

Diagnosticare cu o afecțiune medicală gravă

Avizare daună



Număr contract asigurare: _____

Număr dosar daună: _____

(se completează de către asigurator)

Documente necesare pentru evaluarea solicitării de daună
Copii bilete ieșire din spital
Documente medicale, eliberate de medici autorizați, care atestă diagnosticarea asiguratului cu una dintre afecțiunile medicale grave acoperite prin contractul de asigurare
Rezultate ale investigațiilor medicale în cursul diagnosticării cu o afecțiune medicală gravă (de ex.: ECG, angiografie coronariană, examen histopatologic, teste sangvine, ecografie, tomografie computerizată (CT), rezonanță magnetică nucleară (RMN), tomografie cu emisie de pozitroni (PET), tomografie cu emisie de foton (SPECT) etc., după caz)
Copie a Fișei personale de consultații de la medicul de familie – fiecare pagină numerotată, parafată și semnată în original de către medic, pentru conformitate

Pașii procesului de daună și lista completă a actelor pentru stabilirea obligațiilor asiguratorului: www.grawe.ro/diagnosticare-boala-grava/

Diagnosticarea cu o afecțiune medicală gravă 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. Ocupație asigurat (inclusiv eventuale ocupații suplimentare)	
6. Nume și adresă angajator	
7. Diagnostic exact	
8. Data apariției primelor acuze/simptome ale afecțiunii (detaliere)	
9. Data accidentului (dacă afecțiunea medicală gravă este consecință directă a unui accident)	
10. Data diagnosticării inițiale (primul consult sau prima investigație medicală)	
11. Nume, specialitate și date contact medic care a stabilit diagnosticul inițial	

12. Descriere evoluție afecțiune, detaliere investigații, tratament (dacă este cazul, detaliați pe o foaie separată, semnată și anexată prezentului formular)	
13. Data internării și data externării	
14. Data intervenției chirurgicale (dacă este cazul)	
15. În cazul internării - denumire și date contact spital	
16. Nume, specialitate și date contact medic curant	
17. Nume și date contact medic de familie	
18. Afecțiuni sau alte suferințe existente anterior diagnosticării cu prezenta afecțiune medicală gravă. Detaliere (descriere, de când etc.).	

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 pe care 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:

Diagnosticare cu o afecțiune medicală gravă:

Din data:	
Perioadă tratament:	
Cabinet medical / Spital:	
Data:	
Localitatea:	
Semnătură (pacient, respectiv reprezentantul său legal)	