

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 danym wypadkiem?

Data wypadku: ____-____-____

PRZYCZYNA HOSPITALIZACJI:

KRÓTKI OPIS DOZNANYCH OBRAŻEŃ:

4. 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