

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. RODZAJ SPECJALISTYCZNEGO LECZENIA**

- Chemioterapia       Pomostowanie aortalno-wieńcowe
- Radioterapia       Wymiana lub naprawa zastawki serca
- Stałe dializowanie       Transplantacja głównych narządów

**3. INFORMACJE DOTYCZĄCE CHOROBY I SPECJALISTYCZNEGO LECZENIA**

Data zdiagnozowania choroby, której następstwem jest specjalistyczne leczenie: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Data specjalistycznego leczenia: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Rozpoznanie choroby: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. DODATKOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE LECZENIA PACJENTA**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

	____ - ____ - _____	
<b>Miejscowość</b>	<b>Data</b>	<b>Podpis i pieczęć Lekarza</b>