

Pranešimas apie ligą ar traumą

Vykstančiųjų į užsienį medicininių išlaidų ir repatriacijos draudimas

Pranešėjas Vardas, pavardė

Telefonas

El. paštas

Draudėjas Vardas, pavardė / įmonės pavadinimas

Poliso / draudimo liudijimo Nr.

Turiu banko kreditinės kortelės kelionių draudimą / banko pavadinimas

Banko kortelės su kelionės draudimu numeris (pirmi 6 ir paskutiniai 4 skaičiai)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Banko kortelės savininko vardas, pavardė

Banko kortelės savininko gimimo data

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Nukentėjęs asmuo Vardas, pavardė

Asmens kodas

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Telefonas

El. paštas

Adresas

Įvykio aplinkybės

Ligos/traumos data ir laikas

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	val.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	min.
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	------	----------------------	----------------------	------

Kelionės tikslas

Ligos/traumos vietas, aplinkybių aprašymas, diagnozė, atliktos procedūros

Taikytas gydymas Ambulatorinis Stacionarus

Ar nukentėjęs asmuo kitoje draudimo bendrovėje ar banke (pagal kreditinę kortelę) turi medicininių išlaidų draudimą, galiojantį užsienyje?

Ne Taip Draudimo bendrovės/banko/mobiliaus operatoriaus pavadinimas

Patvirtinu, kad dėl šio įvykio kompensavimo kreipiuosi tik į ERGO Taip Ne

Prašau atlyginti nukentėjusio asmens gydymo išlaidas užsienyje.
Iš viso sumokėjau (suma, valiutos pavadinimas)

Draudžiamojo įvykio atveju prašau atlyginti patirtas išlaidas,
draudimo išmoką pervešant į banko sąskaitą

LT | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Sąskaitos savininko gimimo data

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Sąskaitos savininko vardas, pavardė

Gyvenamosios vietos valstybė

Banko pavadinimas

Banko kodas

Prašau pervesti gydymo įstaigai tokią pinigų sumą (suma, valiutos pavadinimas)

Pridedami dokumentai

Gydytojo išrašas Sąskaitos, čekiai Kelionės bilietai Kita

Savo parašu patvirtinu, kad šiame pranešime pateikiau teisingus duomenis.

Sutinku gauti iš draudiko su žalos byla susijusią informaciją (įskaitant duomenis apie mano sveikatą) ir elektroniniu paštu mano nurodytu elektroninio pašto adresu. Suprantu, kad informacijos teikimas elektroniniu paštu yra riboto saugumo, ir prisiimu atsakomybę už minėtos informacijos siuntimą tokiu būdu. Įsipareigoju pasikeitus mano el. pašto adresui per vieną darbo dieną apie tai informuoti draudimo bendrovę.

Sutinku Nesutinku

Data

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Nukentėjusio asmens vardas, pavardė, parašas (Jei nukentėjęs asmuo yra nepilnametis, pranešimą pasirašo jo įstatyminis atstovas)