

4Life Direct Sp. z o.o.
Dział Odszkodowań
ul. Senatorska 18
00-082 Warszawa

Numer sprawy: _____

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

Rozpoznanie choroby: _____

Data zdiagnozowania choroby: ____-____-____

Czy zakończono definitywnie diagnostykę choroby i czy zostało ustalone rozpoznanie ostateczne?

☐ TAK ☐ NIE

Przebieg choroby i stan zaawansowania choroby: _____

Czy w obecnym stanie zaawansowania choroby można uznać, że leczenie przyczynowe zostało zakończone?

☐ TAK ☐ NIE

3. DODATKOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE CHOROBY OSOBY UBEZPIECZONEJ

Prosimy o podanie dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia ubezpieczonego.

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

Miejscowość

____-____-____
____-____-____

Data

Podpis i pieczęć Lekarza