ERGO Life Insurance SE. Įmonės kodas 110707135
Geležinio Vilko g. 6A, LT-03507 Vilnius
Tel. (8 5) 268 3000

ERGO

Prašymas kompensuoti sveikatos draudimo išlaidas

Apdraustojo duomenys

Draudimo liudijimo numeris arba kortelės numeris

Draudėjas

Vardas, pavardė

Asmens kodas

El. pašto adresas

Telefono numeris

Adresas

Draudžiamasis įvykis (prašome pažymėti)

- ☐ Ambulatorinis gydymas (konsultacijos, tyrimai)
- ☐ Profilaktinis patikrinimas (pagal darbo pobūdį, konsultacijos, tyrimai be gydytojo paskyrimo)
- ☐ Stacionarinės paslaugos (ligoninėje)
- ☐ Nėštumo priežiūra
- ☐ Vakcinacija
- ☐ Vaistai (su receptais)
- ☐ Maisto papildai, nereceptiniai vaistai
- ☐ Reabilitacinės paslaugos (fizioterapija, masažai, kineziterapija paskyrus gydytojui)
- ☐ Optikos prekės (gydytojui paskyrus)
- ☐ Odontologijos paslaugos
- ☐ Sveikatingumo paslaugos (kūno kultūros užsiėmimai, masažai, vandens procedūros)
- ☐ Kitos medicinos paslaugos

Iš viso sumokėjau

Suma žodžiais

Sunkių ligų gydymas ☐ Stacionarinis gydymas ☐ Ambulatorinis gydymas ☐ Reabilitacinis gydymas ☐ Vaistai

Gydymas po nelaimingų atsitikimų ☐ Dantų gydymas ☐ Reabilitacinis gydymas

Iš viso sumokėjau

Suma žodžiais

Draudimo išmokos mokėjimas banko pavedimu (prašome nurodyti duomenis)

Sąskaitos Nr. L T

Banko pavadinimas

Sąskaitos savininko vardas, pavardė

Sąskaitos savininko gimimo data

Sąskaitos savininko gyvenamosios vietos valstybė

Užpildęs ir atsiuntęs šį prašymą aš patvirtinu:

1. Esu susipažinęs su Draudiko Privatumo politika dėl asmens duomenų tvarkymo, kuri paskelbta www.ergo.lt
2. Visa šiame prašyme ir pridedamuose prie šio prašymo dokumentuose mano pateikta informacija yra teisinga ir aš suprantu, kad teikiant melagingą ar klaidingą informaciją Draudikas turi teisę atsisakyti mokėti išmoką ir už melagingos informacijos pateikimą gali būti patrauktas atsakomybėn Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka;
3. Susipažinau su reikalingų pateikti Draudikui apie man suteiktas paslaugas ir išlaidas suteiktoms paslaugoms patvirtinančių dokumentų sąrašu, nurodytu Draudiko Sveikatos draudimo taisyklių Nr. 010 punkte 10.5. Suprantu, kad šių dokumentų pateikimas yra būtinas draudžiamojo įvykio tyrimui ir sutinku, kad draudimo bendrovės darbuotojai gali pareikalauti pateikti kitą papildomą informaciją, jei ji yra būtina draudžiamojo įvykio tyrimui ir draudimo išmokos dydžio nustatymui ir išmokėjimui;
4. Aš įsipareigoju šį prašymą ir pridedamų prie šio prašymo dokumentų originalus (jei Draudikui išsiųstos kopijos) saugoti 3 (tris) metus ir, Draudikui pareikalavus, nedelsdamas(-a) juos pristatyti.

Sutinku, kad tirdamas draudžiamąjį įvykį, Draudikas mano pateiktus asmens duomenis, kitą informaciją ir dokumentus patikrintų bei įvertintų ir šiais tikslais apklaustų visus gydytojus, sveikatos priežiūros, slaugos, sveikatingumo įstaigas ir sporto klubus ar kitas paslaugas man teikusias įstaigas ar įmones, teiktų jiems mano asmens duomenis bei gautų iš jų informaciją ir dokumentus apie mano gydymą, sveikatos būklę, diagnozes, suteiktas sveikatos priežiūros, slaugos, sveikatingumo paslaugas, taip pat visą kitą asmeninio pobūdžio informaciją apie mane kaip pacientą ir/ar sveikatingumo paslaugų vartotoją. Patvirtinu, jog esu informuotas, kad šis mano sutikimas galioja iki jo atšaukimo, kreipiantis į draudimo bendrovės klientų aptarnavimo skyrių arba el. paštu info@ergo.lt.
Esu informuotas, kad turiu teisę nesutikti su savo asmens duomenų tvarkymu, atšaukti šį sutikimą, susipažinti su savo asmens duomenimis, prašyti, kad juos ištaisytų, ištrintų arba apribotų; į duomenų perkeliamumą; pateikti skundą Valstybinei duomenų apsaugos inspekcijai.

Sutinku ☐ Nesutinku ☐ Parašas

Sutinku, kad visa informacija, susijusi su išmokomis už man suteiktas paslaugas/prekes, būtų siunčiama elektroniniu paštu: Taip ☐ Ne ☐
Įsipareigoju pasikeitus mano el. pašto adresui per vieną darbo dieną apie tai informuoti draudimo bendrovę.
Suprantu, kad informacijos teikimas elektroniniu paštu yra riboto saugumo, ir prisiimu atsakomybę už minėtos informacijos siuntimą tokiu būdu.

Vardas, pavardė, parašas

Data

Dokumentus galite siųsti el. paštu sveikatos_zalos@ergo.lt arba paprastu paštu: ERGO Life Insurance SE, Geležinio Vilko g. 6A, LT-03507 Vilnius.

Pildo draudimo bendrovės darbuotojas

Išmokos Nr. (ID)

Išmokos suma, Eur

Data

Parašas ir spaudas