



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:

Tikslus gydymo įstaigos pavadinimas, adresas:

Gydymo pradžios data:

Gydymo pabaigos data:

Stacionarinis (ligoninėje):

Ambulatorinis (poliklinikoje):

Išduoto nedarbingumo pažymėjimo trukmė (vaikams iki 18 m. ar dieninių studijų studentams nurodoma ugdymo 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:

Nelaimingo atsitikimo darbe akto kopija:

Naudos gavėjo asmens tapatybę patvirtinančio dokumento kopija:

Policijos pažyma (eismo įvykio ir kt. atvejais):

Medicininė pažyma (-os), kurioje (-iose) yra nurodyta diagnozė ir taikytas gydymas:

Nedarbingumo pažymėjimo kopija (-os):

Rentgenograma (-os) (kaulų lūžių ir išnirimų atvejais):

Kita:

PRAŠYMAS DRAUDIMO IŠMOKAI GAUTI

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

Vardas:

Pavardė / įmonės pavadinimas¹:

Asmens / įmonės kodas¹:

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

Gatvė:

Namo Nr.: Buto Nr.: Pašto kodas:

Miestas / Kaimas:

Savivaldybė:

Valstybė:

8. 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.

9. PASTABOS:

10. PASIRAŠYDAMAS PATVIRTINU, KAD ŠIAME PRAŠYME DRAUDIMO IŠMOKAI GAUTI MANO NURODYTA INFORMACIJA YRA TEISINGA, TIKSLI IR IŠSAMI.

PAREIŠKĖJAS (APDRAUSTASIS / DRAUDĖJAS)

Vardas ir pavardė²:

Data:

Parašas

NAUDOS GAVĖJAS FIZINIS ASMUO² / JURIDINIO ASMENS ATSTOVAS³

Vardas ir pavardė:

Pareigos³:

Data:

Parašas A.V.

ASMENS TAPATYBĘ NUSTATĖ IR PRAŠYMĄ PRIĖMĖ FINANSŲ KONSULTANTAS

Vardas ir pavardė:

Data:

Parašas

¹Jei naudos gavėjas yra juridinis asmuo, papildomai užpildyti Draudėjo-juridinio asmens anketą.

²Už jaunesnį nei 18 metų Apdraustąjį / naudos gavėją pasirašo vienas iš tėvų arba globėjas.

³Pildyti, jei pasirašo juridinio asmens atstovas.