

Czy w przeszłości cierpiał Pan(i) / współubezpieczony lub był/a Pan(i) / współubezpieczony leczony/a z powodu podobnego zachorowania?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	Proszę podać szczegóły:	

Proszę podać w tabelce dane dotyczące leczenia choroby. Proszę załączyć dokumentację medyczną.

Nazwa szpitala / przychodni oraz nazwisko lekarza leczącego	Adres szpitala / przychodni	Okres leczenia, data przyjęcia, data wypisu

Proszę podać w tabelce dane dotyczące wcześniejszego leczenia i obecnego stanu zdrowia
(nazwa przychodni rejonowej, gabinetu prywatnego, inne)

Nazwa szpitala / przychodni oraz nazwisko lekarza leczącego	Adres szpitala / przychodni	Okres leczenia, data przyjęcia, data wypisu

V. Dane dotyczące wypadku

(wypełnić, jeśli pobyt w szpitalu związany był z wypadkiem)

Okres pobytu w szpitalu: od dnia - - do dnia - -

W tym na oddziale intensywnej opieki medycznej - OIOM (wypełnić tylko w przypadku jeżeli umowa ubezpieczenia
obejmuje ryzyko pobytu na OIOM):

od dnia - - do dnia - -

Data pierwszej konsultacji lekarskiej
związanej z wypadkiem: - -

Data wypadku: - -

Miejsce wypadku:

Przebieg, przyczyna i okoliczności zajścia zdarzenia (podać dokładnie i wyczerpująco)	
Rodzaj doznanych obrażeń	
Czy ubezpieczony (współubezpieczony) w chwili wypadku był pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy w związku ze zdarzeniem prowadzone jest postępowanie, przez policję, prokuraturę. Czy został sporządzony protokół powypadkowy?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE