

WNIOSEK – OŚWIADCZENIE LEKARZA

Numer druku: 4LD/DSS_DF_DG_DH_DW_DZ_DR_DT/L/ODSZKODOWANIA/v2/2018



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: _____

2. INFORMACJE DOTYCZĄCE POBYTU W SZPITALU OSOBY UBEZPIECZONEJ

Nazwa i adres szpitala: _____

Data pobytu od ____-____-____ do ____-____-____ Który to pobyt z kolei w związku z daną chorobą/wypadkiem?

PRZYCZYNA HOSPITALIZACJI: nagłe zachorowanie choroba przewlekła konsekwencja choroby przewlekłej

data zdiagnozowania choroby będącej powodem hospitalizacji ____-____-____

nieszczęśliwy wypadek data wypadku ____-____-____

Krótki opis wypadku/ choroby będącej przyczyną hospitalizacji: _____

3. CEL POBYTU W SZPITALU

diagnostyczny ustalenie przyczyny istniejących dolegliwości obserwacyjny badania kontrolne badania okresowe

leczniczy leczenie ostrych dolegliwości leczenie zaostrzenia choroby przewlekłej leczenie urazów doznanych w wyniku NW

operacja chirurgiczna rodzaj operacji _____

4. INFORMACJE DOTYCZĄCE DOTYCHCZASOWEGO 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