

YOUR **INTERNATIONAL**
HEALTHCARE **PARTNER**



CLAIM FORM
CERERE DE DESPĂGUBIRE

MEDIHELP INTERNATIONAL PLANS



Important Notes

- ✓ To assist us in processing your claim efficiently and speedily, please complete this form fully, clearly and legibly.
- ✓ Please complete Sections A, B, C, D and E.
- ✓ All claims should be submitted within 60 days from the starting date of the treatment. Please attach all original bills, retaining photocopies for your personal reference.
- ✓ A separate claim form should be used for each patient and each medical condition.
- ✓ Processing of your claim may be delayed if the information provided is incomplete.

Observații importante

- ✓ Pentru a ne ajuta în procesarea eficientă și fără întârziere a cererii dumneavoastră, vă rugăm să completați acest formular integral, cu scris clar și lizibil.
- ✓ Vă rugăm să completați Secțiunile A, B, C, D și E.
- ✓ Toate cererile de despăgubire vor fi transmise în decurs de 60 zile de la începerea tratamentului. Vă rugăm să atașați toate facturile în original și să păstrați copii pentru uzul personal.
- ✓ Pentru fiecare pacient și afecțiune medicală în parte este necesară utilizarea unui formular de cerere separat.
- ✓ Procesarea cererii dumneavoastră de despăgubire poate fi întârziată dacă informațiile furnizate sunt incomplete.

SECTION A / SECȚIUNEA A

PATIENT DETAILS / DETALIILE PACIENTULUI

Title / Titlu	Mr. / Mrs. / DI. / Dna.	
Name & Surname / Nume și prenume		
Policy No. / Numărul poliței		
Date of Birth / Data nașterii	Day Ziua	Month Luna
		Year Anul
Address / Adresa		
Post Code / Cod poștal		
Country / Țara		
Telephone / Telefon		
E-mail		

SECTION B / SECȚIUNEA B

MEDICAL DETAILS / DETALII MEDICALE

All fields of section B must be completed by the doctor in overall charge of the patient's treatment, or the patient himself if there is a medical report to confirm.

Toate câmpurile din secțiunea B trebuie completate de către medicul responsabil cu tratamentul pacientului sau de către pacient însuși dacă există un raport medical care să confirme.

Medical Practitioner's details / Detaliile medicului:

Name / Nume	
Adress / Adresa	
Qualifications / Calificări	
Diagnostic / Diagnostic	

Onset date when symptoms first noticed by patient / Data de debut a simptomelor observate de pacient													
When did the patient first see a doctor? / Când a consultat pacientul medicul pentru prima dată?													

Details of treatment / Detalii privind tratamentul prescris	
Details of operation / Detalii privind operația	
Details of medication / Detalii privind medicația	

Hospital Dates / Informații despre spitalizare	Admission Date / Data internării		Discharge Date / Data externării	
Name and address of admitting hospital / Denumirea și adresa spitalului	Reference number: / Număr de referință:			
Name / Nume				
Adress / Adresa				
Telephone / Telefon				
Fax				
E-mail				



SECTION C / SECȚIUNEA C

CASH BENEFIT / INDEMNIZAȚII

The hospital should complete this section if you have stayed in hospital overnight without charge, and your plan includes a Cash Benefit. Spitalul va completa această secțiune dacă ați fost internat în spital peste noapte fără a plăti vreun serviciu medical și dacă planul dumneavoastră de asigurare include Indemnizația de Spitalizare.

*I confirm that
was in hospital from / / to / / and this hospital
did not charge for accommodation.*

Se confirmă faptul că

*..... a fost internat(ă)
de la data de / / până la data de / /, iar acest
spital nu a facturat costuri pentru servicii medicale.*

The hospital needs to stamp this claim form here:
Secțiune destinată ștampilării de către spital:

SECTION D / SECȚIUNEA D

PAYMENT DETAILS / DETALII DE PLATĂ

Who would you like us to pay? (please tick one only) Către cine doriți să efectuăm plata? (vă rugăm, bifați o singură căsuță)	Doctor/Hospital/ Medic/ Spital <input type="radio"/>	Policy Holder/ Deținătorul Poliței <input type="radio"/>	Patient/ Pacient <input type="radio"/>
--	--	--	--

Payment by Electronic Funds Transfer to a bank account / Plata prin transfer electronic de fonduri într-un cont bancar	
Bank name / Banca	
Swift / BIC code* Cod Swift / BIC*	
Sort code (UK only) Număr de identificare bancă (doar pentru UK)	- -
Account number / IBAN Număr cont / IBAN	
Account name / Titular cont	
Currency for transfer / Moneda transferului	
Bank address / Adresa băncii	
Post code / Cod poștal	
Country / Țara	

*In order to process your payment as quickly and securely as possible, we strongly recommend that you provide both your IBAN and the SWIFT code of your bank branch. Your bank will be able to provide you with this information if necessary. We recommend that bank transfers are made in the currency of your bank account. If you have asked us to pay the provider, and an annual deductible applies to your cover, the deductible will be collected using your direct debit or credit card.

* Pentru ca plata dumneavoastră să poată fi procesată cât mai curând posibil și în condiții de maximă siguranță, vă recomandăm să ne furnizați atât codul IBAN cât și cel SWIFT. Banca dumneavoastră vă poate furniza aceste informații, dacă este necesar. Recomandăm ca transferurile bancare să fie efectuate în moneda contului dumneavoastră bancar. Dacă ați solicitat să efectuăm plata către un furnizor și la asigurarea dumneavoastră se aplică o franșiză anuală, aceasta va fi încasată prin cardul dumneavoastră de debit/credit.



SECTION E / SECȚIUNEA E

DECLARATION / DECLARAȚIE

I / We confirm the facts stated on this form to be true and accurate to the best of my / our knowledge. I / We give authority to the insurers or their representatives to contact my / our Medical practitioners for any additional information required in connection with this claim.

Subsemnatul/Subsemnații confirm/confirmăm că faptele indicate pe acest formular sunt adevărate și exacte după cunoștințele mele/noastre. Subsemnatul/Subsemnații împuternicesc/împuternicim asigurătorii sau reprezentanții acestora să contacteze medicii mei/noștri pentru orice informații suplimentare necesare în legătură cu această cerere.

Signature/ Semnătura										
Date / Data			.			.				