

Pranešimo data  -  -

Žalos Nr.

**Pranešėjas**

Vardas ir pavardė

Adresas

El. pašto adresas

Tel. Nr.



**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

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

## Pranešimas apie nelaimingą atsitikimą

<b>Draudėjas</b>	
<b>Poliso / draudimo liudijimo Nr.</b>	
Nelaimingo atsitikimo data ir laikas	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> val. <input type="text"/> min.
Nelaimingo atsitikimo vieta	
<b>Nukentėjęs asmuo</b>	
Vardas ir pavardė	
Asmens kodas	<input type="text"/>
Adresas	
Tel. Nr.	
El. pašto adresas	

### Nelaimingo atsitikimo aplinkybės

Kokia kūno vieta buvo sužeista? Kuri pusė?

Diagnozė

Ar anksčiau ši kūno vieta buvo gydoma?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Taip	
Pateikiamos rentgenogramos/CD	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Taip	
Ar įvykis registruotas policijos komisarijate?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Taip	Policijos padalinio pavadinimas
Ar buvo tirtas alkoholio kiekis kraujyje?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Taip	

Gydymo įstaiga, kuri suteikė pirmąją medicininę pagalbą (nurodykite įstaigos pavadinimą, adresą, gydytoją)

Gydymo įstaiga, kurioje tęsiamas gydymas (nurodykite įstaigos pavadinimą, adresą, gydytoją)

Gydymo įstaiga/poliklinika, kurioje gydomasi nuolat (nurodykite įstaigos pavadinimą, adresą, šeimos gydytoją)

Draudžiamąjį įvykį atveju prašau išmokėti draudimo išmoką į banko sąskaitą\* LT

Sąskaitos savininko vardas, pavardė

Banko pavadinimas  Banko kodas

\*Jei nukentėjęs asmuo yra nepilnametis, nurodykite jo banko sąskaitą (LR Civilinio Kodekso 3 knygos XII skyrius ir LR draudimo įstatymo 127 str. 1 dalis).

**Pridedami dokumentai**  Išrašas iš medicininių dokumentų  sutikimas rinkti informaciją  nedarbingumo pažymėjimas  
kita

**Patvirtinu, kad pranešime nurodyti duomenys yra išsamūs, tikslūs ir teisingi. Žinau, kad pateikus neteisingus duomenis, draudikas turi teisę atsisakyti mokėti draudimo išmoką.**

Vardas ir pavardė, parašas  Pranešimo pildymo 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

Darbuotojo, priėmusio dokumentus, vardas, pavardė (Pildo darbuotojas, jei dokumentai priimami atstovybėje)