

Metropolitan Life Asigurări  
MetLife Europe d.a.c. Dublin  
Sucursala București  
Europe House , B-dul Lascăr Catargiu nr. 47-53  
RO-010665, sector 1, București  
T +40 21 208 41 00  
F +40 21 208 41 04  
[client@metropolitanlife.ro](mailto:client@metropolitanlife.ro)  
[www.metropolitanlife.ro](http://www.metropolitanlife.ro)



## DECLARAȚIA MEDICULUI – Asigurare pentru Copil

### DATE DE IDENTIFICARE A ASIGURATULUI POLIȚEI (pacientul dumneavoastră):

Numele și prenumele pacientului: \_\_\_\_\_

Codul Numeric personal:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Evenimentul a survenit ca urmare a  unui Accident  unei Îmbolnăviri

Menționați data apariției primelor simptome ale îmbolnăvirii/ data producerii accidentului: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

### I. DATE PRIVIND EVENIMENTUL PENTRU CARE SE SOLICITĂ DESPĂGUBIRE PRECUM ȘI ISTORICUL MEDICAL AL ASIGURATULUI:

Menționați diagnosticul, anamneza, eventualele complicații, perioada de spitalizare. În cazul în care s-a practicat o intervenție chirurgicală, vă rugăm să precizați detalii:

Data internării: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_      Data externării: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Care a fost prima dată când acest pacient a fost consultat sau tratat în legătură cu această îmbolnăvire / acest accident?

Data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Dacă în urma accidentului a avut loc o imobilizare într-o formă medicală (aparat gipsat, atela gipsată, etc.), precizați localizarea și durata imobilizării: \_\_\_\_\_

În cazul în care pacientul a suferit o arsură, vă rugăm precizați gradul și suprafața în procente sau cm<sup>2</sup>, precum și îngrijirile medicale acordate: \_\_\_\_\_

A mai avut pacientul același tip sau alte tipuri similare de îmbolnăviri / accidentări în trecut?

DA  NU

Dacă da, precizați detalii: \_\_\_\_\_

Ați mai tratat anterior acest pacient? DA  NU

Dacă da când? \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Precizați motivul: \_\_\_\_\_

Pacientul prezintă vreo suferință sau afecțiune cronică? Dacă da, vă rugăm descrieți (specificați de când): \_\_\_\_\_

În cazul unui accident/ a unei îmbolnăviri, considerați că vor exista consecințe permanente? Dacă da, vă rugăm descrieți \_\_\_\_\_

Pacientul este dreptaci / stângaci (în cazul unei accidentări a membrilor superioare):

DREPTACI

STÂNGACI

Descrieți starea actuală de sănătate a pacientului: \_\_\_\_\_

Certific în continuare că toate răspunsurile la întrebările de mai sus sunt corecte și adevărate conform cunoștințelor mele.

Data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Numele, semnătura și parafa medicului \_\_\_\_\_

Adresa și numărul de telefon: \_\_\_\_\_

*Acest formular nu constituie o sursă de facturare*