

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)

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

Iš viso sumokėjau

Suma žodžiais

Sunkių ligų gydymas

- | | | | |
|--|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stacionarinis gydymas | <input type="checkbox"/> Ambulatorinis gydymas | <input type="checkbox"/> Reabilitacinis gydymas | <input type="checkbox"/> Vaistai |
|--|--|---|----------------------------------|

Gydymas po nelaimingų atsitikimų

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dantų gydymas | <input type="checkbox"/> Reabilitacinis gydymas |
|--|---|

Iš viso sumokėjau

Suma žodžiais

Draudimo išmokos mokėjimas banko pavedimu (prašome nurodyti duomenis)

Sąskaitos Nr.

Banko pavadinimas

Sąskaitos savininko vardas, pavardė

Sąskaitos savininko asmens kodas

Užpildęs ir atsuntęs šį prašymą aš patvirtinu:

- esu susipažinęs su Draudiko Privatumo politika dėl asmens duomenų tvarkymo, kuri paskelbta <https://www.ergo.lt/teisine-informacija/privatumo-politika/>;
- 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;
- 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;
- 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;
- aš įsipareigoju šį prašymą ir pridedamą prie šio prašymo dokumentų originalus (jei Draudikui išsiųstos kopijos) saugoti 3 (tris) metus ir, Draudikui pareikalavus, nedelsdamas(-a) juos pristatyti.
- 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, kad visa informacija, susijusi su išmokomis už man suteiktas paslaugas/prekes, būtų siunčiama elektroniniu paštu: Taip Ne

Įsipareigoju pasikeičiu mano el. pašto adresu 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