

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

Numer sprawy: \_\_\_\_\_

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

**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**

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Data urodzenia: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ PESEL: \_\_\_\_\_

**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? 

Data wypadku: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

**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.

	____-____-____	
<b>Miejscowość</b>	<b>Data</b>	<b>Podpis i pieczęć lekarza</b>