

-  - 

Data

## Sutikimas dėl informacijos teikimo

Sutinku, kad šiame sutikime pateikti

duomenys būtų

(nukentėjusiojo vardas, pavardė)

ERGO Insurance SE Lietuvos filiale saugomi ar kitaip tvarkomi žalų administravimo, draudžiamųjų įvykių tyrimo tikslais ir tais pačiais tikslais būtų perduodami gydymo ir slaugos įstaigoms tiek Lietuvoje, tiek užsienyje, kuriose aš buvau ir būsiu gydomas ir/ar slaugomas, taip pat Sodros įstaigoms, teritorinėms ligonių kasoms, neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnyboms bei kitiems asmenims, galintiems įvertinti žalos dydį/įvykio priežastį, ir kad šiais tikslais ERGO Insurance SE Lietuvos filialas gautų iš jų informaciją ir dokumentus apie mano (mano vaiko/globotinio) sveikatos būklę, diagnozes, prognozes ir gydymą, darbingumo lygį, taip pat visą kitą asmeninio pobūdžio informaciją kaip apie pacientą. Man žinoma, kad nurodžius neteisingus duomenis arba nuspėjus informaciją, turinčią įtakos draudžiamąjį įvykio aplinkybėms išsiaiškinti, draudikas įgyja teisę mažinti draudimo išmoką arba atsisakyti ją mokėti.

Šis sutikimas dėl informacijos teikimo galioja visą draudimo sutarties galiojimo laikotarpį ir draudimo sutarčiai pasibaigus iki visiško įsipareigojimų pagal draudimo sutartį įvykdymo.

Jei nukentėjęs asmuo yra jaunesnis nei 18 metų, sutikimą dėl informacijos teikimo pildo tėvai/globėjai.

Vardas, pavardė

Asmens kodas

Adresas

Telefonas

Draudimo liudijimo Nr.

Parašas