

# WNIOSEK – OŚWIADCZENIE LEKARZA

Numer druku:  
4LD/ME\_MP\_MT\_TN\_TF\_TO\_CP\_CR/L/ODSZKODOWANIA/v2/2019



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) wtórna \_\_\_\_\_

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