

Notificare de daună costuri medicale	Numărul poliței:	
	Numărul dosarului de daună:	Numărul de referință:
1. Informații cu privire la persoana vizată (Vă rugăm să completați integral!)		
Numele și prenumele		
Adresa	Codul poștal	Localitatea
Adresa e-mail	Telefon	
Dețineți un card de credit cu asigurare de călătorie inclusă? <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> altele _____	Numărul cardului de credit (primele 12 cifre) -----	
Sunteți titularul unei asigurări suplimentare de sănătate? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	Despre ce asigurare este vorba?	
2. Informații cu privire la îmbolnăvire/accident (Vă rugăm să completați integral!)		
Durata călătoriei zz//ll/aa	Țara în care vă aflați la momentul îmbolnăvirii /accidentului	
Data producerii evenimentului zz//ll/aa		
Care este diagnosticul stabilit ?		
În momentul începerii călătoriei se înregistrau afecțiuni? În caz afirmativ, despre ce este vorba?		
Când ați identificat pentru prima dată semne ale afecțiunii cu privire la care sunt solicitate costuri?		
Cuantumul costurilor generate?.....	Care este moneda în care s-a efectuat plata?	Modalitatea de plată Numerar <input type="checkbox"/> Card de credit <input type="checkbox"/>
Detaliați mai jos:		
3. Declarație de cesiune (Vă rugăm să completați integral!) Prezentul document justificativ este prevăzut în scop de prezentare la asigurările sociale legale.		
Dețin calitatea de asigurat social la (numele institutiei)		
Adresa _____ cu numărul de asigurat social / CNP _____ și cesionez toate creanțele în raport cu casa mea de asigurări sociale în asociere cu incidentul menționat mai sus către AWP P&C S.A, Pottendorfer StraÙe 23-25, 1120 Viena. În mod suplimentar mandatez prin prezenta casa de asigurări sociale să comunice diferite informații către AWP P&C S.A., care se referă în acest caz la plata prestațiilor.		
Localitatea, data	Semnătura asiguratei/asiguratului	

Ne permitem să vă atragem atenția asupra faptului că eventuale rambursări în contul dumneavoastră efectuate de către casa de asigurări sociale vor reveni AWP P&C S.A., urmând a fi transferate în contul bancar menționat în cele ce urmează. Plățile achitate anterior în asociere cu incidentul descris mai sus sunt vizate de asemenea de această prevedere. Date bancare: BA-CA cont 0040-04545/00 - cod bancar 12000 - IBAN: AT40 1100 0004 0045 4500 - SWIFT: BKAUATWW)

4. Suma de plată urmează a fi achitată către		
IBAN	Cod SWIFT	Moneda contului
Banca		
Titularul de cont		
Adresa titularului de cont		
Localitatea, Data	Semnătura	

5. Pentru o prelucrare integrală a dosarului de daună, vă rugăm să anexați documentele menționate în cele ce urmează:
✓ Copie C./ B./ certificate de naștere
✓ Polița de asigurare (original)
✓ Dovada plății poliței de asigurare (chitanța, op, extras de cont)
✓ Dovada rezervării călătoriei (voucher cazare, bilet de avion, etc)
✓ Raportul medical conținând numele pacientului, diagnosticul, date referitoare la tratament, durata și gradul incapacității de muncă, respectiv durata și gradul invalidității, dacă este cazul
✓ Constatările medicale în baza cărora se constată necesitatea transportului medical de urgență, dacă este cazul
✓ Facturile în original și dovada plății acestora , pentru medicamente, consultații medicale (cu menționarea denumirii afecțiunii și a naturii tratamentului)
✓ Vă rugăm să anexați o listă detaliată de costuri, în măsura în care există mai multe facturi (moneda/suma)
✓ Pentru alte costuri solicitate de persoana asigurată în vederea compensației, facturi sau acte justificative originale (ex. facturi, BF farmacie)
✓ În măsura în care ați depus anterior documentele justificative la casa de asigurări sociale, vă rugăm să ne transmiteți documentul de plată al casei de asigurări sociale, precum și copii ale facturilor originale pentru medicamente, consultații medicale (cu menționarea denumirii afecțiunii și a naturii tratamentului)
✓ Copie a fișei pacientului de la medicul de familie cu înregistrările din ultimele 12 luni, semnată și parafată pe fiecare pagină "conform cu originalul"- dacă este cazul;

Polița de confidențialitate:

Datele privind sănătatea aparțin categoriei speciale de date cu caracter personal. Prin faptul că ne-ați informat despre astfel de date în legătură cu un caz de asigurare specifică, împreună cu o cerere de examinare și de procesare a daunelor, sunteți de acord cu procesarea datelor dvs. de sănătate necesare prelucrării evenimentului asigurat.

Acordul poate fi retras în orice moment, cu efect pentru viitor. Cu toate acestea, menționăm în mod expres că atunci obligația plății evenimentului asigurat eventual nu poate fi verificată. Dacă examinarea revendicării a fost deja încheiată, de ex. din condiții legale, este necesar ca datele să nu fie șterse.