

## Pranešimas apie susirgimą kritine liga

Draudimo liudijimo Nr.  -  -  Draudėjo vardas, pavardė / juridinio asmens pavadinimas

Apdraustas asmuo Vardas, pavardė

Asmens kodas / gimimo data

(gimimo datą įrašo neturintys lietuviško a. k.)

Adresas

Telefonas

El. paštas

Darbovietė

Pareigos

Susirgimo data

Kokia buvo nustatyta liga?

Kurioje gydymo įstaigoje buvo nustatyta diagnozė?

Kurioje gydymo įstaigoje, pas kokį gydytoją gydėtės / gydotės dėl šio susirgimo?

Kurioje gydymo įstaigoje Jūs esate prisirašęs (-usi), šeimos gydytojo vardas, pavardė?

Įvykio tyrimui pateikiami dokumentai:

Ligos istorijos epikrizė / išrašas iš medicininių dokumentų (jeigu yra galimybė).

Kiti dokumentai:

**SUTINKU**, kad ERGO Life Insurance SE užklaustų bei gautų iš visų Lietuvos Respublikos ir kitų valstybių teritorijoje esančių gydytojų, ligoninių ir kitų gydymo, sveikatos priežiūros bei slaugos įstaigų, Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos ir teritorinės ligonių kasos, Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos (SODROS), Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybos prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos (NDNT), taip pat iš kitų fizinių ir juridinių asmenų mano (mano vaiko/globotinio) duomenis apie sveikatos būklę, diagnozes, prognozes ir gydymą, taip pat visą kitą asmeninio pobūdžio informaciją ir susipažintų su išrašais iš ligos istorijos bei kitais susijusiais dokumentais, tvarkytų ir naudotų šiuos duomenis, draudžiamųjų įvykių tyrimui ir įvertinimui.

Patvirtinu, jog esu informuotas (-a), kad šis mano sutikimas galioja iki jo atšaukimo, kreipiantis į draudimo bendrovės klientų aptarnavimo skyrių.

Apdraustojo asmens (arba, jeigu jis nepilnametis, jo įstatyminio atstovo) vardas, pavardė

Parašas

Suprantu, kad su draudimo sutartimi ir jos galiojimo laikotarpiu atsitikusiais įvykiais susijusių dokumentų, pranešimų bei kitos informacijos (įskaitant duomenis apie mano sveikatą) teikimas elektroniniu paštu yra riboto saugumo ir prisiimu atsakomybę už minėtos informacijos siuntimą tokiu būdu. Patvirtinu, jog esu informuotas, kad šis mano sutikimas galioja iki jo atšaukimo kreipiantis į draudimo bendrovės klientų aptarnavimo skyrių arba telefonu 1887.

Savo parašu patvirtinu šiame pranešime pateiktų duomenų teisingumą:

Apdraustojo asmens (arba, jeigu jis nepilnametis, jo įstatyminio atstovo) vardas, pavardė

Parašas

Dokumentų pildymo data

Jus aptarnavusio ERGO atstovo pareigos, vardas, pavardė, telefonas, parašas

# Pranešimo apie susirgimą kritine liga 1 priedas

## Prašymas pervesti draudimo išmoką

Draudimo liudijimo Nr.  -  -

Draudimo išmoką prašau pervesti:

(draudimo išmoka pervedama į apdraustoją nukentėjusio asmens sąskaitą)

Sąskaitos Nr. LT

Banko pavadinimas

Sąskaitos savininko vardas, pavardė

Sąskaitos savininko asmens kodas

Apdraustoją asmens (arba, jeigu jis nepilnametis, jo įstatyminio atstovo) vardas, pavardė

Parašas

Dokumentų pildymo data