

DECLARAȚIA MEDICULUI

Vă rugăm să bifați conform situației pentru care persoana asigurată/pacientul solicită despăgubirea (pentru care persoana asigurată/pacientul va transmite documente suport către compania de asigurări):

- | | |
|---|---|
| ☐ SPITALIZARE | ☐ INVALIDITATE PERMANENTĂ TOTALĂ |
| ☐ INTERVENȚIE CHIRURGICALĂ | ☐ INVALIDITATE PERMANENTĂ PARȚIALĂ |
| ☐ AFECȚIUNI GRAVE | |

I. DATE DE IDENTIFICARE A ASIGURATULUI POLIȚEI (pacientul dumneavoastră):

Numele și prenumele pacientului: _____

Codul Numeric personal:

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

Evenimentul a survenit ca urmare ☐ a unui **Accident** ☐ a unei **Îmbolnăviri**

Menționați data apariției primelor simptome ale îmbolnăvirii/ data producerii accidentului: __ / __ / ____

II. 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: __ / __ / ____

Numele, adresa și numărul de telefon al instituției medicale: _____

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

Data: __ / __ / ____

De către cine? (dacă sunt cunoscute, precizați numele medicului, adresa instituției medicale și numărul de telefon):

A mai avut pacientul același tip sau alte tipuri similare de îmbolnăviri/ accidentări în trecut: DA ☐ NU ☐

Dacă da, precizați detalii: _____

Înainte de producerea acestei îmbolnăviri/acestui accident, avea pacientul vreo afecțiune sau deficiență fizică? Dacă da, vă rugăm detaliați: _____

Dacă în urma accidentului a avut loc o imobilizare într-o formă medicală (aparatură gipsată, atelă 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 cm², precum și detalii cu privire la îngrijirile medicale acordate: _____

Dacă este cazul - În ce grad de invaliditate/ handicap, este încadrat asiguratul? Vă rugăm să menționați ce capacitate de muncă are asiguratul ca urmare a evenimentului suferit ? (ex. Capacitate de muncă de 100%, Capacitate de muncă de muncă de 50%, etc.) _____

Considerați că pacientul va putea să-și reia activitatea profesională, dacă da când ? _____

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

Ați mai tratat anterior acest pacient? DA ☐ NU ☐

Dacă da când? __ / __ / ____

Precizați motivul: _____

Descrieți starea actuală de sănătate a pacientului: _____

Considerați că vor exista consecințe permanente produse de accident/ îmbolnăvire? Dacă da, vă rugăm descrieți: _____

Pacientul este dreptaci sau stângaci? ☐ DREPTACI ☐ STÂNGACI

(în cazul unei accidentări a membrilor superioare)

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

NUMELE ȘI PRENUMELE MEDICULUI _____

Data: __ / __ / ____

SEMNĂTURA ȘI PARAFĂ _____

Adresa și numărul de telefon: _____

Notă! Acest formular nu constituie o sursă de facturare

MetLife Europe Designated Activity Company este o societate irlandeză constituită sub formă de „private company limited by shares”, cu sediul social pe Str. Lower Hatch, nr. 20, Hatch, Dublin 2, Irlanda, înregistrată la Oficiul Registrului Societăților din Dublin cu numărul 415123 și autorizată de Banca Centrală a Irlandei cu nr. C42062. Directori și cetățenie: Sarah Alicia Celso (Americană), Miriam Sweeney (Irlandeză), Brenda Dunne (Irlandeză), Nick Hayter (Britanică), Éilish Finan (Irlandeză), Dirk Ostijn (Belgiană), Ruairí O’Flynn (Irlandeză), Mario Francisco Valdes-Valasco (Mexicană) și Michael Hatzidimitriou (Greacă)

Sucursala din București este înregistrată la Registrul Comerțului din România cu numărul J40/135/07.01.2016 și CUI 35383464