

Pranešėjo vardas, pavardė													
Adresas													
Telefonas		El. pašto adresas											
PRANEŠU APIE ĮVYKĮ, KURIS ĮVYKO APDRAUSTAJAM:													
Apdraustojo Vardas, pavardė		Asmens kodas											
Adresas													
El. pašto adresas													
Įvykio pobūdis		<input type="checkbox"/> trauma <input type="checkbox"/> kritinė liga		Įvykio data		-		-		Laikas			
Įvykio vieta													
Įvykis įvyko:		<input type="checkbox"/> darbe/mokykloje <input type="checkbox"/> buityje <input type="checkbox"/> sportuojant <input type="checkbox"/> eismo įvykio metu <input type="checkbox"/> kita:											
Įvykio aplinkybės													
Gydymo įstaigos, į kurias buvo kreiptasi (data, pavadinimas)													
Gydymo įstaiga, kurioje yra Apdraustojo ambulatorinė kortelė:													
Ar buvo kreiptasi į kitas valstybines įstaigas (pvz. teisėsaugos institucijas)?										<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> TAIP (nurodykite žemiau):			
Data, pavadinimas													
Pateikiami dokumentai		<input type="checkbox"/> asmens tapatybę patvirtinantis dokumentas <input type="checkbox"/> medicininiai dokumentai: _____ _____ <input type="checkbox"/> rentgeno nuotraukos <input type="checkbox"/> kiti dokumentai _____ _____ Rentgeno nuotraukas prašau: <input type="checkbox"/> negrąžinti <input type="checkbox"/> grąžinti adresu:											
Draudimo išmoką prašau pervesti į Apdraustojo		(Vardas, pavardė)										sąskaitą:	
Bankas		Sąskaitos Nr.		L T									
SVARBU: jei Apdraustasis yra nepilnametis, banko sąskaita turi būti atidaryta jo vardu													

Papildoma informacija: _____

Informaciją apie draudimo išmokos išmokėjimą prašau siųsti Apdraustajam aukščiau nurodytu (tinkamą pažymėti x):

 elektroniniu paštu paštu

PATVIRTINU, KAD VISA ŠIAME PRANEŠIME PATEIKTA INFORMACIJA YRA TIKSLI, IŠSAMI IR TEISINGA

 (pranešimą pateikusio asmens vardas, pavardė, parašas)

SVARBU: TĘSINYS KITOJE LAPO PUSĖJE →

Asmens tapatybę pagal _____ Nr. _____, galioja iki 20 ____ m. ____ d. <i>(Dokumento pavadinimas, numeris, galiojimo data)</i>	
nustatė ir pranešimą priėmė: _____ 20 ____ m. ____ mėn. ____ d. <i>(Darbuotojo vardas, pavardė, parašas)</i>	

Pasirašydamas šį pareiškimą, sutinku, kad Gyvybės draudimo UAB „SB draudimas“ ar jos įgalioti asmenys gautų informaciją apie Apdraustąjį

(vardas, pavardė, gimimo data)

(įskaitant informaciją apie jo sveikatos būklę), kuri yra būtina per draudimo sutarties galiojimo laikotarpį įvykusiems įvykiams, jų aplinkybėms ir pasekmėms įvertinti bei draudimo išmokoms apskaičiuoti, iš sveikatos priežiūros įstaigų, teisėsaugos institucijų ar kitų fizinių ar juridinių asmenų.

SVARBU.

Jei Apdraustajam yra 18 m. ir daugiau, šį sutikimą pasirašo Apdraustasis

Jei Apdraustasis yra iki 18 m. amžiaus, šį sutikimą pasirašo vienas iš jo tėvų arba kitas įstatyminis atstovas.

(Vardas, pavardė, parašas)