

## Pranešimas apie apdraustoją miršį

Draudimo liudijimo Nr.  -  -  Draudėjo vardas, pavardė

### Apdraustas asmuo Vardas, pavardė

Asmens kodas / gimimo data (gimimo datą įrašo neturintys lietuviško a. k.)

### Naudos gavėjas Vardas, pavardė

Asmens kodas / gimimo data (gimimo datą įrašo neturintys lietuviško a. k.)

Gyvenamoji šalis  Lietuva  Kita (nurodykite šalį)

Adresas

Pilietybė (nurodykite visas turimas pilietybes)

Telefonas

El. paštas

Mirties data

Kokia buvo nustatyta mirties priežastis?

Kur apdraustasis mirė (nurodykite gydymo įstaigos pavadinimą arba kitą mirties vietą, adresą)?

Kurioje gydymo įstaigoje, pas kokį gydytoją apdraustasis gydėsi dėl susirgimo, tapusio mirties priežastimi?

Kurioje gydymo įstaigoje apdraustasis buvo prisirašęs, šeimos gydytojo vardas, pavardė?

Ar įvykis registruotas policijos komisariete, kuriame?

Įvykio tyrimui pateikiami dokumentai:

- Medicininio mirties liudijimo kopija (**būtina**).  
 Naudos gavėjo asmens dokumento kopija (**būtina**).  
 Išrašai iš medicininių dokumentų (jeigu yra galimybė).  
 Kiti dokumentai:

### Pranešėjas Vardas, pavardė

Adresas

Telefonas

El. paštas

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:

Pranešėjo vardas, pavardė

Parašas

Dokumentų pildymo data

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

# Pranešimo apie apdraustojo mirtį 1 priedas

## Prašymas pervesti draudimo išmoką

Draudimo liudijimo Nr.

 -  - 

Draudimo išmoką prašau pervesti:\*

Naudos gavėjo sąskaitos Nr.

LT

Banko pavadinimas

Naudos gavėjo vardas ir pavardė

Naudos gavėjo asmens kodas

### Politiškai pažeidžiami (paveikiami) asmenys (PPA)

1. Ar jūs, jūsų artimieji šeimos nariai ar artimi pagalbininkai yra politiškai pažeidžiami (paveikiami asmenys)?

Taip  Ne

2. Jei atsakymas į 1. punkto klausimą – „Taip“, nurodykite, ar klientas yra:

PPA (pildykite 7.-8. laukus)  PPA šeimos narys (pildykite 3.-8. laukus)

PPA artimas pagalbininkas (pildykite 3.-8. laukus)

3. PPA vardas ir pavardė

6. Ryšys su PPA

4. Gimimo data

     

7. Pareigos

5. PPA gyvenamoji šalis  Lietuva  Kita (nurodykite šalį)

8. Institucija

**Politiškai pažeidžiami (paveikiami) asmenys (PPA)** – fiziniai asmenys, kurie Lietuvos Respublikoje ar kitoje valstybėje narėje ar trečiojoje valstybėje pastaruosius 12 mėnesių eina, ėjo ar kuriems buvo patikėtos svarbios viešosios pareigos, ir jų artimieji šeimos nariai arba artimi pagalbininkai.

**Svarbios viešosios pareigos** – pareigos Lietuvos Respublikoje, Europos Sąjungoje, tarptautinėse ar užsienio valstybių institucijose:

- valstybės vadovas, vyriausybės vadovas, ministras, viceministras arba ministro pavaduotojas, valstybės sekretorius, parlamento, vyriausybės arba ministerijos kancleris;
- parlamento narys;
- aukščiausiųjų teismų, konstitucinių teismų ar kitų aukščiausiųjų teisminių institucijų, kurių sprendimai negali būti skundžiami, narys;
- savivaldybės meras, savivaldybės administracijos direktorius;
- aukščiausiosios valstybių audito ir kontrolės institucijos valdymo organo narys ar centrinio banko valdybos pirmininkas, jo pavaduotojas ar valdybos narys;
- ambasadorius, laikinasis reikalų patikėtinis, Lietuvos kariuomenės vadas, kariuomenės pajėgų ir junginių vadai, Gynybos štabo viršininkas ar užsienio valstybių aukšto rango ginkluotųjų pajėgų karininkas;
- valstybės įmonės, akcinės bendrovės, uždarnosios akcinės bendrovės, kurių akcijos ar dalis akcijų, suteikiančių daugiau kaip 1/2 visų balsų šių bendrovių visuotiniame akcininkų susirinkime, priklauso valstybei nuosavybės teise, valdymo ar priežiūros organo narys;

- savivaldybės įmonės, akcinės bendrovės, uždarnosios akcinės bendrovės, kurių akcijos ar dalis akcijų, suteikiančių daugiau kaip 1/2 visų balsų šių bendrovių visuotiniame akcininkų susirinkime, priklauso savivaldybei nuosavybės teise ir kurios laikomos didelėmis įmonėmis pagal Lietuvos Respublikos įmonių finansinės atskaitomybės įstatymą, valdymo ar priežiūros organo narys;
- tarptautinės tarpvyriausybines organizacijos vadovas, jo pavaduotojas, valdymo ar priežiūros organo narys;
- politinės partijos vadovas, jo pavaduotojas, valdymo organo narys.

**Artimieji šeimos nariai:**

- sutuoktinis, asmuo, su kuriuo registruota partnerystė (sugyventinis);
- tėvai, broliai, seserys arba
- vaikai ir vaikų sutuoktiniai, vaikų sugyventiniai.

**Artimas pagalbininkas** - fizinis asmuo, kuris:

- yra to paties juridinio asmens ar juridinio asmens statuso neturinčios organizacijos dalyvis arba palaiko kitus dalykinius santykius;
- yra vienintelis juridinio asmens ar juridinio asmens statuso neturinčios organizacijos, įsteigtos ar veikiančios de facto siekiant turitinės ar kitokios asmeninės naudos politiškai pažeidžiamam (paveikiamam) asmeniui, naudos gavėjas.

Naudos gavėjo (arba, jeigu jis nepilnametis, jo įstatyminio atstovo) vardas, pavardė

Parašas

Dokumentų pildymo data

\*Jeigu draudimo sutartyje nenurodytas naudos gavėjas, tai apdraustojo įpėdiniai turi pateikti paveldėjimo dokumentus (paveldėjimo teisės liudijimą, pergynusio sutuoktinio nuosavybės teisės liudijimą), kuriuose nurodyta, kas paveldi draudimo išmoką.

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

## Pranešimo apie apdraustojo mirtį 2 priedas

### Sutikimas dėl informacijos gavimo

Draudimo liudijimo Nr.

 -  - 

Aš,

(vardas, pavardė)

asmens kodas

mirusiojo

(vardas, pavardė)

asmens kodas

sutuoktinis, tėvas, motina, sūnus, duktė ar kiti , (ryšys su mirusiuoju - pabraukti arba įrašyti), **sutinku**, kad ERGO

Life Insurance SE gautų iš fizinių ir juridinių asmenų, įskaitant sveikatos priežiūros įstaigas, visą informaciją apie mirusiojo apdraustojo asmens

(vardas, pavardė)

buvimą sveikatos priežiūros įstaigose, sveikatos būklę, gydymą ir prognozes,

taip pat visą kitą asmeninio pobūdžio informaciją ir apklaustų visus asmenis, ką nors žinančius apie draudžiamąjį įvykio priežastis, aplinkybes ir pasekmes.

Patvirtinu, jog esu informuotas (-a), kad šis mano sutikimas galioja iki jo atšaukimo, kreipiantis į draudimo bendrovės klientų aptarnavimo skyrių.

Įvykio tyrimui pateikiami dokumentai:

- Santuokos liudijimo notariškai patvirtinta kopija (jeigu sutikimą pasirašo apdraustojo sutuoktinis).  
 Gimimo liudijimo notariškai patvirtinta kopija (jeigu sutikimą pasirašo apdraustojo vaikai, tėvai ar kt.).\*

\*Jeigu šį sutikimą pasirašančio asmens pavardė keitėsi, prašome pateikti pavardės keitimą patvirtinančių dokumentų notariškai patvirtintas kopijas, pvz. santuokos liudijimo, ištuokos liudijimo.

Vardas, pavardė

Parašas

Dokumentų pildymo data