

Draudimo liudijimo Nr. - 3 0 2 -

Draudėjas

(vardas, pavardė)

ERGO

ERGO Life Insurance SE
Geležinio Vilko g. 6A, LT-03507, Vilnius
Įmonės kodas 110707135
Tel. 1887, Faks. (8 5) 268 3035
El. paštas info@ergo.lt, www.ergo.lt

Pranešimas apie visišką ir pastovų darbingumo netekimą dėl nelaimingo atsitikimo

Apdraustasis asmuo vardas, pavardė	
Apdraustojo asmens kodas	<input type="text"/>
Telefono Nr.	
Adresas	
El. paštas	
Nelaimingo atsitikimo 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 buvote gydytas dėl nelaimingo atsitikimo, tapusio sumažėjusio darbingumo priežastimi ?	

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

Ar įvykis registruotas policijos komisariate, 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 apie draudžiamąjį įvykio priežastį, pradžią ir eigą (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 pateiktą duomenų teisingumą:

Apdraustojo asmens parašas

Data - -

Banko darbuotojo pateikiami dokumentai pagal sudarytą atitinkamą draudimo sutartį:

Būsto paskolos gavėjo investicinis gyvybės draudimas (draudimo sutarties Nr. 71-302-...):

- Banko oficialus raštas apie paskolos likutį *Pranešimo apie visišką ir pastovų darbingumo netekimą dėl nelaimingo atsitikimo pateikimo Draudikui dienai*.

Paskolos gavėjo investicinis gyvybės draudimas (Vital, draudimo sutarties Nr. 302:000...):

- Banko oficialus raštas apie paskolos likutį *nelaimingo atsitikimo dienai* ir sąskaitos, į kurią turi būti pervedama draudimo išmoka, duomenis (sąskaitos Nr., sąskaitos savininko vardas, pavardė, asmens kodas).

Jus aptarnavusio darbuotojo duomenys:

(vardas, pavardė, telefonas, padalinys)

Pranešimo apie visišką ir pastovų darbingumo netekimą dėl nelaimingo atsitikimo 1 priedas

Prašymas pervesti draudimo išmoką

Draudimo išmoką prašau pervesti:

Sąskaitos Nr.	LT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Banko pavadinimas	
Sąskaitos savininko vardas, pavardė	
Sąskaitos savininko asmens kodas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Apdraustojo asmens parašas	
Data	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>

Jus aptarnavusio darbuotojo duomenys:

(vardas, pavardė, telefonas, padalinys)