

## 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.)

Adresas

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**).  
 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 šį pranešimą pateiktų 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:\*

Sąskaitos Nr.

LT

Banko pavadinimas

Sąskaitos savininko vardas, pavardė

Sąskaitos savininko asmens kodas

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, pergyvenusio sutuoktinio nuosavybės teisės liudijimą), kuriuose nurodyta, kas paveldi draudimo išmoką.

## Pranešimo apie apdraustoją miršį 2 priedas

### Sutikimas dėl informacijos gavimo

Draudimo liudijimo Nr.  -  -

Aš,  asmens kodas   
(vardas, pavardė)

mirusiojo  asmens kodas   
(vardas, pavardė)

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 apdraustoją asmens  buvimą sveikatos priežiūros įstaigose, sveikatos būklę, gydymą ir prognozes, (vardas, pavardė)

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 apdraustoją sutuoktinis).  
 Gimimo liudijimo notariškai patvirtinta kopija (jeigu sutikimą pasirašo apdraustoją 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

## 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 / atstovaujamas (-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.

Sutinku  Nesutinku

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 įstatyminio atstovo vardas, pavardė

Parašas