

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 \_\_\_\_\_

