

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 UBEZPICZONEJ

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: ____-____-____ PESEL: _____

2. INFORMACJE DOTYCZĄCE POBYTU W SZPITALU OSOBY UBEZPICZONEJ

Nazwa i adres szpitala: _____

Data pobytu od: ____-____-____ do: ____-____-____ Który to pobyt z kolei w związku z daną chorobą/wypadkiem? ☐

Data wypadku: ____-____-____

PRZYCZYNA HOSPITALIZACJI:

☐ nagłe zachorowanie ☐ choroba przewlekła ☐ konsekwencja choroby przewlekłej

Data zdiagnozowania choroby będącej powodem hospitalizacji: ____-____-____

☐ nieszczęśliwy wypadek

Data wypadku: ____-____-____

KRÓTKI OPIS WYPADKU/ CHOROBY BĘDĄCEJ PRZYCZYNĄ HOSPITALIZACJI:

3. CEL POBYTU W SZPITALU

☐ diagnostyczny ☐ ustalenie przyczyny istniejących dolegliwości ☐ obserwacyjny ☐ badania kontrolne ☐ badania okresowe

☐ leczniczy ☐ leczenie ostrych dolegliwości ☐ leczenie zaostrzenia choroby przewlekłej ☐ leczenie urazów doznanych w wyniku NW

☐ operacja chirurgiczna RODZAJ OPERACJI: _____

4. INFORMACJE DOTYCZĄCE DOTYCHCZASOWEGO 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