

PRAŠYMAS

MOKĖTI DRAUDIMO IŠMOKĄ



PRAŠYMO PATEIKIMO DATA:

1. ASMENS DUOMENYS

1.1. Vardas, pavardė

1.2. Asmens kodas

1.3. El. pašto adresas

1.4. Telefono Nr.

1.5. Pažymėti

Darbuotojas Savarankiškai dirbantis asmuo

1.6. Ar kada nors anksčiau kreipėtės
į mus dėl draudimo išmokų?

TAIP NE

1.7. Jei taip, kada ir dėl kokio įvykio?

1.8. Banko sąskaitos Nr.

2. INFORMACIJA APIE SUSIRGIMĄ/TRAUMĄ

2.1. Susirgimo / nelaimingo įvykio apibūdinimas

2.2. Nelaimingo įvykio data / Susirgimo data

2.3. Draudžiamąjį įvykio vieta

2.4. Kada prasidėjo gydytojo prižiūrimas gydymas

2.5. Gydymo įstaigos pavadinimas, adresas

2.6. Gydytojo vardas ir pavardė, licenzijos numeris,
darbovietės adresas

2.7. Jei buvo taikytas gydymas stacionare,
nurodykite ligoninės pavadinimą ir adresą

2.8. Susirgimo / nelaimingo atsitikimo aplinkybių
aprašymas savais žodžiais

2.9. Jei buvote anksčiau (5 metų laikotarpyje)
gydytas nuo to paties susirgimo, pateikite toliau
prašomą informaciją.

2.9.1. Nedarbingumo laikotarpį data (-os)

2.9.2. Gydytojo vardas ir pavardė arba gydymo
įstaigos pavadinimas ir adresas

PRAŠYMAS

MOKĖTI DRAUDIMO IŠMOKĄ



3. DUOMENYS APIE PASKUTINĘ DARBOVIETĘ:

3.1. Pildoma, jeigu dirbote pagal darbo sutartį:

3.1.1. Oficialus darbdavio pavadinimas

3.1.2. Įmonės kodas

3.1.3. Darbo santykių pradžia

3.1.4. Nedarbingumo laikotarpis, susijęs su nelaimingu atsitikimu / liga

3.1.5. Sugrįžimo į darbą data

3.1.6. Ar dirbote pagal terminuotą darbo sutartį?

TAIP NE

3.1.7. Jeigu šiuo metu nedirbate, nurodykite darbo sutarties pabaigos datą

3.2. Prašome pildyti, jeigu vykdėte individualią veiklą:

3.2.1. Ar vykdote individualią veiklą?

TAIP NE

3.2.2. Jei taip, nurodykite įmonės pavadinimą arba registracijos mokesčių inspekcijoje numerį

3.2.3. Kada nutraukėte individualią veiklą?

3.2.4. Jeigu šiuo metu nevykdote individualios veiklos, nurodykite individualios veiklos nutraukimo datą

APDRAUSTOJO

ĮSIPAREIGOJIMAS, SUTIKIMAS IR ĮGALIOJIMAS



- ▶ Įsipareigoju visas šio draudžiamąjį įvykių pagrindu gautas draudimo išmokas skirti apdraustoms paslaugoms mokėti. Sutinku, kad draudimo išmokos suma būtų pervesta į UAB Bitė Lietuva sąskaitą.
- ▶ Patvirtinu, kad visa informacija, pateikta šiame prašyme ir jo prieduose, yra tiksli, ir suprantu, kad neteisinga, netiksli ar klaidinanti informacija, pateikta mano ar trečiųjų asmenų, gali panaikinti vieną ar kelias teises į šią draudimo išmoką pagal draudimo sutartį.
- ▶ Jei Draudiko surinkta informacija neatitinka tikrovės, aš visada turiu teisę reikalauti ištaisyti mano asmens duomenis susisiekęs su Draudiku.
- ▶ Draudikas yra įsipareigojęs informuoti UAB Bitė Lietuva apie sprendimą dėl draudimo išmokos ir pervesti draudimo išmoką į UAB Bitė Lietuva banko nurodytą sąskaitą.

DATA

APDRAUSTOJO PARAŠAS

APDRAUSTOJO VARDAS, PAVARDĖ

APDRAUSTASIS PRIVALO PATEIKTI TOLIAU NURODYTŲ DOKUMENTŲ ORIGINALUS ARBA PATVIRTINTAS KOPIJAS:

1. Tinkamai užpildytą prašymo išmokėti draudimo išmoką laikino nedarbingumo/stacionarinio gydymo formą.
2. Amens tapatybės dokumentą.
3. Gydytojo pažymą, nedarbingumo pažymėjimą ar invalidumo (nedarbingumo) pažymėjimą (nurodydamas gydymo laikotarpio pradžią, pabaigą ir nedarbingumo laikotarpį, jeigu tai žino, pateikdamas prašymo mokėti draudimo išmoką formą), ligos / sužalojimo istoriją (epikrizę) su medicinine diagnoze ir, jei reikia, pagrindiniais ligos / sužalojimo istorijos duomenimis (rentgeno nuotraukomis, specialistų tyrimais, tyrimų rezultatais) bei informaciją ir dokumentus apie gydymą stacionare (nurodyti ligoninės pavadinimą, paguldymo į ligoninę dieną, gydymo trukmę, išrašymo iš ligoninės dieną), jei toks gydymas buvo taikytas.
4. Atitinkamos institucijos pranešimą apie nelaimingą atsitikimą ir policijos pažymą, jeigu valstybinė institucija ar policija atliko tyrimą dėl nelaimingo atsitikimo, ir pažymą apie skubią medicininę pagalbą, jei tokia pagalba buvo suteikta.
5. Jeigu esate darbuotojas, – darbdavio pažymą, liudijančią, kad buvote įmonės darbuotojas pirmą laikino nedarbingumo dieną.
6. Kitus dokumentus, kurie reikalingi išsamiam tyrimui atlikti.

Visas su reikiamų dokumentų pateikimu susijusias išlaidas padengiate pats, apdraustasis. Visi su prašymu išmokėti draudimo išmoką pateikiami dokumentai turi būti lietuvių arba anglų kalbomis.

Prašymas pradedamas nagrinėti, jei išsamiai pateikta visa reikalinga informacija ir dokumentai.

Išsamiai užpildytą prašymo formą ir priedai turi būti išsiųsti mums adresu:



One Underwriting, UAB
ivykiai@draudimas.lt
Goštauto g. 40B, Vilnius

one
UNDERWRITING

SUTIKIMAS

DĖL ASMENS DUOMENŲ TVARKYMO



- ▶ UAB „One Underwriting“ (įmonės kodas: 125961851, adresas: Goštauto g. 40 B, Vilnius, Lietuva) tvarko sveikatos duomenis draudimo rizikos įvertinimo, draudimo sutarčių sudarymo ir vykdymo, bei draudžiamųjų įvykių ar įvykių, kurie gali būti pripažinti draudžiamaisiais, tyrimo ir administravimo tikslais. Jūs turite teisę prašyti leisti susipažinti su savo asmens duomenimis, prašyti ištaisyti arba ištrinti, arba apriboti duomenų tvarkymą, bei nesutikti, kad duomenys būtų tvarkomi ir teisę atšaukti savo sutikimą dėl duomenų tvarkymo, taip pat teisę į duomenų perkeliamumą. Daugiau informacijos apie tai, kaip UAB „One Underwriting“ tvarko asmens duomenis Jūs sužinosite mūsų patrunuojančios įmonės interneto puslapyje paskelbtame Privatumo pranešime <https://www.draudimas.lt/pages/privatumas> arba atvykę adresu Goštauto g. 40B, Vilnius, Lietuva. Jeigu Jūsų teisės pažeidžiamos, Jūs galite kreiptis el. paštu info@draudimas.lt, taip pat pateikti skundą Valstybinei duomenų apsaugos inspekcijai arba teismui.
- ▶ Sutinku, kad UAB „One Underwriting“ iš manęs, mane gydančių gydytojų, gydymo įstaigų, poliklinikų, kitų sveikatos priežiūros įstaigų, Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybos, Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos, Valstybinės darbo biržos, esamo ir buvusių darbdavių, jei tai yra reikalinga, rinktų, gautų ir tvarkytų su mano asmeniu susijusią informaciją, įskaitant mano asmens kodą, sveikatos duomenis ir kitus ypatingus asmens duomenis, draudimo rizikos įvertinimo, draudimo sutarčių sudarymo ir vykdymo, draudžiamųjų įvykių ar įvykių, kurie gali būti pripažinti draudžiamaisiais, tyrimo ir administravimo tikslais bei nustatant draudimo išmokos teisėtumą bei dydį.
- ▶ Sutinku, kad UAB „One Underwriting“ atskleistų mano asmens duomenis, įskaitant sveikatos duomenis, ekspertams ir kitiems specialių žinių turintiems asmenims, kai tai yra reikalinga draudžiamąjį įvykio faktui, pasekmėms ir draudimo išmokos dydžiui nustatyti bei sutinku, jog UAB „One Underwriting“ pasitelkti ekspertai tiesiogiai gautų aukščiau išvardintą informaciją iš su asmens sveikata susijusių įstaigų.

SUTINKU

NESUTINKU

Pažymėkite vieną langelį

VARDAS, PAVARDĖ, ASMENS KODAS

DATA

PARAŠAS