

## FORMULARZ ZGŁOSZENIA TRWAŁEGO I CAŁKOWITEGO INWALIDZTWA UBEZPIECZONEGO W WYNIKU CHOROBY

Polisa nr

Proszę wypełnić drukowanymi literami  
**UBEZPIECZONY**

Nazwisko

Imię

PESEL

Wyrażam zgodę na przetwarzanie dodatkowo poniższych danych oraz na przekazywanie informacji lub składanie oświadczeń na:

Tel. kontaktowy

E-mail

### SZCZEGÓŁY INWALIDZTWA

Nazwa choroby

### DANE MEDYCZNE

- datę wystąpienia pierwszych objawów
- datę pierwszej konsultacji potwierdzającej rozpoznanie ww. choroby
- datę wykonania badań potwierdzających rozpoznanie
- dokładną datę ustalenia rozpoznania
- kiedy zakończono leczenie i rehabilitację

D D M M R R R R

Proszę podać nazwiska i miejsca pracy lekarzy, którzy badali lub leczyli Pana/Panią w związku z ww. zachorowaniem w szpitalu lub innym zakładzie opieki zdrowotnej:

Imię i nazwisko lekarza	Adres miejsca pracy lekarza / adres szpitala lub ZOZ-u	Okres leczenia oraz data przyjęcia i wypisu ze szpitala

Proszę podać:

- Imię i nazwisko, miejsce pracy oraz adres lekarza pierwszego kontaktu,
- Imię i nazwisko, miejsce pracy oraz adres obecnego lekarza  
(w przypadku, gdy nie jest on jednocześnie lekarzem pierwszego kontaktu)

Imię i nazwisko lekarza	Adres miejsca pracy lekarza: nazwa placówki, ulica, miejscowość, kod pocztowy

