

Pranešimas apie darbingumo netekimą

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

Nelaimingo atsitikimo / susirgimo data

Darbingumo lygio nustatymo data

Koks nustatytas darbingumo lygis

%

Darbingumo lygis nustatytas nuo

iki , neterminuotas.

Darbingumo netekimo priežastis
(diagnozės kodas TLK-10-AM)

Kurioje gydymo įstaigoje buvo nustatyta diagnozė, susirgimas ar sveikatos problemos, esančios sumažėjusio darbingumo priežastimi?

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

Ar įvykis registruotas policijos komisariatare, kuriame?

Įvykio tyrimui pateikiami dokumentai:

Darbingumo lygio pažymos, išduotos Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybos, kopija (būtina).

Išrašai 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 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 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 vardas, pavardė

Parašas

Dokumentų pildymo data

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