

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 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