

Draudimo liudijimo Nr.  -  -

Draudėjas

(vardas, pavardė / juridinio asmens pavadinimas)

## Pranešimas apie darbingumo netekimą

Apdraustasis asmuo vardas, pavardė	
Apdraustojo asmens kodas	<input type="text"/>
Telefono Nr.	
Adresas	
El. paštas	
Nelaimingo atsitikimo / susirgimo data	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Darbingumo lygio nustatymo data	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Darbingumo netekimo priežastis (diagnozės kodas TLK-10-AM)	
Koks nustatytas darbingumo lygis	<input type="text"/> %
Darbingumo lygis nustatytas	nuo <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> iki <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> , <input type="checkbox"/> neterminuotas.
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?

**SUTINKU, kad ERGO Life Insurance SE gautų iš fizinių ir juridinių asmenų, įskaitant Valstybines ligonių kasas, Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybas, Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybą, sveikatos priežiūros įstaigas, visą informaciją apie mano buvimą sveikatos priežiūros įstaigose, gydymą, sveikatos būklę, diagnozę, prognozes, taip pat visą kitą asmeninio pobūdžio informaciją kaip apie pacientą, susipažintų su išrašais iš ligos istorijos, su kitais mediciniais dokumentais ir naudotų šią informaciją įvykio tyrimui ir įvertinimui:**

(apdraustojo asmens vardas, pavardė ir parašas)

### Įvykio tyrimui pateikiami dokumentai:

- Darbingumo lygio pažymos, išduotos Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybos, kopija (**būtina**).
- Išrašai iš medicininių dokumentų (jeigu yra galimybė).
- Kiti dokumentai:

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 parašas	
Data	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

Jus aptarnavusio darbuotojo duomenys:

(vardas, pavardė, telefonas, regioninis centras / atstovybė)