WNIOSEK – OŚWIADCZENIE LEKARZA
– CHOROBA NOWOTWOROWA (PLAN NA RAKA)

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 kartce.

1. DANE OSOBY UBEZPIECZONEJ

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: ___ – ___ – _____ PESEL: _____

2. INFORMACJE DOTYCZĄCE CHOROBY

Data zdiagnozowania nowotworu złośliwego: ___ – ___ – _____

Przebieg i stan zaawansowania choroby, leczenie: _____

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

Miejscowość	Data	Podpis i pieczęć Lekarza
	___ – ___ – _____	