

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?		
Cuquantumul costurilor generate?..... Detaliați mai jos:	Care este moneda în care s-a efectuat plata?	Modalitatea de plată Numerar <input type="checkbox"/> Card de credit <input type="checkbox"/>
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 instituției) _____ 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 Straße 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	

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.I./ B.I./ 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;

Declarație de confidențialitate:

Am luat cunoștință de Notificarea privind prelucrarea datelor cu caracter personal a AWP P&C S.A. filiala pentru Austria . Înțeleg că datele referitoare la starea de sănătate fac parte dintr-o categorie specială de date cu caracter personal și comunicarea acestor date către AWP P&C S.A. filiala pentru Austria, cu ocazia unui caz concret de asigurare, este necesară pentru verificarea și soluționarea daunei, în vederea acordării despăgubirii solicitate. Acordul poate fi revocat în orice moment cu efect pentru viitor. Vă atragem însă expres atenția asupra faptului că, în acest caz, ar putea să nu mai fie posibilă verificarea și soluționarea dosarului de dauna, ceea ce poate determina imposibilitatea îndeplinirii de către AWP P&C S.A. filiala pentru Austria de a-și îndeplini obligația de acordare de despăgubiri în temeiul cazului asigurat. În măsura în care a fost finalizată deja verificarea cazului de daună, obligațiile legale de arhivare pot conduce de exemplu la situația în care datele nu vor fi șterse.

Declar următoarele:

a) Sunt de acord cu și am interes că prelucrarea de către AWP P&C S.A. - filiala pentru Austria a datelor mele cu caracter personal inclusiv cele privind starea de sănătate este indispensabilă în vederea prestării serviciilor de asigurare, inclusiv acordarea despăgubirilor, cu respectarea legislației specifice în vigoare.

Da Nu

Exonerez de secretul profesional orice medic sau instituție (exemple: case de asigurari de sănătate, spitale, clinici, cabinete medicale, medici de familie etc.) ce dețin informații referitoare la starea mea de sănătate, inclusiv istoricul meu medical, în vederea punerii acestora la dispoziția AWP P&C S.A. - filiala pentru Austria în caz de daună:

Da Nu

Sunt de acord cu prelucrarea de către AWP P&C S.A. - filiala pentru Austria a datelor personale ale minorilor asigurați ai căror reprezentat legal sunt:

Da Nu

Sunt de acord să primesc toată corespondența legată de această Notificare de daună, pe cale electronică, utilizând adresa de e-mail comunicată în prezentul document, iar aceasta comunicare va produce aceleași efecte ca și comunicarea letrică (pe hârtie). În cazul în care datele mele de contact vor suferi modificări, voi transmite în timp util către AWP P&C SA – Filiala pentru Austria noile date, prin comunicarea acestora către daune@mondial-assistance.at, protectiadatelor.azpro@allianz.com .

Da Nu

Data: _____ Semnatura: _____