant de la: Până la:
Staționar de la: Până la:

4.2. În caz de accident:

Ziua accidentului Locul accidentului

A fost accidentul provocat de o a treia persoană? nu da

Numele și adresa persoanei care a provocat accidentul

Asigurarea de răspundere civilă a persoanei care a provocat accidentul (Nume, Adresa, Nr. Contractului) :

5. Declarație:

**Vă asigur că informațiile de mai sus sunt complete și certific corectitudinea lor.
Îmi este cunoscut faptul că declarațiile false pot duce la pierderea protecției prin asigurare.**

Localitate Data Semnătura persoanei care a rezervat călătoria

Suma de plată va fi efectuată la:
Biroul de turism/Agenție de voiaj Asigurat Diverse:

Număr cont* Codul SWIFT al băncii

Titular cont

*Vă rugăm precizați valuta contului (RON/EUR)!

Pentru prelucrarea dosarului de daună, avem nevoie de următoarele documente:

- Certificatul de asigurare (Polița de asigurare sau confirmarea de rezervare)
- Confirmarea de rezervare a călătoriei
- Chitanța storno
- Document doveditor al producerii evenimentului asigurat (Certificat medical
Certificat de deces)

da nu
da nu
da nu
da nu

Numărul formularului

Stimate Asigurat,

Vă rugăm completați următorul formular cu datele de călătorie și semnați următoarea declarație. Înmânați apoi acest formular medicului care vă tratează.

CONFIDENȚIALITATEA DATELOR

Îmi este cunoscut faptul că Asiguratorul, pentru a acorda protecția prin asigurare, are obligația de a verifica declarațiile pe care le-am făcut pentru motivarea pretențiilor mele față de asigurare. În acest scop, eliberez toate cadrele medicale (care sunt menționate în documentația prezentată de mine sau au fost implicate în procesul de vindecare) de angajamentul de confidențialitate a datelor chiar și după moartea mea.

În ceea ce privește un tratament medical anterior acordat de un medic, dentist sau alte cadre medicale (nu mai mult de un an înainte de apariția daunei sau în cazul bolilor, care apar neregulat pe perioade mai lungi : ex. boli psihice sau epilepsie, de doi ani) este valabilă această eliberare a angajamentului de confidențialitate a datelor, numai dacă aceste informații sunt necesare pentru verificarea acordării protecției prin asigurare.

A se completa de către Asigurat

Data rezervării	<input type="text"/>	Data călătoriei	<input type="text"/>
Destinația de călătorie	<input type="text"/>		
Localitate, Data	<input type="text"/>	Semnătura (în cazul minorilor este necesară semnătura tutorelui legal)	<input type="text"/>

CERTIFICAT MEDICAL
(A se completa doar de medic!)

Se va depune la : Mondial Assistance
Calea Floreasca nr. 169, sector 1, Bucuresti

Stimată (e) Doamnă/Domnule Doctor

Vă rugăm completați formularul următor, pentru ca noi să putem evalua exact obligația noastră de acordare a serviciilor de asigurare.

Numele pacientului Prenumele

Data de naștere Ocupația

Strada

Cod poștal/Localitate

A. ÎMBOLNĂVIRE/ACCIDENTUL ASIGURATULUI

Diagnostic

Când a fost stabilit diagnosticul

Când a fost consultat medicul prima oară (pentru această afecțiune)

Existau la această dată motive ca pacientul să nu întreprindă călătoria ?

Era pacientul in incapacitate de muncă nu da De la ce dată ?

Spitalizare nu da De la Până la

Numele medicului care a făcut trimiterea

Exista boala de mai mult timp nu da, de cât timp ?

Existau în momentul rezervării călătoriei motive ca pacientul să nu întreprindă călătoria, din punct de vedere medical ? nu da

Ați fost consultat după aceea ? nu da Când?

Observații

Din ce moment, după experiența dvs, era de așteptat ca plecarea în călătorie nu mai este posibilă din punct de vedere medical ?(vă rugăm să specificați data exactă)

B. ÎMBOLNĂVIREA UNUI MEMBRU AL FAMILIEI

Diagnostic

Data apariției bolii

Când a fost prima dată constatată, din punct de vedere a stării medicale a pacientului, că prezența unui membru al familiei este necesară ?

C. SARCINA

**Când a fost sarcina
constată**

Când a fost prima dată constatat că din cauza sarcinii călătoria nu mai este posibilă?

Localitate, Data

Parafa medicului

Semnătura