

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 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