

Your International Healthcare Partner



**International Private Medical Insurance**  
**MediSky International Plans**

# CERERE DE DESPAGUBIRE

## Notă Importantă:

Pentru a ne ajuta în procesarea rapidă și eficientă a acestui formular, vă rugăm să îl completați în totalitate, clar și citeț.

Se completează formulare separate pentru fiecare pacient sau pentru fiecare condiție medicală. Procesarea cererii dvs. de despăgubire poate suferi întârzieri dacă informațiile oferite sunt incomplete.

## SECȚIUNEA A DETAIIILE SOLICITANTULUI

DI. / Dna.											
Nume & Prenume											
Numarul Poliței											
Data Nașterii	Zi			Luna			An				
Adresa											
Codul Poștal											
Țara											
Telefon											
E-mail											

# SECȚIUNEA B

## DETALII MEDICALE

### Detaliile Medicului Specialist

Toate câmpurile secțiunii B trebuie completate de către medicul responsabil de tratamentul pacientului, ori de către pacient, dacă există raport medical pentru confirmare.

<b>Data declanșării, la care pacientul a notificat simptomele pentru prima oară</b>	
<b>Când a avut loc prima vizită la medic?</b>	
<b>Nume</b>	
<b>Adresă</b>	
<b>Specializare</b>	
<b>Diagnostic</b>	

<b>Detalii ale tratamentului</b>	
<b>Detalii ale operației</b>	
<b>Detalii ale medicației</b>	

<b>Datele spitalului</b>	<b>Data internării</b>		<b>Data externării</b>	
<b>Numele și adresa spitalului la care s-a realizat internarea</b>				
<b>Numărul de înregistrare:</b>				
<b>Adresă</b>				
<b>Telefon</b>				
<b>Fax</b>				
<b>E-mail</b>				

## SECȚIUNEA C BENEFICIUL IN NUMERAR

Această secțiune se va completa de către spital, dacă ați beneficiat de spitalizare peste noapte, fără costuri și dacă planul dvs. de asigurare include Beneficiul în Numerar.

Confirmăm faptul că,

..... a fost  
spitalizat/ă de la data de .../.../.... până la data de .../.../.... și  
acest spital nu a solicitat plata pentru cazare.

Ștampila spitalului pentru această Cerere de  
Despagubire: Aici

## SECȚIUNEA D DETALII DE PLATĂ

Către cine doriți să efectuăm plata (vă rugăm să alegeți o singură variantă)	Medic/Spital	Beneficiarul Poliței	Pacient
	0	0	0
Denumirea Băncii			
Cod Swift / BIC			
Numărul contului / IBAN			
Numele deținătorului contului			
Moneda			
Adresa Băncii			
Cod Poștal			
Țara			

## SECȚIUNEA E DECLARAȚIE

Eu / Noi confirm/ăm datele menționate în acest formular ca fiind corecte și complete conform cunoștințelor mele / noastre. Eu / noi oferim autoritate asigurătorului sau reprezentanților săi să contacteze medicul / medicii meu/noștri specialiști pentru orice informații suplimentare necesare în procesarea acestei despagubiri.

<b>Semnatura</b>	
<b>Data</b>	

Notă importantă: Versiunea în limba Română a acestui formular reprezintă o traducere a textului din limba Engleză. Într-un litigiu de orice fel, limba Engleză va prevala.