

Pranešimas apie nelaimingą atsitikimą

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

Darbovietė El. paštas

Pareigos

Įvykio data Laikas :

Įvykis įvyko: darbe buityje sportuojant laisvalaikiu varžybose, treniruotėse eismo įvykiu metu kita

Įvykio aprašymas

Patirti sužalojimai

Ar anksčiau nurodyta kūno sritis buvo traumuota ar gydyta? Ne Taip (nurodykite kada)

Kurioje gydymo įstaigoje buvo suteikta pirmą pagalbą?

Ar buvo atliktas kraujo tyrimas alkoholio koncentracijai nustatyti? Ne Taip

Kada ir kuriose gydymo įstaigose buvo tęsiamas gydymas?

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

Ar įvykis registruotas policijos komisariatare, kuriame?

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 (mano vaiko/globotinio) 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 (arba, jeigu jis nepilnametis, jo įstatyminio atstovo) 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 pateiktą duomenų teisingumą:

Apdraustojo asmens (arba, jeigu jis nepilnametis, jo įstatyminio atstovo) vardas, pavardė Parašas Dokumentų pildymo data

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

Pranešimo apie nelaimingą atsitikimą 1 priedas

Prašymas pervesti draudimo išmoką

Draudimo liudijimo Nr. - -

Draudimo išmoką prašau pervesti:

(draudimo išmoka pervedama į apdraustoją nukentėjusio asmens sąskaitą)

Sąskaitos Nr. LT

Banko pavadinimas

Sąskaitos savininko vardas, pavardė

Sąskaitos savininko asmens kodas

Įvykio tyrimui pateikiami dokumentai:

- Gimimo liudijimo kopija, jeigu nukentėjęs apdraustasis asmuo yra nepilnametis (iki 18 m.).
- Išrašai iš medicininių dokumentų, asmens sveikatos kortelės kopijos.
- Atliktų radiologinių tyrimų (pvz. rentgeno, kompiuterinės tomografijos, magnetinio branduolinio rezonanso, ultragarsinio) aprašymai arba nuotraukos, skaitmeninės laikmenos su nuotraukomis.
- Pranešimo apie išduotą nedarbingumo pažymėjimą dėl nelaimingo atsitikimo kopija (jeigu esate apdraustas dienpinigių draudimo rizika).
- Epikrizė iš ligos istorijos apie gydymą stacionarinėje gydymo įstaigoje dėl nelaimingo atsitikimo (jeigu esate apdraustas ligonpinigių draudimo rizika).
- Kiti dokumentai:

Apdraustoją asmens (arba, jeigu jis nepilnametis, jo įstatyminio atstovo) vardas, pavardė

Parašas

Dokumentų pildymo data