Pranešimo data ☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐

**Pranešėjas**

Vardas ir pavardė

Adresas

El. pašto adresas

Tel. Nr.

Apie tolimesnį žalos administravimą pageidauju būti informuotas (-a): ☐ El. paštu ☐ Paštu ☐ SMS

**ERGO Insurance SE Lietuvos filialas**
Geležinio Vilko g. 6A, LT-03507 Vilnius
Žalų administravimo departamentas
Asmens ir civilinės atsakomybės
žalų administravimo skyrius
El. p.: asmenszalos@ergo.lt
Tel. Nr. 1887, (+370 5) 268 3222

# Pranešimas apie ligą ar traumą

## Vykstančiųjų į užsienį medicininių išlaidų ir repatriacijos draudimas

**Draudėjas (vardas, pavardė / įmonės pavadinimas)**

**Poliso / draudimo liudijimo Nr.**

**Nukentėjęs asmuo**

Vardas, pavardė

Nukentėjusio asmens kodas ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ | Tel. Nr. | El. paštas

Nukentėjusio asmens adresas

**Įvykio aplinkybės**

Ligos/traumos data ir laikas ☐☐☐☐-☐☐-☐☐ ☐☐ val. ☐☐ min. | Kelionės tikslas

Gydymo įstaigos, į kurias buvo kreiptasi (valstybė, miestas, adresas)

Ligos/traumos aplinkybių aprašymas, simptomai

Diagnozė

Taikytas gydymas ☐ Ambulatorinis ☐ Stacionarus | Ar buvo tirtas alkoholio kiekis kraujyje? ☐ Ne ☐ Taip

Kokios procedūros buvo darytos?

Ar diagnozuotos lėtinės ligos? Jei taip, išvardinkite

Ar nukentėjęs asmuo anksčiau buvo gydomas/operuojamas dėl tokių pačių ligų/traumų?
☐ Ne ☐ Jei taip, nurodykite gydymo įstaigos pavadinimą, adresą

Gydymo įstaiga, kurioje yra nukentėjusio asmens sveikatos istorija (ambulatorinė kortelė)

Ar užsienio gydymo įstaiga buvo informuota, kad nukentėjęs asmuo yra draustas privalomuoju sveikatos draudimu? ☐ Ne ☐ Taip

Ar nukentėjęs asmuo kitoje draudimo bendrovėje turi medicininių išlaidų draudimą galiojantį užsienyje?
☐ Ne ☐ Taip. Draudimo bendrovės pavadinimas

**Kurio(-ų) banko(-ų) kreditinę kortelę su medicininių išlaidų draudimu turi nukentėjęs asmuo ir su juo vykę kiti asmenys?**

☐ „Swedbank“, AB ☐ AB Šiaulių bankas ☐ Danske Bank A/S Lietuvos filialas ☐ AB DNB bankas
☐ AB SEB bankas ☐ AB „Citadele“ bankas ☐ Nordea Bank AB Lietuvos skyrius ☐ Kita

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

Draudžiamojo įvykio atveju prašau atlyginti patirtas išlaidas, draudimo išmoką pervedant į banko sąskaitą LT ☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

Sąskaitos savininko vardas, pavardė

Banko pavadinimas | Banko kodas

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

Pridedami dokumentai ☐ Gydytojo išrašas ☐ Originalios sąskaitos, čekiai ☐ Kita

Savo parašu patvirtinu, kad šiame pranešime pateikiau teisingus ir pilnus duomenis. Man žinoma, kad pateikus neteisingą ar nepilną informaciją, draudimo išmoka dėl to gali būti nemokama arba sumažinta.
Sutinku, jog ERGO Insurance SE Lietuvos filialas ir/ar jo įgalioti tretieji asmenys tvarkytų mano asmens duomenis žalos administravimo bei draudimo išmokos dydžio nustatymo tikslu ir kad šiais tikslais mano asmens duomenys būtų teikiami ir/ar gaunami iš valstybės registrų, bankų, teisėsaugos institucijų, draudimo bendrovių, perdraudikų, Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos, sveikatos priežiūros institucijų bei kitų trečiųjų asmenų.
Sutinku gauti iš Draudiko su žalos byla susijusią informaciją (įskaitant duomenis apie mano sveikatą) ir elektroniniu paštu mano nurodytu elektroninio pašto adresu.
Patvirtinu, kad esu informuotas (-a), jog šis mano sutikimas galioja iki jo atšaukimo kreipiantis į Draudiko klientų aptarnavimo skyrių arba telefonu 1887.

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

Sutinku, jog ERGO Insurance SE Lietuvos filialas, naudodamas mano pateiktus asmens duomenis (vardas, pavardė, telefono numeris), susisiektų su manimi telefonu suteiktų paslaugų kokybės įvertinimo ir gerinimo tikslais. Patvirtinu, kad esu informuotas, jog mano asmens duomenys (vardas, pavardė, telefonas) gali būti perduoti apklausų įmonėms, kurios kreiptųsi į mane telefonu ir teirautųsi mano nuomonės apie ERGO Insurance SE Lietuvos filialo suteiktų paslaugų kokybę.

Parašas