

# WNIOSEK – OŚWIADCZENIE LEKARZA

Numer druku: 4LD/NNW\_ND\_NE\_NX\_NZ/L/ODSZKODOWANIA/v1/2019



**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 karcie.

## 1. DANE OSOBY UBEZPIECZONEJ

Numer polisy: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Data urodzenia: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ PESEL: \_\_\_\_\_ Seria i numer dowodu osobistego: \_\_\_\_\_

## 2. INFORMACJE DOTYCZĄCE POBYTU W SZPITALU OSOBY UBEZPIECZONEJ

Nazwa i adres szpitala: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data pobytu od: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ do \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Który to pobyt z kolei w związku z danym wypadkiem?

PRZYCZYNA HOSPITALIZACJI: \_\_\_\_\_

nieszczęśliwy wypadek      data wypadku \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Krótki opis doznanych obrażeń: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 3. INFORMACJE DOTYCZĄCE LECZENIA PACJENTA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

_____	____-____-____	_____
Miejscowość	Data	Podpis i pieczęć lekarza