

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. RODZAJ SPECJALISTYCZNEGO LECZENIA

- Chemioterapia Pomostowanie aortalno-wierćcowe
 Radioterapia Wymiana lub naprawa zastawki serca
 Stałe dializowanie Transplantacja głównych narządów

3. INFORMACJE DOTYCZĄCE CHOROBY I SPECJALISTYCZNEGO LECZENIA

Data zdiagnozowania choroby, której następstwem jest specjalistyczne leczenie: ____ - ____ - _____

Data specjalistycznego leczenia: ____ - ____ - _____

Rozpoznanie choroby: _____

4. DODATKOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE 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