SIGNAL IDUNA

SIGNAL IDUNA Życie Polska
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

ZAŚWIADCZENIE

Dane osobowe ubezpieczonego:

imiona:

nazwisko:

data urodzenia: ___ ___ *dzień* ___ ___ *miesiąc* ___ ___ *rok*

PYTANIA	**ODPOWIEDZI**
Rozpoznanie (prosimy podanie rozpoznania w języku polskim):	
Prosimy podać datę urazu, zachorowania:	
Prosimy podać okres zwolnienia lekarskiego:	od do
Czy leczenie i rehabilitacja zostały zakończone: a) Jeśli NIE prosimy podać przewidywaną datę zakończenia leczenia i rehabilitacji:	❑ TAK ❑ NIE a)

miejscowość *data*

podpis lekarza prowadzącego