

ZAŚWIADCZENIE O ZAKOŃCZENIU LECZENIA

Numer roszczenia _____

Numer polisy _____

UBEZPIECZONY/UPOSAŻONY W UBEZPIECZENIU ZAOPATRZENIA DZIECI

Nazwisko _____

Imiona _____

Data urodzenia _____

Nr PESEL _____

PROSIMY O ODPOWIEDŹ NA PONIŻSZE PYTANIA:

Rozpoznanie (w języku polskim)

Data urazu,
zachorowania _____

Okres zwolnienia lekarskiego od _____

do _____

Czy leczenie i rehabilitacja zostały zakończone?

Tak

Nie

Jeżeli Tak proszę podać datę zakończenia leczenia

Jeżeli Nie proszę podać przewidywaną datę zakończenia leczenia

Nazwy placówek medycznych, gdzie poszkodowany leczyl się po wypadku

data _____

miejsowość _____

pieczętka i podpis lekarza prowadzącego _____

Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group

KRS 43309, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS,
NIP 527 20 52 806, Kapitał zakładowy: 195.207.800,00 zł - opłacony w całości

Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa

Compensa Kontakt: +48 22 501 61 00, 0 801 120 000