

WNIOSEK – OŚWIADCZENIE LEKARZA

– ZGON

Numer sprawy: _____

Numer polisy: _____

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

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 (ZMARŁEGO)

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: ____-____-____ PESEL: _____

2. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZGONU OSOBY UBEZPIECZONEJ (ZMARŁEGO)

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

Adres miejsca zgonu: _____

PRZYCZYNA ZGONU

a) wyjściowa: _____

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.

	<p>_____</p> <p>_____</p>	
Miejscowość	Data	Podpis i pieczęć Lekarza