**ERGO Life Insurance SE**
Įmonės kodas 110707135
Geležinio Vilko g. 6A, LT-03150 Vilnius, Žalų administravimo departamentas
Tel. 1887, +370 5 2683222, el. p. gyvybes_zalos@ergo.lt arba per www.epristatymas.lt
www.ergo.lt

# 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

El. paštas

Darbovietė

Pareigos

Įvykio data ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐ Laikas ☐☐ : ☐☐

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

Įvykio aprašymas

Patirti sužalojimai

Ar įvykis registruotas policijos komisariate? ☐ Ne ☐ Taip (nurodykite kuriame)

Kurioje gydymo įstaigoje buvo suteikta pirma pagalba? Kuriose gydymo įstaigose buvo tęsiamas gydymas?

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

Draudžiamojo įvykio atveju prašau išmokėti draudimo išmoką
į apdraustojo nukentėjusiojo banko sąskaitą

LT ☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

Sąskaitos savininko vardas, pavardė

Sąskaitos savininko asmens kodas

Gyvenamosios vietos valstybė

Banko pavadinimas

Banko kodas

**Pridedami dokumentai:**

☐ Gimimo liudijimo kopija (jei nukentėjęs asmuo yra nepilnametis)
☐ Išrašai iš med. dokumentų
☐ Atliktų radiologinių tyrimų aprašymai arba nuotraukos
☐ Pranešimas apie išduotą nedarbingumo pažymėjimą dėl NA (dienpinigių draudimo atveju)
☐ Kita

Savo parašu patvirtinu, kad šiame pranešime pateikiau teisingus duomenis.

Sutinku gauti iš draudiko su žalos byla susijusią informaciją (įskaitant duomenis apie mano sveikatą) ir elektroniniu paštu mano nurodytu elektroninio pašto adresu. Suprantu, kad informacijos teikimas elektroniniu paštu yra riboto saugumo, ir prisiimu atsakomybę už minėtos informacijos siuntimą tokiu būdu. Patvirtinu, kad esu informuotas (-a), jog šis mano sutikimas galioja iki jo atšaukimo kreipiantis į draudimo bendrovės klientų aptarnavimo skyrių arba el. paštu info@ergo.lt. Įsipareigoju pasikeitus mano el. pašto adresui per vieną darbo dieną apie tai informuoti draudiką.

☐ Sutinku ☐ Nesutinku

Apdraustojo asmens arba jeigu jis nepilnametis,
jo įstatyminio atstovo vardas, pavardė

Parašas

Dokumentų pildymo data ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐

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

**ERGO Life Insurance SE**
Įmonės kodas 110707135
Geležinio Vilko g. 6A, LT-03150 Vilnius, Žalų administravimo departamentas
Tel. 1887, +370 5 2683222, el. p. gyvybes_zalos@ergo.lt arba per www.epristatymas.lt
www.ergo.lt

# Sutikimas dėl asmens duomenų tvarkymo

Data

Draudimo sutarties / liudijimo Nr. - -

Sutinku, jog ERGO Life Insurance SE ir/ar jo įgalioti tretieji asmenys tvarkytų su sveikata susijusius mano (mano vaiko / atstovaujamojo (-osios))

(nukentėjusiojo vardas, pavardė) (asmens kodas)

asmens duomenis dėl žalos administravimo bei draudimo išmokos dydžio nustatymo ir kad šiais tikslais mano (mano vaiko / atstovaujamojo (-osios)) asmens duomenys būtų teikiami ir / ar gaunami iš tų Lietuvoje ar užsienyje esančių gydymo ir slaugos įstaigų, kuriose aš (mano vaikas / atstovaujamasis (-oji)) buvau ar būsiu gydomas (-a) ir / ar slaugomas (-a), taip pat iš Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos (Sodros), teritorinių ligonių kasų, neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybos, perdraudikų bei kitų trečiųjų asmenų, galinčių padėti įvertinti žalos dydį / įvykio priežastis ar turinčių su įvykiu susijusios informacijos.

Patvirtinu, jog esu informuotas (-a), kad šis mano sutikimas galios visą draudimo sutarties galiojimo laikotarpį, o draudimo sutarčiai pasibaigus – kol bus įvykdyti visi draudimo sutarties įsipareigojimai, arba iki šio sutikimo atšaukimo, kreipiantis į draudimo bendrovės klientų aptarnavimo skyrių arba el. paštu info@ergo.lt.

Esu informuotas (-a), 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.

Tais atvejais, kai nukentėjęs asmuo yra jaunesnis nei 18 metų, sutikimą pildo jo įstatyminis atstovas.

Nukentėjusiojo arba jeigu jis nepilnametis, jo įstatyminio atstovo vardas, pavardė

Parašas