AB „ERGO LIETUVA GYVYBĖS DRAUDIMAS"
Geležinio Vilko 6A, LT-03507, Vilnius
Įmonės kodas 110707135
PVM mokėtojo kodas LT107071314
Registruota VĮ Registrų centro Vilniaus filiale
Tel.: 1887, Faks.: (8 5) 268 30 35

Draudimo liudijimo Nr.

		--				--						

Pranešimas apie nelaimingą atsitikimą

Draudėjas: __
(vardas, pavardė)

Apdraustasis asmuo: __
(vardas, pavardė)

Apdraustojo asmens kodas: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Telefono Nr. __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Adresas____ el. paštas: ________________________

Darbovietė_____________________ Pareigos____

Nelaimingo atsitikimo data: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __   Laikas: I_____:_____I

Nelaimingo atsitikimo vieta____(pvz.: patalpa, gatvė, kelias, kita)

Nelaimingo atsitikimo aprašymas:

Patirti sužalojimai____

____

Ar anksčiau nurodyta kūno sritis buvo traumuota ar gydyta? ☐ Taip ☐ Ne (tinkamą užbraukite) Kada? ___________

Ar esate apsidraudęs(-usi) traumų (nelaimingų atsitikimų) draudimu kitose draudimo bendrovėse? ☐ Taip ☐ Ne

Jei taip, kokiose?____
(draudimo bendrovės pavadinimas)

Kurioje gydymo įstaigoje buvo suteikta pirma pagalba?____

Ar buvo ar atliktas kraujo tyrimas alkoholio koncentracijai nustatyti? ☐ Taip ☐ Ne (tinkamą užbraukite)

Kurioje gydymo įstaigoje gydotės dabar?____

Sutinku, kad UAB „ERGO LIETUVA GYVYBĖS DRAUDIMAS" gautų iš juridinių ir fizinių asmenų, tame tarpe ir iš teritorinių ligonių kasų, neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybos, sveikatos priežiūros įstaigų, visą informaciją apie mano buvimą sveikatos priežiūros įstaigose, gydymą, sveikatos būklę, diagnozę, prognozes ir gydymą, taip pat visą kitą asmeninio pobūdžio informaciją apie mane kaip pacientą ir apklaustų visus asmenis, ką nors žinančius apie draudžiamojo įvykio priežastis, aplinkybes ir pasekmes, susipažintų su išrašais iš mano ligos istorijos, su kitais medicininiais dokumentais ir naudotų šią informaciją nelaimingo atsitikimo tyrimui ir draudžiamojo įvykio įvertinimui:

____
(apdraustojo asmens arba, jeigu jis nepilnametis, jo atstovo pagal įstatymą vardas, pavardė ir parašas)
Jei nukentėjęs asmuo yra nepilnametis, prašome pateikti vaiko gimimo liudijimo kopiją

Savo parašu patvirtinu šiame pranešime pateiktų duomenų teisingumą:

Data______________ Apdraustojo asmens parašas __________________ Draudėjo parašas______________
(jei apdraustasis asmuo yra nepilnametis, pranešimą pasirašo jo atstovas pagal įstatymą)

Versti.→

Pinigus už patirtą žalą prašau pervesti:
(jei nukentėjęs asmuo yra nepilnametis, prašome nurodyti nukentėjusio asmens sąskaitą (LR Civilinio Kodekso 3 knygos XII skyrius ir LR draudimo įstatymo 113 str. 1 dalis)

Draudimo išmoką prašau pervesti:

Sąskaitos Nr. I__I__I__I__I I__I__I__I__I I__I__I__I__I I__I__I__I__I I__I__I__I__I

Banko pavadinimas……

Sąskaitos savininko pavardė, vardas……

Sąskaitos savininko asmens kodas: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Data_____ Nukentėjusio asmens parašas _____ Draudėjo parašas_____
(jei nukentėjęs asmuo yra nepilnametis, pasirašo jo atstovas pagal įstatymą)