

Draudimo liudijimo serija ir Nr.

Pranešimo pildymo data

APDRAUSTASIS (NUKENTĖJUSYSIS)

Vardas

Asmens kodas

Pavardė

Darbovietė / ugdymo institucija

Pareigos

ĮVYKIO APRAŠYMAS

Papildoma draudimo sąlyga: ☐ Trauma dėl nelaimingo atsitikimo ☐ Neįgalumas dėl nelaimingo atsitikimo ☐ Kritinės ligos

Prašome nurodyti įvykio dieną kitose draudimo bendrovėse galiojusias draudimo sutartis, kuriose buvote apdraustasis (nurodykite draudimo bendrovę, traumų ar neįgalumo dėl nelaimingo atsitikimo / nelaimingų atsitikimų draudimo sumas):

Įvykio data, laikas, vieta / kritinės ligos diagnozavimo data

Patirti sužalojimai / nustatyta diagnozė

Įvykio aplinkybės

Kada ir kokiose gydymo įstaigose buvo suteikta pirmoji pagalba ir tęstas gydymas?

Pirminės sveikatos priežiūros įstaiga, kurioje yra apdraustojo asmens sveikatos istorija

Ar pranešta teisėsaugos institucijai? (Jei taip, nurodykite datą ir institucijos pavadinimą)

☐ TAIP ☐ NE

PRIDEDAMI DOKUMENTAI

☐ Medicininių dokumentų išrašų originalai / kopijos (nurodykite pridėtų dokumentų kiekį) _____☐ Gimimo liudijimo arba gimimo įrašą liudijančio išrašo kopija, draudimo išmokos gavėjo asmens dokumento kopija☐ Kiti dokumentai _____

APIE ĮVYKĮ PRANEŠA

☐ Apdraustasis ☐ Apdraustojo įstatyminis atstovas Ryšys su apdraustuoju _____

Pildyti, jei praneša ne apdraustasis

Vardas

Asmens kodas

Pavardė

Pranešimą pateikusio asmens parašas _____

PRANEŠĖJO DUOMENYS

Adresas	
El. pašas	
Telefono nr.	

☐ Sutinku ir prašau, kad informacija apie pranešimo tyrimą būtų teikiama elektroniniu paštu

Svarbu: Norėdami užtikrinti tinkamą asmens duomenų apsaugą, visus draudimo sutarties dokumentus ar su sutartimi susijusius duomenis siųsime koduotu elektroniniu paštu – mums žinomu jūsų elektroninio pašto adresu atsiųsime pakvietimą prisijungti prie šifruoto susirašinėjimo sistemos. Paspaudus pakvietime esančią nuorodą, sistema gali paprašyti patvirtinti jūsų tapatybę įvedant PIN kodą, kuris jums būtų atsiųstas SMS žinute į mums žinomą jūsų telefono numerį. Pakvietimas galios 14 dienų, per kurias rekomenduojame atsispausdinti gautus dokumentus arba išsaugoti juos savo kompiuteryje.

NAUDOS GAVĖJO (APDRAUSTOJO) SASKAITA

Prašau draudimo išmoką pervesti į naudos gavėjo (apdraustojo) sąskaita

Išmoka gali būti išmokama tik draudimo išmokos gavėjui j draudimo išmokos gavėjo saskaitą banke

[illegible]

esančią banke _____.

Draudimo išmokos gavėjas

Vardas		Asmens kodas												
Pavardė														

PATVIRTINIMAS

AŠ, APDRAUSTASIS, PAREIŠKIU IR PATVIRTINU, KAD

1. Esu informuotas, kad „INVL Life“, uždaroji akcinė draudimo bendrovė (įmonės kodas 305859887, adresas Gynėjų g. 14, LT-01109 Vilnius) (toliau – draudikas) renka, saugo ir kitaip tvarko apdraustojo asmens duomenis, įskaitant ir specialių kategorijų asmens duomenis (pvz., duomenys apie sveikatą). Daugiau informacijos apie tai, kaip tvarkomi asmens duomenys pateikiama Privatumo politikoje, kuri skelbiama draudiko internetinėje svetainėje, adresu www.invl.com/invl-life-privatumo-politika, taip pat su Privatumo politika galima susipažinti atvykus į draudiko klientų aptarnavimo skyrių;
2. Sutinku, kad draudimo sutarties galiojimo metu ir jai pasibaigus, sutarties vykdymo (pavyzdžiui, draudžiamųjų ar nedraudžiamųjų įvykių tyrimas, draudimo išmokos dydžio nustatymas, ir pan.) tikslais Draudikas savarankiškai rinktų duomenis, o visos sveikatos priežiūros įstaigos (gydytojai, ligoninės, Valstybinė ir teritorinės ligonių kasos, slaugos įstaigos ir kitos sveikatos priežiūros įstaigos) bei kitos įvairios institucijos (pavyzdžiui, Valstybinio socialinio draudimo fondas ir jo teritoriniai skyriai) teiktų Draudikui informaciją apie Apdraustojo sveikatos būklę, diagnozes, gydymo prognozes, tyrimų rezultatus ir taikytą gydymą, taip pat visą kitą asmeninio pobūdžio informaciją apie Apdraustąjį;

☐ SUTINKU ☐ NESUTINKU

3. Sutinku, kad duomenys apie Apdraustojo sveikatos būklę, diagnozes, gydymo prognozes, tyrimo rezultatus ir taikytą gydymą, taip pat visa kita asmeninio pobūdžio informacija būtų teikiami draudėjui, naudos gavėjui, kiek tai reikalinga draudimo išmokos mokėjimui, draudimo išmokos mažinimui, atsisakymui mokėti draudimo išmoką pagrįsti.

☐ SUTINKU ☐ NESUTINKU

Apdraustojų arba apdraustojų atstovo vardas ir pavardė, asmens kodas	Data	Parašas
--	------	---------

Patvirtinu, kad prašyme pateikti duomenys yra išsamūs, tikslūs ir teisingi.

Pranešimą pateikusių asmenų vardas ir pavardė	Data	Parašas
---	------	---------

Pranešimą priėmė ir pranešimą pateikęs asmens, apdraustąjo bei naudos gavėjo ar jų atstovų pagal įstatymą tapatybę nustatė

Vardas ir pavardė, pareigos	Data	Parašas
-----------------------------	------	---------