

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 (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.

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