



**PRIE PRAŠYMO PRIDEDAMI DOKUMENTAI:**

- ASMENS TAPATYBĘ PATVIRTINANČIO DOKUMENTO KOPIJA \_\_\_\_\_
- MEDICININIAI DOKUMENTAI \_\_\_\_\_
- RENTGENO NUOTRAUKOS \_\_\_\_\_
- KITI DOKUMENTAI \_\_\_\_\_
- RENTGENO NUOTRAUKAS PRAŠAU GRAŽINTI I GYDYMO ISTAIGĄ \_\_\_\_\_
- RENTGENO NUOTRAUKAS PRAŠAU GRAŽINTI ADRESU \_\_\_\_\_
- PAVELDĖJIMO DOKUMENTAI \_\_\_\_\_

**PRANEŠIMĄ APIE DRAUDIMO IŠMOKĄ PRAŠOME:**

- SIŪSTI PAŠTU ADRESU \_\_\_\_\_
- SIUSTI ELEKTRONINIŲ PAŠTŲ ADRESU \_\_\_\_\_
- PRANEŠIMO NESIŪSTI

**PRAŠYMĄ PILDO:**

\_\_\_\_\_  
VARDAS IR PAVARDĖ \_\_\_\_\_ TELEFONO NR. \_\_\_\_\_ EL .PAŠTO ADRESAS \_\_\_\_\_

Pasirašydamas, sutinku ir patvirtinu, kad:

- Visi duomenys pateikti šiame dokumente ir jo prieduose yra teisingi;
- Man yra žinoma, kad draudimo bendrovei teisingam žalos dydžio nustatymui bei išmokos apskaičiavimui reikalingi tam tikri duomenys apie fiziškai nukentėjusį (sužalotą ar žuvusį) asmenį. Esu supažindintas (-a) su Lietuvos Respublikos Asmens duomenų teisinės apsaugos įstatyme numatytais teisėmis: būti informuotam apie mano asmens duomenų tvarkymą; susipažinti su savo asmens duomenimis ir kaip jie yra tvarkomi; reikalauti ištaisyti, sunaikinti mano asmens duomenis arba sustabdyti, išskyrus saugojimą, mano asmens duomenų tvarkymo veiksmus, kai duomenys tvarkomi nesilaikant šio ir kitų įstatymų nuostatų; nesutikti, kad būtų tvarkomi mano asmens duomenys.
- Draudikas ir/arba Atstovas žaloms reguliuoti naudotų pateiktus mano duomenis ar/ir kreiptųsi į teisėsaugos institucijas, bankus, valstybės registrus, sveikatos priežiūros įstaigas, draudimo bendroves ir kitus trečiuosius asmenis pagal poreikį, reikalingą Draudikui ar Draudiko įgaliotiems tretiesiems asmenims siekiant įvertinti draudimo riziką, sudarius draudimo sutartį, vertinant įvykius įvykius ir/ar nustatant draudimo išmokų dydžius per sutarties galiojimo laikotarpį.
- Draudikas mano pateiktus asmens duomenis tvarkytų rinkodaros tikslu, taip kaip tai reglamentuota LR asmens duomenų teisinės apsaugos įstatyme (teirautųsi nuomonės, informuotų apie Draudiko teikiamas paslaugas). Šis sutikimas galioja draudimo liudijimo galiojimo laikotarpiu ir 24 mėnesius po jo galiojimo pabaigos. Esu informuotas, jog šis sutikimas galioja iki jo atšaukimo raštu arba telefonu 19191 ir kad turiu teisę nesutikti su mano duomenų tvarkymu rinkodaros tikslais informuodamas apie tai Draudiką raštu ar telefonu 19191.
- Aš patikiu visiems gydytojams, medicininėms ir kitoms įstaigoms bei draudimo įmonėms, į kuriuos kreipsis Draudikas, suteikti informaciją, leisti susipažinti bei pasidaryti kopijas visų dokumentų, reikalingų prašymo sudaryti sutartį nagrinėjimui, įvykių vertinimui ir jų pripažinimui/nepripažinimui draudžiamaisiais bei išmokų dydžio nustatymui.
- Savo parašu (nepilnamečiams vieno iš tėvų ar įstatymais numatyto atstovo parašu) patvirtinu atsakomybę už pateiktų duomenų teisingumą, tikslumą ir išsamumą. Šį sutikimą užpildžiau pats (-i).

□□□□ - □□□ - □□□ \_\_\_\_\_ □□□□□□□□□□□□□□  
DATA VARDAS IR PAVARDĖ , PARAŠAS (TIK NUO 16 METŲ AMŽIAUS) ASMENS KODAS

\_\_\_\_\_  
VIENO IŠ TĖVŲ AR ĮSTATYMINIO ATSTOVO VARDAS IR PAVARDĖ , PARAŠAS (KAI APDRAUSTASIS YRA IKI 16 METŲ AMŽIAUS) ASMENS KODAS

**PASTABOS****PRAŠYMĄ PRIĖMIAU IR DOKUMENTŲ AUTENTIŠKUMĄ PATIKRINAU:**

□□□□ - □□□ - □□□ \_\_\_\_\_  
DATA PRAŠYMĄ PRIĖMUSIO ASMENS VARDAS, PAVARDĖ, TELEFONO NR., PARAŠAS