

Proszę wypełnić formularz odręcznie lub elektronicznie, drukowanymi literami.
Nie należy używać długopisu z czarnym wkładem.

Imię i nazwisko ubezpieczonego

Numer PESEL

Data zgonu

..

Miejsce zgonu

Przyczyna zgonu (diagnoza i opis obrażenia/choroby)

Data doznania obrażenia / pierwszych
objawów choroby

..

Miejsce, w którym doszło do obrażenia

Data pierwszego badania z powodu
obrażenia / choroby

..

Nazwisko lekarza i adres placówki opieki zdrowotnej

Wcześniejsze schorzenia, które mogły doprowadzić do zgonu:

Czy ubezpieczony w czasie zgonu znajdował się pod wpływem alkoholu lub innych środków odurzających?

W przypadku alkoholu proszę wymienić ilość promili w krwi:

tak nie

Czy zgon był przedmiotem dochodzenia policyjnego?

tak nie

Czy przyczyną zgonu było zabójstwo lub samobójstwo?

Jeżeli tak, proszę opisać okoliczności:

tak nie

Czy przeprowadzono sądowo-lekarską lub naukową sekcję zwłok?

Jeżeli tak, proszę podać adres placówki:

tak nie

Jeżeli był/a Pan/Pani lekarzem prowadzącym ubezpieczonego zanim doszło do jego zgonu, proszę podać na odwrotnej stronie tego formularza krótki wypis z dokumentacji medycznej ubezpieczonego za ostatnie 5 lat. Jeżeli ubezpieczony leczył się u innych lekarzy, proszę wymienić ich nazwiska i adresy:

Inne uwagi lekarza:

Proszę uzupełnić również następną stronę



Wypis z dokumentacji zdrowotnej w ciągu 5 ostatnich lat

Data wizyty (miesiąc i rok)	Diagnoza	Przebieg leczenia

Informacje dodatkowe

Nazwisko lekarza, adres placówki opieki medycznej, telefon, email:

Data

		.			.				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Pieczęć i podpis lekarza