

WNIOSEK – OŚWIADCZENIE LEKARZA



Numer druku:
4LD/MD_MT_MF_MG_MH_TP_SU_TN_TF_TO_AE_AD_CR_CP/L/ODSZKODOWANIA/v1/2018

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

Numer roszczenia (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 (ZMARŁEGO)

Numer polisy: _____

Imię i nazwisko: _____

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

2. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZGONU OSOBY UBEZPIECZONEJ (ZMARŁEGO)

Data zgonu: ____-____-____ Miejsce zgonu (szpital, dom, itp.): _____

Adres miejsca zgonu: _____

PRZYCZYNA ZGONU

a) wyściowa _____

b) wiotra _____

c) bezpośrednia _____

3. INFORMACJE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA OSOBY UBEZPIECZONEJ (ZMARŁEGO) – dotyczy umów zawartych przed 15.04.2012 r.

Prosimy o podanie informacji dotyczących chorób, z powodu których Ubezpieczony był leczony oraz datę ich zdiagnozowania.

a) choroby serca	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	_____
b) choroby nowotworowe	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	_____
c) udar mózgu	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	_____
d) cukrzyca	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	_____
e) choroby nerek	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	_____
f) choroby płuc	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	_____
g) stwardnienie rozsiane	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	_____
h) nadciśnienie tętnicze	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	_____

Data zdiagnozowania choroby lub rozpoczęcia leczenia

4. DODATKOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA OSOBY UBEZPIECZONEJ (ZMARŁEGO), ZGONU

5. SEKCJA ZWŁOK

Czy była przeprowadzona sekcja zwłok? TAK/ NIE, jeśli tak prosimy o podanie informacji przez kogo i co zostało stwierdzone.

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

_____	_____	_____
Miejscowość	Data	Podpis i pieczęć lekarza