

WNIOSEK – OŚWIADCZENIE LEKARZA CZĘŚCIOWA WYPŁATA ŚWIADCZENIA

Numer druku: 4LD/MB_MC_MD/ODSZKODOWANIA/v1/2018



4Life Direct sp. z o.o.
Dział Odszkodowań
ul. Chmielna 132/134
00-805 Warszawa

Numer sprawy (wypełnia 4Life Direct): _____

INFORMACJE OGÓLNE

1. Prosimy wypełnić wniosek DUŻYMI LITERAMI.
2. Prosimy o udzielenie odpowiedzi na wszystkie pytania.
3. W przypadku braku miejsca na niniejszym wniosku prosimy o rozwinięcie odpowiedzi oraz podpisanie się na odwrocie lub na osobnej kartce.

1. DANE OSOBY UBEZPIECZONEJ

Numer polisy: _____

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: ____ - ____ - ____ PESEL: _____ Seria i numer dowodu osobistego: _____

ŚMIERTELNA CHOROBA ZGODNIE Z OWU OZNACZA CHOROBY TERMINALNĄ, KTÓRA W ŚWIETLE AKTUALNEJ WIEDZY MEDYCZNEJ NIE MOŻE ZOSTAĆ WYLECZONA I W OPINII UBEZPIECZYCIELA OPARTEJ O DIAGNOZĘ MEDYCZNĄ ORAZ STAN ZAAWANSOWANIA CHOROBY, MOŻNA SIĘ SPODZIEWAĆ, ŻE DOPROWADZI DO ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W CIĄGU 12 MIESIĘCY OD DATY JEJ ROZPOZNANIA, MIMO PRAWDŁOWEGO LECZENIA.

2. INFORMACJE DOTYCZĄCE CHOROBY

Rozpoznanie choroby: _____

Data zdiagnozowania śmiertelnej choroby ____ - ____ - ____

Czy zakończono definitywnie diagnostykę choroby i czy zostało ustalone rozpoznanie ostateczne? Tak Nie

Przebieg choroby i stan zaawansowania choroby _____

Czy w obecnym stanie zaawansowania choroby można uznać, że leczenie przyczynowe zostało zakończone? Tak Nie

Czy zdiagnozowana choroba u pacjenta w Pani/Pana opinii spełnia definicję „śmiertelnej choroby” (opinia w oparciu o aktualną wiedzę medyczną, dokumentację chorego i stan zaawansowania choroby). Tak Nie

3. DODATKOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE CHOROBY OSOBY UBEZPIECZONEJ

Prosimy o podanie dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia ubezpieczonego.

Oświadczam, że odpowiedzi na powyższe pytania zostały przekazane w dobrej wierze, zgodnie z prawdą i moją wiedzą.

Miejscowość

Data

Podpis i pieczęć Lekarza