

Wniosek o wypłatę świadczenia w ramach ubezpieczenia grupowego*

MetLife AmplicoSM

Dokumentacja całkowitego i trwałego inwalidztwa

Dokumentacja czasowej niezdolności do pracy

CL C-04

*Prosimy o zaznaczenie powyżej rodzaju umowy, której dotyczy niniejsze roszczenie.



Oświadczenie lekarza**

Imię i nazwisko
Ubezpieczonego

Data urodzenia

Miejsce zamieszkania

Data wypadku lub początku objawów choroby będącej przyczyną inwalidztwa / niezdolności do pracy.

Diagnoza (włączając powikłania).

Badanie podmiotowe (aktualne dolegliwości).

Badanie przedmiotowe oraz wyniki badań dodatkowych potwierdzające inwalidztwo / niezdolność do pracy.

Czy w momencie wypadku lub zachorowania pacjent wykazywał objawy wcześniej nabytej choroby***? Tak Nie

Zastosowane leczenie (zachowawcze, operacyjne, farmakologiczne).

Czy pacjent jest obecnie niezdolny do wykonywania***: dotychczasowego zawodu Tak Nie jakiegokolwiek pracy Tak Nie

Od kiedy pacjent jest całkowicie niezdolny do wykonywania zawodu?

Od kiedy pacjent jest częściowo, ale nie całkowicie niezdolny do wykonywania zawodu?

Kiedy pacjent będzie mógł powrócić do wykonywania:

dotychczasowego zawodu

jakiegokolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie

** Prosimy o wypełnienie formularza, stosując nazwy zgodne z międzynarodową klasyfikacją chorób, urazów i przyczyn zgonów.
*** Prawidłową odpowiedź zaznaczyć przez zakreślenie właściwego kwadratu znakiem „X”.

Oświadczam, że zgodnie z moim przekonaniem i wiedzą powyższe stwierdzenia są prawdziwe i wyczerpujące.

Miejscowość i data

Pieczęć i podpis lekarza

Adres i nr telefonu lekarza