

Prašymas kompensuoti sveikatos draudimo išlaidas

Apdraustojo duomenys

Draudimo liudijimo numeris arba kortelės numeris

Draudėjas

Vardas, pavardė

Asmens kodas

El. pašto adresas

Telefono numeris

Adresas

Draudžiamasis įvykis (prašome pažymėti)

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ambulatorinis gydymas (konsultacijos, tyrimai) | <input type="checkbox"/> Nėštumo priežiūra | <input type="checkbox"/> Maisto papildai, nereceptiniai vaistai | <input type="checkbox"/> Odontologijos paslaugos |
| <input type="checkbox"/> Profilaktinis patikrinimas (pagal darbo pobūdį, konsultacijos, tyrimai be gydytojo paskyrimo) | <input type="checkbox"/> Vakcinacija | <input type="checkbox"/> Reabilitacinės paslaugos (fizioterapija, masažai, kineziterapija paskyrus gydytojui) | <input type="checkbox"/> Sveikatingumo paslaugos (kūno kultūros užsiėmimai, masažai, vandens procedūros) |
| <input type="checkbox"/> Stacionarinės paslaugos (ligoninėje) | <input type="checkbox"/> Vaistai (su receptais) | <input type="checkbox"/> Optikos prekės (gydytojui paskyrus) | <input type="checkbox"/> Kitos medicinos paslaugos |

Iš viso sumokėjau

Suma žodžiais

Sunkių ligų gydymas Stacionarinis gydymas Ambulatorinis gydymas Reabilitacinis gydymas Vaistai

Gydymas po nelaimingų atsitikimų

Dantų gydymas Reabilitacinis gydymas

Iš viso sumokėjau

Suma žodžiais

Draudimo išmokos mokėjimas banko pavedimu (prašome nurodyti duomenis)

Sąskaitos Nr.

Banko pavadinimas

Sąskaitos savininko vardas, pavardė

Sąskaitos savininko asmens kodas

Užpildęs ir atsuntęs šį prašymą aš patvirtinu:

- aukščiau išvardinti duomenys yra mano asmens ir kontaktiniai duomenys ir, jei mano prašymas užpildytas elektroniniu būdu ir pateiktas Draudikui elektroniniu paštu, sutinku, kad Draudikas turi teisę šiuos mano asmens ir kontaktinius duomenis naudoti prašant paslaugų ir/ar prekių teikėjų pateikti, patvirtinti ar išaiškinti informaciją apie man suteiktas paslaugas ir/ar prekes;
- visa šiame prašyme ir pridedamuose prie šio prašymo dokumentuose mano pateikta informacija yra teisinga ir aš suprantu, kad teikiant melagingą ar klaidingą informaciją Draudikas turi teisę atsakyti mokėti išmoką ir už melagingos informacijos pateikimą galiu būti patrauktas atsakomybėn Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka;
- susipažinau su reikalingų pateikti Draudikui apie man suteiktas paslaugas ir išlaidas suteiktoms paslaugoms patvirtinančių dokumentų sąrašu, nurodytu Draudiko Sveikatos draudimo taisyklių Nr. 010 punkte 10.5. Suprantu, kad šių dokumentų pateikimas yra būtinas draudžiamąjį tyrimui ir sutinku, kad draudimo bendrovės darbuotojai gali pareikalauti pateikti kitą papildomą informaciją, jei ji yra būtina draudžiamąjį tyrimui ir draudimo išmokos dydžio nustatymui ir išmokėjimui;
- sutinku, kad vertindamas draudimo riziką ir/ar tirdamas draudžiamąjį įvykį, Draudikas mano pateiktus asmens duomenis, kitą informaciją ir dokumentus patikrintų bei įvertintų ir šiais tikslais apklaustų visus gydytojus, sveikatos priežiūros, slaugos, sveikatingumo įstaigas ir sporto klubus ar kitas paslaugas man teikusias įstaigas ar įmones, teiktų jiems mano asmens duomenis bei gautų iš jų informaciją ir dokumentus apie mano gydymą, sveikatos būklę, diagnozes, suteiktas sveikatos priežiūros, slaugos, sveikatingumo paslaugas, taip pat visą kitą asmeninio pobūdžio informaciją apie mane kaip pacientą ir/ar sveikatingumo paslaugų vartotoją. Sutinku, kad sveikatos priežiūros, sveikatingumo įstaigos, įmonės, sporto klubai ir kitos paslaugas teikusios įstaigos atskleistų Draudikui minėtus duomenis;
- šiame prašyme pateikti mano asmens duomenys ir mano asmens duomenys, paaiškinę sudarant draudimo sutartį, kurioje esu apdraustasis, tiriant draudžiamąjį įvykį, būtų Draudiko saugomi ar kitaip tvarkomi draudimo rizikos įvertinimo tikslais, draudimo sutarties, kurioje esu apdraustasis, administravimo, vykdymo, draudžiamųjų įvykių tyrimo tikslais ir tais pačiais tikslais būtų perduodami draudikams, draudimo tarpininkams, sveikatos priežiūros, slaugos, sveikatingumo įstaigoms, sporto klubams, o taip pat kitiems asmenims, kai įstatymai ar kiti teisės aktai apibrėžia tokių duomenų rinkimo ir teikimo tvarką bei duomenų gavėjus, taip pat gautų iš jų mano asmens duomenis ir tvarkytų juos nurodytais tikslais;
- aš buvau supažindintas su savo teise susipažinti su savo tvarkomais duomenimis ir kaip jie yra tvarkomi, reikalauti ištaisyti, sunaikinti mano asmens duomenis arba sustabdyti mano asmens duomenų tvarkymo veiksmus, kai duomenys tvarkomi nesilaikant įstatymų nuostatų, nesutikti, kad būtų tvarkomi mano asmens duomenys;
- aš įsipareigoju šį prašymą ir pridedamą prie šio prašymo dokumentų originalus (jei Draudikui išsiųstos kopijos) saugoti 3 (tris) metus ir, Draudikui pareikalavus, nedelsdamas(-a) juos pristatyti.

Sutinku, kad visa informacija, susijusi su išmokomis už man suteiktas paslaugas/prekes, būtų siunčiama elektroniniu paštu: Taip Ne
Įsipareigoju pasikeitus mano el. pašto adresui per vieną darbo dieną apie tai informuoti draudimo bendrovę.

Vardas, pavardė, parašas

Data

Dokumentus galite siųsti el. paštu sveikatos_zalos@ergo.lt arba paprastu paštu: ERGO Life Insurance SE, Geležinio Vilko g. 6A, LT-03507 Vilnius.

Pildo draudimo bendrovės darbuotojas

Išmokos Nr. (ID)

Išmokos suma, Eur

Data

Parašas ir spaudas