I2

PRANEŠIMAS APIE **MIRTĮ**

Allianz

Draudimo sutarties Nr. (nurodyti visas):

1. NAUDOS GAVĖJAS

Vardas:

Pavardė / įmonės pavadinimas[1]:

Gimimo vieta (valstybė):

Pilietybė (nurodyti visas):

Asmens / įmonės kodas[1]:

2. KONTAKTINIAI DUOMENYS

Mob. telefonas:

Telefonas:

Jei sutinkate informaciją gauti el. paštu, įrašykite savo el. pašto adresą

El. paštas:

3. ADRESAS KORESPONDENCIJAI

Gatvė:

Namo Nr.: Buto Nr.: Pašto kodas:

Miestas / kaimas:

Savivaldybė:

Valstybė:

4. PAGRINDINĖS GYVENAMOSIOS VIETOS ADRESAS Prašome nurodyti, jei nesutampa su adresu korespondencijai

Gatvė:

Namo Nr.: Buto Nr.: Pašto kodas:

Miestas/kaimas:

Savivaldybė:

Valstybė:

5. AR ESATE POLITIKOJE DALYVAUJANTIS ASMUO?

Jūs ar Jūsų artimas šeimos narys (-iai)[1] ar artimas pagalbininkas (-ai)[2] užima arba praėjusių 12 kalendorinių mėnesių laikotarpiu užėmė svarbias viešąsias pareigas, įskaitant pareigas Lietuvos Respublikoje, Europos Sąjungoje, tarptautinėse ar užsienio valstybių institucijose:
1) valstybės vadovas, vyriausybės vadovas, ministras, viceministras arba ministro pavaduotojas, valstybės sekretorius, parlamento, vyriausybės arba ministerijos kancleris; 2) parlamento narys; 3) aukščiausiųjų teismų, konstitucinių teismų ar kitų aukščiausiųjų teisminių institucijų, kurių sprendimai negali būti skundžiami, narys; 4) savivaldybės meras, savivaldybės administracijos direktorius; 5) aukščiausiosios valstybių audito ir kontrolės institucijos valdymo organo narys ar centrinio banko valdybos pirmininkas, jo pavaduotojas ar valdybos narys; 6) ambasadorius, laikinasis reikalų patikėtinis, nepaprastasis pasiuntinys ir įgaliotasis ministras ar aukšto rango ginkluotųjų pajėgų karininkas; 7) valstybės įmonės, akcinės bendrovės, uždarosios akcinės bendrovės, kurių akcijos ar dalis akcijų, suteikiančių daugiau kaip 1/2 visų balsų šių bendrovių visuotiniame akcininkų susirinkime, priklauso valstybei nuosavybės teise, valdymo ar priežiūros organo narys; 8) savivaldybės įmonės, akcinės bendrovės, uždarosios akcinės bendrovės, kurių akcijos ar dalis akcijų, suteikiančių daugiau kaip 1/2 visų balsų šių bendrovių visuotiniame akcininkų susirinkime, priklauso savivaldybei nuosavybės teise ir kurios laikomos didelėmis įmonėmis pagal Lietuvos Respublikos įmonių finansinės atskaitomybės įstatymą, valdymo ar priežiūros organo narys; 9) tarptautinės tarpvyriausybinės organizacijos vadovas, jo pavaduotojas, valdymo ar priežiūros organo narys; 10) politinės partijos vadovas, jo pavaduotojas, valdymo organo narys.

Ne: ☐ Taip: ☐ **Jei taip**, nurodykite: Vardas:

Pavardė:

Pareigos:

Organizacija:

Valstybė:

Pagrindinė gyvenamoji vieta (valstybė):

[1]Jei naudos gavėjas juridinis asmuo, pildyti tik [1] pažymėtus duomenų rinkimo laukelius ir papildomai pateikti Draudėjo - juridinio asmens anketą.
[2]Artimaisiais šeimos nariais laikomi sutuoktinis, asmuo, su kuriuo registruota partnerystė, tėvai, broliai, seserys, vaikai ir vaikų sutuoktiniai, vaikų sugyventiniai.
[3]Artimais pagalbininkais yra laikomi asmenys, su kuriais esate to paties juridinio asmens ar juridinio asmens statuso neturinčios organizacijos dalyviai ar palaikote kitus dalykinius santykius.

6. AR ESATE NUOLATINIS LIETUVOS RESPUBLIKOS GYVENTOJAS MOKESČIŲ MOKĖJIMO TIKSLAIS?

Taip: ☐ Ne: ☐ **Jei ne**, nurodykite valstybę, kurios nuolatinis gyventojas esate:

7. MOKESČIŲ MOKĖTOJO IDENTIFIKACINIS NUMERIS (pildo nenuolatiniai Lietuvos Respublikos gyventojai ir JAV piliečiai)

8. PRAŠAU IŠNAGRINĖTI ĮVYKĮ IR SKIRTI DRAUDIMO IŠMOKĄ:

Apdraustojo mirties atveju: ☐

Apdraustojo vaiko mirties atveju: ☐

Gyvybės draudimo „Studentas" atveju padidinti fondo vienetų sąskaitos vertę iki draudimo sumos Apdraustojo mirties atveju dydžio: ☐

Gyvybės draudimo „Studentas" Naudos gavėjo mirties atveju: ☐

Mirties priežastis: Liga: ☐ Nelaimingas atsitikimas: ☐ Kita:

Įvykio aplinkybės (mirties data, vieta, priežastis, kitos žinomos įvykio aplinkybės):

9. INFORMACIJA APIE ĮSTAIGAS

Poliklinikos ar kitos sveikatos priežiūros įstaigos, kurioje yra **Apdraustojo ambulatorinė kortelė**, pavadinimas, adresas, Universalaus gyvybės draudimo ir Gyvybės draudimo „Studentas" atvejais	
Įvykį tiriančios **teisėsaugos institucijos** (policijos, prokuratūros ar kt.) pavadinimas, adresas, jei įvykį tiria teisėsaugos institucija	
Įstaiga, kurioje buvo atlikta **medicininė ekspertizė**, pavadinimas, adresas, Universalaus gyvybės draudimo ir Gyvybės draudimo „Studentas" atvejais	

10. KARTU SU PRANEŠIMU PATEIKIAMI DOKUMENTAI

Medicininio mirties liudijimo arba mirties įrašą liudijančio išrašo originalas arba notaro patvirtinta kopija: ☐

Naudos gavėjo tapatybę patvirtinančio dokumento kopija: ☐

Nelaimingo atsitikimo darbe akto kopija, nelaimingo atsitikimo darbe atveju: ☐

Teisėsaugos institucijos pažyma dėl pradėto / nepradėto ikiteisminio tyrimo, nelaimingo atsitikimo atveju: ☐

Kita:

11. IŠMOKAMĄ PINIGŲ SUMĄ EURAIS PERVESTI Į ŽEMIAU NURODYTĄ NAUDOS GAVĖJO 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 indentifikavimo kodą SWIFT/BIC; 2) kad sutinkate su mokėjimo pervedimo mokesčio išskaičiavimu; 3) kitą būtiną mokėjimo informaciją.

PASTABOS:

Pasirašydamas patvirtinu, kad:

1. šiame pranešime mano nurodyta **informacija** yra **teisinga, tiksli ir išsami**
2. šiame pranešime nurodyti mano **asmens duomenys ir kontaktinė informacija yra aktualūs** ir sutinku, kad šie duomenys būtų laikomi aktualiais mano Draudimo ir / ar Pensijų kaupimo sutarčių duomenimis ir, kad Allianz atitinkamai pakeistų (atnaujintų) mano duomenis, nurodytus Draudimo ir / arba Pensijų kaupimo sutartyse (galioja tik tuo atveju, kai naudos gavėjas sutampa su draudėju).

NAUDOS GAVĖJAS FIZINIS ASMUO[2] / JURIDINIO ASMENS ATSTOVAS[3]

Vardas ir pavardė:

Pareigos[3]: Data: M M M M m m d d

Parašas A.V.

ASMENS TAPATYBĘ NUSTATĖ IR PRANEŠIMĄ PRIĖMĖ FINANSŲ KONSULTANTAS

Vardas ir pavardė:

Data: M M M M m m d d

Parašas

[2] **Už Apdraustąjį / naudos gavėją, jaunesnį nei 18 metų, pasirašo vienas iš tėvų ar globėjas.**
[3] **Pildyti, jei pasirašo juridinio asmens atstovas.**