

## SUTIKIMAS DĖL ASMENS DUOMENŲ RINKIMO IR TVARKYMO

<b>Pareiškėjas (vardas (-ai), pavardė)</b>	
Jeigu esate pakeitę savo pavardę arba vardą, nurodant ankstesnius, nurodykite, kada, kur ir dėl kokios priežasties	
Asmens kodas	
Adresas	

<b>Nukentėjęs asmuo (Vardas (-ai), pavardė)</b>	
Jeigu esate pakeitę savo pavardę arba vardą, nurodant ankstesnius, nurodykite, kada, kur ir dėl kokios priežasties	
Asmens kodas	
Adresas	

Pasirašydamas, sutinku ir patvirtinu, kad:

- Man yra žinoma, kad žalą pagal aukščiau nurodytą draudimo sutartį reguliuos draudimo bendrovė AB „Lietuvos draudimas“ - toliau Atstovas žaloms reguliuoti
- Man yra žinoma, kad draudimo bendrovei AB „Lietuvos draudimas“ 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.
- Visi duomenys pateikti šiame dokumente ir jo prieduose yra teisingi;
- 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).

### Pareiškėjas

(vardas, pavardė, parašas)

**Nukentėjęs asmuo** (jei nepilnametis asmuo jo vardu pasirašo vienas iš tėvų arba teisėtas globėjas)

(vardas, pavardė, parašas)

201\_\_\_\_ m. \_\_\_\_\_ d.