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, 268 30 56, Faks.: (8 5) 268 30 35

Draudimo liudijimo Nr.

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | - | | | | - | | | | | | |

# Pranešimas apie darbingumo netekimą

Draudėjas: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __
(vardas, pavardė)

Apdraustasis asmuo: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __
(vardas, pavardė)

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

Adresas______________________________________________________________________________

Profesija ________________________ Pareigos_____________________________________________

Susirgimo data: __________________

Kokia buvo nustatyta liga? ________________________________________________________________

_____________________________________________________________________________________

Koks nustatytas neįgalumo lygis? _____________________________________________________________

Koks nustatytas darbingumo lygis _________________%

Kokiam laikotarpiui nustatytas neįgalumas ar sumažėjęs darbingumas?_________________________________

**Prašome pateikti tai patvirtinančius dokumentus:** NDNT neįgalumo lygio pažymą arba darbingumo lygio pažymą.

Kuriame neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybos teritoriniame skyriuje buvo nustatytas neįgalumo ar darbingumo lygis?

_____________________________________________________________________________________

Kurioje gydymo įstaigoje buvo nustatyta diagnozė?___________________________________________________

_____________________________________________________________________________________

Kurioje gydymo įstaigoje, pas kokį gydytoją gydotės dabar dėl šio susirgimo?____________________________

_____________________________________________________________________________________

Kurioje sveikatos priežiūros įstaigoje (poliklinikoje) Jūs nuolat lankotės?_________________________________

**Sutinku, kad AB „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)
**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)