

Notificare de daună costuri de anulare a călătoriei	Numărul poliței:
	Numărul dosarului de daună:

1. Informații cu privire la călătorie (Vă rugăm să completați integral!)			
Agenție de turism/biroul de rezervări		Touroperator	
Prețul călătoriei	Cuantumul costurilor de anulare	Procentul de penalizare% din prețul călătoriei	
Data rezervării călătoriei zz/ll/aa	Data anulării călătoriei zz/ll/aa	Data de început a călătoriei zz/ll/aa	Data de sfârșit a călătoriei zz/ll/aa
Destinația călătoriei		Data anunțului de anulare a călătoriei	
2. Turiștii a căror rezervare a fost anulată (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 de călătorie 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 anulării 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 profesiilor 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 anulării 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 anulării călătoriei

Motive de sănătate (îmbolnăvire / sarcină / accident / deces)

Alte cauze _____

4.1. Cauza stornării: 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

Incapacitate de muncă de la / până la zz/ll/aa (conform Certificatului de concediu medical eliberat de medic)

Când a fost consultat medicul pentru prima dată cu privire la capacitatea de efectuare a 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 contului

Banca

Titularul de cont

Adresa titularului de cont

Localitatea, Data

Semnătura

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 întrebări, în sensul declarației asiguratului, astfel încât să existe posibilitatea de apreciere a obligației de acordare de despăgubiri în baza asigurării de stornare.

Numele pacientului/pacientei

Numele medicului curant

Diagnostic

Când a fost formulat diagnosticul? zz/ll/aa

La momentul respectiv existau obiecții cu privire la începerea călătoriei?

Când au fost identificate pentru prima dată semnele afecțiunii actuale?

S-a înregistrat incapacitate de muncă?

 Da Nu

De când? zz/ll/aa

Tratament intraspitalicesc (în ultimele 12 luni)?

 Da Nu

De la/până la zz/ll/aa

Când ați fost chestionat pentru prima dată cu privire la posibilitatea de efectuare 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?

 Da, din zz/ll/aa _____ Nu

Mențiuni suplimentare:

Sarcină

Când a fost constatată sarcina?

Când s-a constat pentru prima dată imposibilitatea de efectuare a călătoriei cu raportare la sarcină?

Care au fost complicațiile sarcinii care au condus la această apreciere?

Localitatea, data

Date de contact medic

Nume/prenume

Semnătura și parafa medicului

Telefon

E-mail

More value together

Pagina 3 din 6

Pentru o prelucrare a daunei, 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)
- ✓ Formularul de daună completat în întregime inclusiv certificatul medical (pag.3) completat de către medicul curant (original)

DOCUMENTE PRIVIND ACHIZITIONAREA SERVICIILOR TURISTICE

- ✓ Contract servicii turistice (original)
- ✓ Condițiile de penalizare în caz de anulare aferente pachetului rezervat de la TO - organizatorul de călătorii, hotel, sistem de rezervare etc.
- ✓ Factura de achiziționare a serviciilor turistice (original)
- ✓ Dovada plății serviciilor turistice (chitanța, OP, extras de cont)
- ✓ Voucher cazare și/sau bilet de avion
- ✓ Confirmarea rezervării serviciilor turistice:
 - 1.din sistemul de rezervări al TO, din care sa rezulte tariful de vânzare către client al TO și data confirmării rezervării;
 2. din partea hotelului din care să rezulte data rezervării și tariful de vânzare către client;
 - 3.primită pe email, în cazul rezervărilor on - line, din care să rezulte data rezervării și tariful de vânzare.

DOCUMENTE PRIVIND ANULAREA SERVICIILOR TURISTICE

- ✓ Dovada de anulare a serviciilor turistice din partea :TO - organizatorul de călătorii, hotel, sistem de rezervare din care să reiasă data anulării și penalizările aplicate
- ✓ Pentru biletele de avion (cu excepția charterelor) - nota de rambursare solicitată de emitentul biletului de avion, companiei aeriene, în care se menționează taxele de aeroport rambursate și penalizările aplicate
- ✓ Factura de anulare a serviciilor turistice (factura storno) - original
- ✓ Factura de penalizare (conform condițiilor de penalizare ale ofertei existente la TO - organizatorul de călătorii/hotel/sistem de rezervare) - original

DOCUMENTE REFERITOARE LA EVENIMENT

- ✓ **Îmbolnăvire gravă bruscă**
 - 1.documente medicale detaliate ale evenimentului inclusiv antecedentele medicale referitoare la îmbolnăvire (anamneză, scrisoare medicală, bilet de externare, documentele tratamentelor medicale, constatările etc.) - copie
 2. Copie a fișei pacientului de la medicul de familie cu înregistrările din ultimele 12 luni, semnată și parafată pe fiecare pagină "conform cu originalul"
 - 3.Certificat de concediu medical (copie)

4. Certificat de rudenie (certificat de naștere, certificat de căsătorie, dovada unei coabitări, conviețuiri - buletin de înscriere în evidența populației);

Atentie!

✓ În cazul bolilor infecțioase se vor prezenta:

1. Adeverință de la medicul specialist în boli infecțioase

2. Înregistrarea din fișa pacientului de la medicul de familie cu diagnosticul și tratamentul recomandat (copie semnată și parafată pe fiecare pagină "conform cu originalul")

✓ **Sarcina**

1. Documente medicale care să ateste data confirmării sarcinii (inclusiv ecografia)

2. Raportul medical prin care medicul interzice efectuarea călătoriei

3. Documente medicale detaliate (scrisoare medicală, raport medical, investigații medicale, bilet de externare etc)

4. Copie a fișei pacientului de la medicul de familie din care să reiasă data luării în evidență a sarcinii, semnată și parafată pe fiecare pagină "conform cu originalul";

5. Certificat de concediu medical (copie);

✓ **Accident**

1. Documente medicale

2. Dovada incapacității de a munci și a călătorii (certificat de concediu medical, etc)

3. Raport constatator al accidentului eliberat de organele competente

4. Certificat de rudenie (certificat de naștere, certificat de căsătorie, dovada unei coabitări, conviețuiri - buletin de înscriere în evidența populației);

✓ **Deces**

1. Certificat de deces

2. Certificat de rudenie (certificat de naștere, certificat de căsătorie, dovada unei coabitări, conviețuiri - buletin de înscriere în evidența populației)

✓ **Concediere**

1. Preaviz de concediere;

2. Decizia de încetare a contractului de muncă;

3. Documentul din Revisal care atestă scoaterea angajatului din evidențele firmei.

✓ **Altele**

Cerere de divorț/preaviz de concediere/ordin de concentrare în serviciul militar, etc.

Declarație de confidențialitate:

Am luat cunoștința 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: _____