

Pranešimas apie apdraustoją miršį

Draudimo liudijimo Nr.

Draudėjo vardas, pavardė

Apdraustasis asmuo

Vardas, pavardė

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

Naudos gavėjas

Vardas, pavardė

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

Gyvenamoji šalis

☐ Lietuva ☐ Kita (nurodykite šalį)

Pilietybė (nurodykite visas turimas pilietybes)

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 komisarijate, kuriame?

Įvykio tyrimui pateikiami dokumentai:

☐ Medicininio mirties išrašo (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:

Dokumentų pildymo data

Pranešėjo vardas, pavardė

Parašas

Jus aptarnavusio ERGO atstovo pareigos, vardas, pavardė, telefonas

Parašas

Priedas Nr. 1 prie pranešimo apie apdraustoją mirtį

Prašymas pervesti draudimo išmoką

Draudimo liudijimo Nr.

Draudimo išmoką prašau pervesti:*

Naudos gavėjo sąskaitos Nr.

LT

Naudos gavėjo vardas, pavardė

Naudos gavėjo asmens kodas

Banko pavadinimas

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, pavardė

4. Gimimo data

5. PPA gyvenamoji šalis

☐ Lietuva ☐ Kita (nurodykite šalį)

6. Ryšys su PPA

7. Pareigos

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 tarpyvyriausybinių organizacijų 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 turinės ar kitokios asmeninės naudos politiškai pažeidžiamam (paveikiamam) asmeniui, naudos gavėjas.

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

Data

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

Parašas

Jus aptarnavusio ERGO atstovo pareigos, vardas, pavardė, telefonas

Parašas

Priedas Nr. 2 prie pranešimo apie apdraustojo mirtį
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 išrašo (liudijimo) notariškai patvirtinta kopija (jeigu sutikimą pasirašo apdraustojo sutuoktinis).
- ☐ Gimimo išrašo (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 išrašo (liudijimo), ištuokos išrašo (liudijimo).

Data

Vardas, pavardė

Parašas

Jus aptarnavusio ERGO atstovo pareigos, vardas, pavardė, telefonas

Parašas

