ERGO Life Insurance SE
Geležinio Vilko g. 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 apdraustojo mirtį

Draudėjas: _____
(vardas, pavardė)

Apdraustasis asmuo: _____
(vardas, pavardė)

Apdraustojo asmens kodas: |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Naudos gavėjas: _____

Naudos gavėjo asmens kodas: |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___| Telefono Nr. _____

Naudos gavėjo adresas: _____

Mirties data: _____

Kokia buvo nustatyta mirties priežastis? _____

_____

Kur apdraustasis asmuo mirė (gydymo įstaigoje, namie, ar kita)?_____
(nurodykite gydymo įstaigos pavadinimą)

_____

Kurioje gydymo įstaigoje, pas kokį gydytoją velionis gydėsi dėl susirgimo, tapusio mirties priežastimi?_____

_____

Kuriame sveikatos priežiūros centre (poliklinikoje) velionis nuolat lankėsi (gydėsi)?_____

_____

Ar dėl mirties fakto yra atliekamas ikiteisminis tyrimas? Jei taip, kuriame policijos komisariate?_____

_____

Savo parašu patvirtinu šiame pranešime pateiktų duomenų teisingumą.

Naudos gavėjo pavardė, vardas _____

Data_____ Draudėjo parašas _____ Naudos gavėjo parašas_____
(jei naudos gavėjas yra nepilnametis, atstovo pagal įstatymą parašas)

Versti.→

Pinigus 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_____ Naudos gavėjo parašas_____
(jei naudos gavėjas yra nepilnametis, atstovo pagal įstatymą parašas)

ERGO Life Insurance SE
Geležinio Vilko g. 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.

		--				--						

Aš, _____ asmens kodas: |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|
/vardas, pavardė/

mirusiojo _____ asmens kodas: |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|
/vardas, pavardė/

sutuoktinis, tėvas, motina, sūnus, duktė _____, (ryšys su mirusiuoju – pabraukti, įrašyti) sutinku, kad ERGO Life Insurance SE gautų iš juridinių ir fizinių asmenų, tame tarpe ir iš sveikatos priežiūros įstaigų, visą informaciją apie _____ /vardas, pavardė/ buvimą sveikatos priežiūros įstaigose, gydymą, sveikatos būklę, diagnozę, prognozes ir gydymą, taip pat visą kitą asmeninio pobūdžio informaciją apie jį (ją) kaip pacientą(ę) ir apklaustų visus asmenis, ką nors žinančius apie draudžiamojo įvykio priežastis, aplinkybes ir pasekmes.

Kartu pridedu santuokos liudijimo, (jei sutikimą pasirašo tėvai, vaikai - gimimo liudijimo) notaro patvirtintą nuorašą.

_____ _____ Data_____
/vardas, pavardė/ /parašas/