

Pranešimo data

Žalos Nr.

Pareiškėjas

Vardas, pavardė

Adresas

El. pašto adresas

Tel. Nr.

Apie tolimesnį žalos administravimą pageidauju būti informuotas (-a):  El. paštu  Paštu  SMS

**ERGO**

ERGO Insurance SE Lietuvos filialas  
Geležinio Vilko g. 6A, LT-03507 Vilnius  
Žalų administravimo departamentas  
Asmens ir civilinės atsakomybės  
žalų administravimo skyrius  
El. p.: turtozalos@ergo.lt  
Tel. Nr. 1887, (+370 5) 268 3222

## Prašymas atlyginti žalą

1. Įvykio data

Metai

Mėnuo

Diena

2. Įvykio laikas

val.

min.

3. Nukentėjusio turto vieta (adresas)

4. Tikslī įvykio priežastis

5. Tarnybos (avarinė, bendrija, namo administratorius, priešgaisrinė ir kt.), kuri buvo iškviesta avarijos likvidavimui, duomenys/kontaktai

6. Ar dėl šio įvykio metu patirtų nuostolių atlyginimo Jūs kreipėtės į kitą draudimo bendrovę arba dėl įvykio tiesiogiai atsakingą asmenį?

Ne

Taip. Į ką kreiptasi?

7. Įvykio aplinkybių aprašymas (kam reiškiate pretenziją, kokių pagrindu ir t.t.)

8. Nekilnojamojo turto sugadinimai

Jeigu tekstas netilpo, pridėkite papildomą lapą

9. Apgadinto kilnojamojo turto informacija (pildoma, jei yra padaryta žala kilnojamam turtui)

Turto apgadinimai

Turto savininkas (-ai)

Kada buvo įsigytas turtas iki įvykio?

Už kokią kainą turtas buvo įsigytas iki įvykio?

Kur buvo įsigytas turtas iki įvykio?

Prašome pateikti turimus įsigijimo dokumentus

10. Kada iki įvykio nukentėjusiose patalpose buvo darytas kapitalinis remontas?

11. Nukentėjusių patalpų nuosavybės dokumentas

Pateiksiu pats

Sutinku, kad draudimo bendrovė kreiptųsi į VŠĮ „Registų centras“ dėl šio dokumento gavimo arba nuosavybės fakto patvirtinimo

12. Draudžiamąjį įvykį atveju prašau išmokėti draudimo išmoką į banko sąskaitą Nr.

LT

Sąskaitos savininko vardas, pavardė

Banko pavadinimas

Banko kodas

Patvirtinu, kad į visus klausimus atsakiau teisingai ir išsamiai. Žinau, jog nurodžius neteisingus duomenis arba nusiėpus informaciją, turinčią įtakos draudžiamąjį įvykį aplinkybėms nustatyti, draudikas turi teisę mažinti draudimo išmoką arba atsisakyti ją mokėti.

Sutinku, jog ERGO Insurance SE Lietuvos filialas ir/ar jo įgalioti tretieji asmenys tvarkytų mano asmens duomenis žalos administravimo bei išmokos dydžio nustatymo tikslu ir kad šiais tikslais mano asmens duomenys būtų teikiami ir/ar gaunami iš valstybės registru, bankų, teisėsaugos institucijų, draudimo bendrovių, perdraudikų, Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos, sveikatos priežiūros institucijų bei kitų trečiųjų asmenų.

Sutinku gauti iš Draudiko su žalos byla susijusią informaciją (įskaitant duomenis apie mano sveikatą) ir elektroniniu paštu mano nurodytu elektroninio pašto adresu. Patvirtinu, kad esu informuotas (-a), jog šis mano sutikimas galioja iki jo atšaukimo kreipiantis į Draudiko klientų aptarnavimo skyrių arba telefonu 1887.

Pareiškėjo parašas

Data

Sutinku, jog ERGO Insurance SE Lietuvos filialas, naudodamas mano pateiktus asmens duomenis (vardas, pavardė, telefono numeris), susisiektų su manimi telefonu suteiktų paslaugų kokybės įvertinimo ir gerinimo tikslais. Patvirtinu, kad esu informuotas, jog mano asmens duomenys (vardas, pavardė, telefonas) gali būti perduoti apklausų įmonėms, kurios kreiptųsi į mane telefonu ir teirautųsi mano nuomonės apie ERGO Insurance SE Lietuvos filialo suteiktų paslaugų kokybę.

Pareiškėjo parašas