

Draudimo liudijimo serija ir Nr.

Pranešimo pildymo data

APDRAUSTASIS

Vardas

Asmens kodas

Pavardė

APRAŠYMAS

Mirties priežastis:

 Liga
 Nelaimingas atsitikimas
 Kita

Mirties aplinkybės (jei mirties priežastis buvo liga, nurodykite nustatytą diagnozę:

Mirties data, laikas, vieta

Nurodykite, kokiose gydymo įstaigose gydytas apdraustasis

Pirminės sveikatos priežiūros įstaiga, kurioje yra apdraustojo asmens sveikatos istorija

Ar teisėsaugos institucijos atlieka tyrimą dėl apdraustojo mirties?

Jei taip, nurodykite datą ir institucijos pavadinimą

 TAIP NE

PRIDEDAMI DOKUMENTAI

 Medicininio mirties liudijimo arba mirties įrašą liudijančio išrašo kopija Medicininių dokumentų išrašų originalai / kopijos (nurodykite pridėtų dokumentų kiekį) _____ Naudos gavėjo asmens dokumento kopija Kiti dokumentai _____

APIE APDRAUSTOJO MIRTĮ PRANEŠA

 Naudos gavėjas Naudos gavėjo atstovas pagal įstatymą Ryšys su apdraustuoju _____

Pildyti, jei praneša ne naudos gavėjas

Vardas

Asmens kodas

Pavardė

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.

SUTIKIMAS DĖL APDRAUSTOJO INFORMACIJOS TEIKIMO

Apdraustojo vardas ir pavardė

Apdraustojo gimimo data

1. Sutinku, jog draudikas „INVL Life“, uždaroji akcinė draudimo bendrovė (įmonės kodas 305859887, adresas Gynėjų g. 14, LT-01109 Vilnius) 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 dokumentus, informaciją apie apdraustojo sveikatos būklę, diagnozes, gydymo prognozes, tyrimo rezultatus ir taikytą gydymą, taip pat visą kitą asmeninio pobūdžio informaciją apie apdraustąjį draudimo sutarties vykdymo (pavyzdžiui, draudžiamųjų ar nedraudžiamųjų įvykių tyrimas, draudimo išmokos dydžio nustatymas, ir pan.) tikslais.

 SUTINKU NESUTINKU

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

 SUTINKU NESUTINKU

Apdraustojo teisėto įpėdinio, sutuoktinio, vieno iš tėvų ar vaiko vardas ir pavardė, asmens kodas, data

Parašas

Patvirtinu, kad prašyme pateikti duomenys yra teisingi bei išsamūs.

Pranešimą pateikusio asmens vardas ir pavardė, data

Parašas

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

Vardas ir pavardė, pareigos

Data