

Vă rugăm completați acest formular cu majuscule.  
În cazul în care spațiul este insuficient, vă rugăm folosiți o foaie suplimentară.

## Secțiunea I: Detalii Asigurat (se completează de către Asigurat):

Numele pacientului: \_\_\_\_\_

CNP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresa de corespondență: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

## Secțiunea II: Detalii bancare (se completează de către Asigurat):

Nume titular cont: \_\_\_\_\_

Relația titularului cu Asiguratul  aceeași persoană  
 persoană diferită \*) **Relația:** \_\_\_\_\_

Denumirea băncii \_\_\_\_\_

IBAN | R | O | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

\*) În cazul în care Titularul de cont este diferit de Asigurat vă rugăm să atașați copii ale actelor de identitate pentru ambele persoane.

## Secțiunea III: Descriere generală dosar rambursare (se completează de către Asigurat):

Tip servicii medicale  Ambulatoriu | Data efectuare servicii medicale: \_\_\_\_\_ | Descriere generală servicii medicale: \_\_\_\_\_  
 Spitalizare | \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

## Secțiunea IV: Documente necesare în vederea evaluării dosarului de rambursare

În vederea trimiterii documentației corecte și complete vă rugăm să verificați cu lista de mai jos documentele trimise Asiguratorului

| Nr. | Documente                              | Tip document                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | Formular rambursare                    | Documente obligatorii                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 2.  | Acte identitate                        | Document obligatoriu doar pentru primul dosar de rambursare sau la schimbarea datelor personale – Copie act identitate Asigurat și copie act identitate persoană desemnată pentru încasarea sumelor datorate de Asigurator în baza asigurării;                                                                                |
| 3.  | Documente bancare                      | Document obligatoriu doar pentru primul dosar de rambursare sau la schimbarea datelor bancare – Dovada deținerii contului bancar în care se dorește efectuarea plății;                                                                                                                                                        |
| 4.  | Documente medicale justificative       | Documente obligatorii – Toate documentele emise de către medicul curant/instituția medicală prin care să se detalieze: <b>motivul prezentării, istoricul afecțiunii curente, diagnosticul complet;</b> (de exemplu: <b>scrisoare medicală, bilet de trimitere, bilet ieșire din spital, rezultate investigații medicale);</b> |
| 5.  | Dovada de plată a serviciilor medicale | Documente obligatorii – Toate documentele financiare emise de către instituția medicală prin care să se evidențieze explicit costul fiecărui serviciu medical efectuat: <b>bon fiscal, chitanță și/sau factură, ordin de plată, etc;</b>                                                                                      |
| 6.  | Scrisoarea medicală                    | Document opțional – În cazul în care <b>DOCUMENTELE MEDICALE JUSTIFICATIVE</b> nu specifică clar motivele medicale ale recomandărilor medicului curant în urma consultului efectuat de către Asigurat, se va completa formularul <b>SCRISOARE MEDICALĂ.</b>                                                                   |
| 7.  | Raport Anamneză                        | Document opțional – În cazul în care informațiile medicale din cadrul <b>DOCUMENTELOR MEDICALE JUSTIFICATIVE</b> nu sunt suficiente pentru luarea unei decizii cu privire la necesitatea medicală a Asiguratului, se va completa formularul <b>RAPORT ANAMNEZĂ.</b>                                                           |
| 8.  | Raport financiar                       | Document opțional – În cazul în care <b>DOVADA DE PLATĂ</b> sau informațiile financiare nu sunt suficiente pentru luarea unei decizii, se va completa formularul <b>RAPORT FINANCIAR.</b>                                                                                                                                     |

Subsemnații, sub sancțiunea aplicabilă faptei de fraudă în asigurări, declarăm că cele completate mai sus sunt complete și corecte.

Semnătura pacientului: \_\_\_\_\_

Data semnării: \_\_\_\_\_