ERGO Life Insurance SE
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 3035

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 ERGO Life Insurance SE 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_____ Apdraustojo asmens parašas _____ Draudėjo parašas_____
(jei nukentėjęs asmuo yra nepilnametis, pasirašo jo atstovas pagal įstatymą)