

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

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
-------------	------	--------------------------