

Număr contract asigurare: _____ Număr dosar daună: _____
(se completează de către asigurator)

| Documente necesare pentru evaluarea solicitării de daună | |
|--|---|
| Indemnizație de spitalizare: | copie bilet ieșire din spital (cu ștampila spitalului și parafa medicului specialist) |
| | copii certificate concediu medical |
| Indemnizație intervenție chirurgicală: | copie bilet ieșire din spital (cu ștampila spitalului și parafa medicului specialist) |
| | copii certificate concediu medical |
| | copii ale tuturor documentelor medicale cu referire la diagnosticul, evoluția și tratamentul afecțiunii care a necesitat intervenție chirurgicală |

Pentru intervenții chirurgicale în ambulatoriu (fără internare) atașați o adeverință emisă de medicul chirurg care să includă: diagnostic exact, protocol operator, planuri anatomice afectate (dacă a fost afectat mai mult decât țesutul cutanat/subcutanat), dată intervenție chirurgicală, tratament indicat.

Pentru intervenții chirurgicale efectuate pentru o formațiune tumorală atașați rezultatul examenului histopatologic.

Pașii procesului de daună și lista completă a actelor pentru stabilirea obligațiilor asiguratorului: www.grawe.ro/spitalizare/

Spitalizarea se comunică neîntârziat asiguratorului de către contractant, asigurat sau de către reprezentatul legal al acestora, prin completarea prezentului formular. Pentru o prelucrare rapidă a dosarului de daună sunt necesare răspunsuri corecte și cât mai complete.

| | |
|--|--|
| 1. Nume contractant | |
| 2. Nume asigurat | |
| 3. CNP asigurat | |
| 4. Date contact asigurat (adresa completă, telefon, email) | |
| 5. Instituția de asigurări sociale la care este înregistrat asiguratul (inclusiv număr contract asigurări sociale) | |
| 6. Ocupație asigurat (inclusiv eventuale ocupații suplimentare) și loc de muncă actual | |
| 7. Relație de rudenie între asigurat și contractant | |
| 8. Data și ora internării | |
| 9. Data și ora externării | |
| 10. Denumire și date contact spital internare | |
| 11. Nume, specialitate și date contact medic curant | |
| 12. Nume, specialitate și date contact medic care a efectuat primul consult sau investigație medicală | |
| 13. Nume și date contact medic de familie | |

| | |
|---|--|
| 14. Semne ale bolii, afecțiunii sau alte suferințe existente anterior internării avizate în prezent. Detaliere (descriere, de când etc.). | |
| 15. Perioada de concediu medical acordată după externarea din spital | |
| 16. Dacă asiguratul are o asigurare de sănătate, de accident sau de viață la alt asigurător - numele companiei și numărul contractului de asigurare | |

De completat numai în cazul unei intervenții chirurgicale

| | |
|---|--|
| 17. Dată intervenție chirurgicală | |
| 18. Denumire și date contact spital pentru intervenția chirurgicală | |
| 19. Nume, specialitate și date contact medic/medici care au efectuat intervenția chirurgicală | |

Declar pe proprie răspundere că toate răspunsurile de mai sus sunt complete și conforme cu realitatea.

Data: _____

Semnătură: _____

Vă rugăm să **semnați** și următoarele **împuterniciri** pentru prelucrarea mai rapidă a dosarului de daună. Informațiile furnizate vor fi tratate în toate cazurile cu confidențialitate.

Împuternicire

Împuternicesc societatea Grawe România Asigurare SA să cerceteze dosarele legale și administrative și să solicite copii ale acestora.

| | |
|-------------|-------|
| Data: | _____ |
| Localitate: | _____ |
| Semnătură | _____ |

Împuternicire

Împuternicesc societatea Grawe România Asigurare SA să solicite copii după toate documentele medicale referitoare la:

Spitalizare / intervenție chirurgicală:

| | |
|---|-------|
| Din data: | _____ |
| Perioadă tratament: | _____ |
| Spital: | _____ |
| Data: | _____ |
| Localitatea: | _____ |
| Semnătură (pacient, respectiv reprezentantul său legal) | _____ |