

PRAŠYMAS IŠMOKĖTI DRAUDIMO IŠMOKĄ

UŽPILDYMO DATA - -

PRAŠYMĄ PILDYKITE DIDŽIOSIOMIS RAIDĖMIS, PASIRINKTĄ VARIANTĄ PAŽYMĖKITE X



DRAUDIMO LIUDIJIMO (SUTARTIES) Nr.

PRAŠAU IŠMOKĖTI DRAUDIMO IŠMOKĄ:

- PATYRUS TRAUMĄ SUSIRGUS KRITINE LIGA MIRUS APDRAUSTAJAM MIRUS APDRAUSTOJO ARTIMAM GIMINAIČIUI
- GIMUS VAIKUI KITA _____

APDRAUSTASIS:

VARDAS IR PAVARDĖ ARBA ĮMONĖS PAVADINIMAS

ASMENS KODAS

GYVENAMOJI/ĮMONĖS REGISTRACIJOS VIETA (GATVĖ, NAMO NR., MIESTAS/RAJONAS, PAŠTO INDEKSAS)

TELEFONO NR.

EL .PAŠTO ADRESAS

DARBOVIETĖ (ĮMONĖS PAVADINIMAS)

ĮVYKIO (TRAUMOS, KRITINĖS LIGOS, MIRTIES) **DATA** - -

ĮVYKIS ĮVYKO:

- DARBO METU / MOKYKLOJE BUITYJE SPORTUOJANT EISMO ĮVYKIO METU KITA _____

ĮVYKIO APLINKYBĖS:

SVEIKATOS PAKENKIMAS (DIAGNOZĖ), TAIKYTAS GYDYMAS:

PIRMOSIOS MEDICINOS PAGALBOS SUTEIKIMO DATA - -

NEDARHINGUMO LAIKOTARPIS: nuo - - iki - -

PRAŠAU DRAUDIMO IŠMOKĄ PERVESTI:

PASTABA: JEI APDRAUSTASIS NEPILNAMETIS (iki 18 m. amžiaus), BANKO SĄSKAITA TURI BŪTI ATIDARYTA JO VARDU

IŠMOKOS GAVĖJO VARDAS IR PAVARDĖ

ASMENS KODAS

BANKO PAVADINIMAS

ATSISKAITOMOSIOS SĄSKAITOS NUMERIS

PRIE PRAŠYMO PRIDEDAMI DOKUMENTAI:

- ASMENS TAPATYBĘ PATVIRTINANČIO DOKUMENTO KOPIJA _____
- MEDICININIAI DOKUMENTAI _____
- RENTGENO NUOTRAUKOS _____
- KITI DOKUMENTAI _____
- RENTGENO NUOTRAUKAS PRAŠAU GRAŽINTI Į GYDYMO ĮSTAIGĄ _____
- RENTGENO NUOTRAUKAS PRAŠAU GRAŽINTI ADRESU _____
- PAVELDĖJIMO DOKUMENTAI _____

PRANEŠIMĄ APIE DRAUDIMO IŠMOKĄ PRAŠOME:

- SIŪSTI PAŠTU ADRESU _____
- SIŪSTI ELEKTRONINIŲ PAŠTŲ ADRESU _____
- PRANEŠIMO NESIŪSTI

PRAŠYMĄ PILDO:

VARDAS IR PAVARDĖ _____ TELEFONO NR. _____ EL. PAŠTO ADRESAS _____

Pasirašydamas, sutinku ir patvirtinu, kad:

- Visi duomenys pateikti šiame dokumente ir jo prieduose yra teisingi;
- Man yra žinoma, kad žalą pagal aukščiau nurodytą draudimo sutartį reguliuos draudimo bendrovė AB "Lietuvos draudimas" - toliau Atstovas žaloms reguliuoti.
- Man yra žinoma, kad draudimo bendrovei AB „Lietuvos draudimas“ teisingam žalos dydžio nustatymui bei išmokos apskaičiavimui reikalingi tam tikri duomenys apie fiziškai nukentėjusį (sužalotą ar žuvusį) asmenį. Esu supažindintas (-a) su Lietuvos Respublikos Asmens duomenų teisinės apsaugos įstatyme numatytais teisėmis: būti informuotam apie mano asmens duomenų tvarkymą; susipažinti su savo asmens duomenimis ir kaip jie yra tvarkomi; reikalauti ištaisyti, sunaikinti mano asmens duomenis arba sustabdyti, išskyrus saugojimą, mano asmens duomenų tvarkymo veiksmus, kai duomenys tvarkomi nesilaikant šio ir kitų įstatymų nuostatų; nesutikti, kad būtų tvarkomi mano asmens duomenys.
- Draudikas ir/arba Atstovas žaloms reguliuoti naudotų pateiktus mano duomenis ar/ir kreiptųsi į teisėsaugos institucijas, bankus, valstybės registrus, sveikatos priežiūros įstaigas, draudimo bendroves ir kitus trečiuosius asmenis pagal poreikį, reikalingą Draudikui ar Draudiko įgaliotiems tretiesiems asmenims siekiant įvertinti draudimo riziką, sudarius draudimo sutartį, vertinant įvykius ir/ar nustatant draudimo išmokų dydžius per sutarties galiojimo laikotarpį.
- Aš patikiu visiems gydytojams, medicininėms ir kitoms įstaigoms bei draudimo įmonėms, į kuriuos kreipsis Draudikas, suteikti informaciją, leisti susipažinti bei pasidaryti kopijas visų dokumentų, reikalingų prašymo sudaryti sutartį nagrinėjimui, įvykių vertinimui ir jų pripažinimui/nepripažinimui draudžiamaisiais bei išmokų dydžio nustatymui.
- Savo parašu (nepilnamečiams vieno iš tėvų ar įstatymais numatyto atstovo parašu) patvirtinu atsakomybę už pateiktų duomenų teisingumą, tikslumą ir išsamumą. Šį sutikimą užpildžiau pats (-i).

□□□□ - □□□ - □□□ _____ □□□□□□□□□□□□□□
DATA VARDAS IR PAVARDĖ, PARAŠAS (TIK NUO 16 METŲ AMŽIAUS) ASMENS KODAS

VIENO IŠ TĖVŲ AR ĮSTATYMINIO ATSTOVO VARDAS IR PAVARDĖ, PARAŠAS (KAI APDRAUSTASIS YRA IKI 16 METŲ AMŽIAUS) ASMENS KODAS

PASTABOS**PRAŠYMĄ PRIĖMIU IR DOKUMENTŲ AUTENTIŠKUMĄ PATIKRINAU:**

□□□□ - □□□ - □□□ _____
DATA PRAŠYMĄ PRIĖMUSIO ASMENS VARDAS, PAVARDĖ, TELEFONO NR., PARAŠAS