

Notificare de daună costuri de întrerupere a călătoriei	Numărul poliței:	
	Numărul dosarului de daună:	Numărul de referință:

1. Informații cu privire la călătorie (Vă rugăm să completați integral!)		
Prețul inițial al călătoriei	Cuquantumul costurilor serviciilor rezervate și nefolosite	Cuquantumul costurilor suplimentare
Data de început a călătoriei zz/ll/aa	Data întreruperii călătoriei zz/ll/aa	Data de sfârșit a călătoriei zz/ll/aa
Destinația călătoriei		Data anunțului de întrerupere a călătoriei zz/ll/aa
2. Turiștii a căror rezervare a fost întreruptă (Vă rugăm să completați integral!)		
Numele și prenumele		
Adresa		Codul poștal
		Localitatea
Data nașterii zz/ll/aa	Adresa de e-mail	Numărul de telefon
Dețineți un card de credit cu asigurare în cazul întreruperii călătoriei inclusă? <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> altele _____		Numărul cardului de credit -----
Sunteți titularul unei asigurări suplimentare de protecție în cazul întreruperii călătoriei? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu		Despre ce asigurare este vorba?
Turistul 2		Data nașterii zz/ll/aa
Turistul 3		Data nașterii zz/ll/aa
Turistul 4		Data nașterii zz/ll/aa
Turistul 5		Data nașterii zz/ll/aa
Turistul 6		Data nașterii zz/ll/aa
3. Exonerare de la cerința de respectare a obligației de confidențialitate (Vă rugăm să completați integral!)		
<p>Îmi este cunoscut faptul că pentru evaluarea obligației sale de acordare de despăgubiri, asigurătorul verifică informațiile pe care le comunic în scopul motivării solicitării mele. În acest scop exonerez reprezentanții profesilor medicale sau ai instituțiilor medicale, menționați în documentele prezentate de mine sau care au fost implicați în măsura terapeutică administrată, de obligația de confidențialitate – inclusiv după decesul meu. Cu privire la măsurile terapeutice administrate anterior încheierii asigurării, această exonerare de la obligația de confidențialitate se aplică însă numai în măsura în care aceste informații sunt necesare pentru verificarea obligației de acordare de despăgubiri.</p>		
Localitatea, Data		Semnătura (în cazul minorilor, a reprezentantului legal)

4. Motivul întreruperii călătoriei (Vă rugăm să completați integral!)

Care este persoana vizată de această situație?

În cazul în care persoana vizată nu deține calitatea de turist care urma să participe la călătoria respectivă, vă rugăm să menționați în acest caz gradul de rudenie

Cauza întreruperii călătoriei

Motive de sănătate (îmbolnăvire / accident / deces)

Alte cauze _____

4.1. Cauza întreruperii : Motive de sănătate

Diagnosticul

Când au apărut primele simptome ale îmbolnăvirii?

zz/ll/aa

Când a fost consultat medicul?

zz/ll/aa

Tratament în regim ambulatoriu de la / până la

zz/ll/aa

Tratament intraspitalicesc de la /până la

zz/ll/aa

Când a fost consultat medicul pentru prima dată cu privire la necesitatea întreruperii călătoriei ? zz/ll/aa

Care a fost aprecierea sa?

Ca urmare a aceleași afecțiuni sau a unei afecțiuni similare, pacientul a beneficiat și anterior de tratament medical?

Da Nu

5. Declarație

Certific prin prezenta faptul că informațiile furnizate de mine sunt complete și corespund realității. Cunosc faptul că informațiile false conduc la pierderea protecției conferite prin asigurare.

Localitatea, data

Semnătura

6. Suma de plată urmează a fi achitată către

IBAN

Cod SWIFT

Moneda cont

More value together

Pagina 2 din 4

Banca		
Titularul de cont		
Adresa titularului de cont		
Localitatea, Data	Semnătura	

Pentru o prelucrare a daunei, vă rugăm să anexați documentele menționate în cele ce urmează:

- ✓ Polița de asigurare (original)
- ✓ Dovada plății poliței de asigurare (chitanța, OP, extras de cont)
- ✓ Formularul de daună completat în întregime (original)
- ✓ Dovada rezervării călătoriei (contract, factură, chitanță, voucher cazare, bilet de avion, etc)
- ✓ **Confirmarea întreruperii călătoriei** din partea închiriatorului/ghidului de călătorii/hotel (original)
- ✓ **Confirmarea organizatorului de călătorii/hotel** cu privire la serviciile de călătorie, care nu pot fi restituite (original)
- ✓ **Confirmarea medicală** (cu numele pacientului, diagnosticul precum și cu datele referitoare la tratament) din partea medicului de la fața locului, care a dispus în scris, întreruperea călătoriei, precum și din partea medicului care a preluat continuarea tratamentului în România
- ✓ Certificatul de deces, certificate doveditoare ale gradului de rudenie
- ✓ Alte certificate oficiale
- ✓ Bilet de avion de întoarcere, factura aferentă biletului de avion și dovada plății

Certificat medical (a se completa obligatoriu de către medic)	
în scop de prezentare la AWP P&C S.A. Filiala pentru Austria Pottendorfer Straße 23-25, A-1120 Viena	
Vă rugăm să formulați răspunsuri la următoarele declarații în sensul declarației asiguratului, astfel încât să existe posibilitatea de apreciere a obligației de acordare de despăgubiri pentru protecția .	
Numele pacientului/pacientei	
Numele medicului curant	
Diagnostic	
Când a fost formulat diagnosticul? zz/ll/aa	
La momentul respectiv existau obiecții cu privire la întreruperea călătoriei?	
Când au fost identificate pentru prima dată semnele afecțiunii actuale?	
S-a înregistrat incapacitate de muncă? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	De când? zz/ll/aa
Tratament intraspitalicesc? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	De la/până la zz/ll/aa
Când ați fost chestionat pentru prima dată cu privire la posibilitatea de întrerupere a călătoriei? Data zz/ll/aa	
Când a fost identificată pentru prima dată imposibilitatea de a efectua călătoria? Data zz/ll/aa	
Afecțiunea era prezentă deja de mai multă vreme? <input type="checkbox"/> Da, din zz/ll/aa _____ <input type="checkbox"/> Nu	
Mențiuni	
Localitatea, data	Ștampila medicului
Semnătura	