

Pranešimas apie dalyvumo (darbingumo) netekimą

Draudimo liudijimo Nr.

Draudėjo vardas, pavardė / juridinio asmens pavadinimas

Apdraustasis asmuo

Vardas, pavardė

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

Adresas

Telefonas

El. paštas

Nelaimingo atsitikimo / susirgimo data

Dalyvumo (darbingumo) lygio nustatymo data

Nustatytas dalyvumo (darbingumo) lygis

Dalyvumo (darbingumo) lygis nustatytas nuo

iki

☐ Neterminuotas

Dalyvumo (darbingumo) netekimo priežastis (diagnozės kodas TLK-10-AM)

Kurioje gydymo įstaigoje buvo nustatyta diagnozė, susirgimas ar sveikatos problemos, esančios sumažėjusio dalyvumo (darbingumo) priežastimi?

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

Ar įvykis registruotas policijos komisarijate, kuriame?

Įvykio tyrimui pateikiami dokumentai:

☐ Dalyvumo (darbingumo) lygio pažymos, išduotos asmens su negalia teisių apsaugos agentūros, kopija (būtina).

☐ Išrašai iš medicininių dokumentų (jeigu yra galimybė).

☐ Kiti dokumentai:

Draudžiamąjį įvykį atveju prašau išmokėti draudimo išmoką į apdraustojo nukentėjusiojo banko sąskaitą

Sąskaitos Nr.

Sąskaitos savininko vardas, pavardė

Sąskaitos savininko asmens kodas

Gyvenamosios vietos valstybė

Banko pavadinimas

Banko kodas

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

Data

Apdraustojo asmens vardas, pavardė

Parašas

Jus aptarnavusio ERGO atstovo pareigos, vardas, pavardė, telefonas

Parašas

Sutikimas dėl asmens duomenų tvarkymo žalos administravimo tikslu

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, asmens su negalia teisių apsaugos agentūros, 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.

Data

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

Parašas

Sutikimas dėl asmens duomenų tvarkymo tiesioginės rinkodaros tikslu

Aš:

(A) Vardas, pavardė

Gimimo data

Telefono numeris

El. pašto adresas

- ☐ **sutinku** ☐ **nesutinku, kad:**
- (B)

ERGO Life Insurance SE (įm. kodas 110707135) ir ERGO Insurance SE, Lietuvoje veikianti per Lietuvos filialą (įm. kodas 302912288), kartu toliau vadinamos ERGO, adresas Lvivo g. 37, LT-09307 Vilnius, telefonas 1887, el. paštas info@ergo.lt arba per https://epristatymas.lt, www.ergo.lt

tvarkytų mano šio sutikimo (A) dalyje nurodytus asmens duomenis:

- (C)

tiesioginės rinkodaros tikslu, t.y.: teiktų man skirtus pasiūlymus, naujienas apie teikiamas paslaugas, informaciją apie vykstančius renginius, akcijas ar kitą informaciją, taip pat teirautųsi mano nuomonės apie paslaugas el. paštu ir (ar) telefonu ir
- (D)

tiesioginės rinkodaros vykdymo tikslu teiktų šio sutikimo (A) dalyje nurodytus mano duomenis viena kitai.

Esu informuotas/-a, kad:

- (E)

sutikimo (A) dalyje nurodyti mano asmens duomenys gali būti teikiami paslaugas ERGO teikiantiems duomenų tvarkytojams (kategorijos: rinkos tyrimų ir rinkodaros paslaugas teikiančios bendrovės; ERGO draudimo tarpininkai);
- (F)

turiu šias teises: nesutikti su savo asmens duomenų tvarkymu (įskaitant profiliavimą); atšaukti šį sutikimą; susipažinti su savo asmens duomenimis; prašyti, kad juos ištaisytų, ištrintų arba apribotų; į duomenų perkeliamumą; pateikti skundą Valstybinei duomenų apsaugos inspekcijai;
- (G)

mano asmens duomenų tvarkymo terminas yra 60 mėn. arba iki šio sutikimo atšaukimo (sutikimas gali būti atšauktas bet kuriuo metu pateikiant prašymą (B) dalyje nurodytu adresu, el. pašto adresu arba telefonu);
- (H)

daugiau informacijos apie ERGO atliekamą asmens duomenų tvarkymą yra pateikiama interneto svetainėje www.ergo.lt patalpintoje ERGO privatumo politikoje.

Data

Parašas