

Metropolitan Life Asigurări
MetLife Europe d.a.c. Dublin
Sucursala București

Metropolitan Life®

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
www.metropolitanlife.ro

DECLARAȚIA MEDICULUI - Asigurare Dr. KID

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: __ / __ / ____



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), Alan Cook (Britanică), Brenda Dunne (Irlandeză), Nick Hayter (Britanică), Éilish Finan (Irlandeză), Dirk Ostijn (Belgiană), Lukas Ziewer (Elvețiană), 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

Numele 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: __ / __ / ____

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 cm², 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