



13



## PRAŠYMAS DRAUDIMO IŠMOKAI GAUTI



Draudimo sutarties Nr.:

## 1. APDRAUSTASIS

Vardas:

Pavardė:

Asmens kodas:

## 2. PRAŠAU IŠNAGRINĖTI ĮVYKĮ BEI SKIRTI DRAUDIMO IŠMOKĄ UŽ

Nelaimingą atsitikimą pagal Draudimą nuo nelaimingų atsitikimų „Būk atsargus“: Darbingumo praradimą pagal **Visišką ir nuolatinį darbingumo praradimo draudimą**: Stacionarinį gydymą pagal Stacionarinio gydymo draudimą „Būk sveikas“: Darbingumo praradimą pagal **Atleidimo nuo draudimo įmokų mokėjimo draudimą**: Kritinę ligą pagal **Kritinių ligų draudimą**: Fizinę negalią pagal **Apdraustojo mirties ir invalidumo dėl nelaimingo atsitikimo draudimą**: 

## 3. INFORMACIJA APIE ĮVYKĮ

Data:        Trauma darbe:  Trauma buityje:  Trauma sportuojant:  Gimdymas:  Operacija:   
Eismo įvykis:  Liga:  Užpuolimas:  Diagnostinis tyrimas:  Kita: 

Trumpas įvykio aprašymas (įvykio vieta, priežastis, kas suteikė pirmąją pagalbą, kokia diagnozė nustatyta):

## 4. INFORMACIJA APIE ĮSTAIGAS

Gydymo pobūdis:  Stacionarinis (ligoninėje):  Ambulatorinis (poliklinikoje):   
Tikslus gydymo įstaigos pavadinimas, adresas:   
Gydymo pradžios data:  Gydymo pabaigos data:   
Išduoto nedarbingumo pažymėjimo trukmė (vaikams iki 18 m. ar dieninių studijų studentams nurodoma gydymo įstaigos nelankymo trukmė): Poliklinika ar kita sveikatos priežiūros įstaiga, kurioje yra Apdraustojo **ambulatorinė kortelė**, pavadinimas, adresas: Įvykį tirianti **teisėsaugos institucija** (policijos, prokuratūros ar kt.), pavadinimas, adresas: 

## 5. KARTU SU PRAŠYMU PATEIKIU ŠIUOS DOKUMENTUS

Apdraustojo asmens tapatybę patvirtinančio dokumento kopija:  Rentgenograma (-os) (kaulų lūžių ir išnirimų atvejais):   
Naudos gavėjo asmens tapatybę patvirtinančio dokumento kopija:  Nelaimingo atsitikimo darbe akto kopija:   
Medicininė pažyma (-os), kurioje (-iose) yra nurodyta diagnozė ir taikytas gydymas:  Policijos pažyma (eismo įvykio ir kt. atvejais): Kita:

**6. NAUDOS GAVĖJAS (išmokos gavėjas (sąskaitos savininkas))**

Vardas:

Pavardė / įmonės pavadinimas<sup>1</sup>:

Asmens / įmonės kodas<sup>1</sup>:

**7. NAUDOS GAVĖJO KONTAKTINIAI DUOMENYS**

El. paštas: (privalomas laukas)

Mob. telefonas:

**8. NAUDOS GAVĖJO ADRESAS KORESPONDENCIJAI (pildyti, kai Naudos gavėjas nesutampa su Apdraustuoju ar Draudėju)**

Gatvė:

Namo Nr.:  Buto Nr.:  Pašto kodas:

Miestas / Kaimas:

Savivaldybė:

Valstybė:

**9. IŠMOKAMĄ PINIGŲ SUMĄ EURAIS PRAŠAU PERVESTI Į ŽEMIAU NURODYTĄ NAUDOS GAVĖJO BANKO SĄSKAITĄ:**

**SVARBU!** PRAŠOME ATIDŽIAI PATIKRINTI BANKO SĄSKAITOS NUMERĮ

Banko sąskaita: LT

Banko pavadinimas:

Jei sąskaita yra ne Lietuvos mokėjimo įstaigoje, prašome Pastabose nurodyti sąskaitą IBAN formatu. Jei sąskaita yra valstybėje, kuri nepriklauso bendrai mokėjimų eurais erdvei SEPA arba nurodysite sąskaitą ne IBAN formatu, prašome Pastabose įrašyti: 1) banko identifikavimo kodą SWIFT/BIC; 2) kad sutinkate su mokėjimo pervedimo mokesčio išskaičiavimu; 3) kitą būtiną mokėjimo informaciją.

**10. PASTABOS:**

**Pasirašydamas patvirtinu, kad šiame prašyme draudimo išmokai gauti mano nurodyta informacija yra teisinga, tiksliai ir išsami.**

**Jei prašymą pasirašo juridinio asmens atstovas:**

**Aš, žemiau pasirašęs įmonės atstovas, patvirtinu, kad** turiu visus įgaliojimus įmonės vardu teikti šį Prašymą draudimo išmokai gauti ir įsipareigoju nedelsiant, bet ne ilgiau kaip per 7 dienas, pranešti Draudimo įmonei apie įmonės duomenų, nurodytų šiame Prašyme, įmonės vadovo ar jo įgaliojimų, atstovavimo įmonei taisyklės pakeitimus. Suprantu, kad jeigu neįvykdysiu šios savo pareigos, visi sandoriai sudaryti pagal šį Prašymą ir kiti sandoriai, pasirašyti asmens, viršijusio jam suteiktus įgaliojimus, gali būti pripažinti negaliojančiais ir turėsiu atlyginti dėl savo veiksmų padarytą žalą.

**PAREIŠKĖJAS (APDRAUSTASIS / DRAUDĖJAS)**

Vardas ir pavardė<sup>2</sup>:

Data:

Parašas

**NAUDOS GAVĖJAS FIZINIS ASMUO<sup>2</sup> / JURIDINIO ASMENS ATSTOVAS<sup>3</sup>**

Vardas ir pavardė:

Pareigos<sup>3</sup>:

Data:

Parašas A.V.

**ASMENS TAPATYBĘ NUSTATĖ IR PRAŠYMĄ PRIĖMĖ FINANSŲ KONSULTANTAS**

Vardas ir pavardė:

Data:

Parašas

<sup>1</sup>Jei naudos gavėjas yra juridinis asmuo, pildyti tik <sup>1</sup> pažymėtus duomenų rinkimo laukelius.  
<sup>2</sup>Už jaunesnį nei 18 metų Apdraustąjį / naudos gavėją pasirašo vienas iš tėvų arba globėjas.  
<sup>3</sup>Pildyti, jei pasirašo juridinio asmens atstovas.