

Pranešėjo vardas, pavardė													
Adresas													
Telefonas		Elektroninio pašto adresas											
PRANEŠU APIE ĮVYKĮ, KURIS ĮVYKO APDRAUSTAJAM:													
Vardas, pavardė		Asmens kodas											
Adresas													
Įvykio pobūdis		<input type="checkbox"/> trauma <input type="checkbox"/> kritinė liga		Įvykio data		<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>		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 Apdraustojų ambulatorinė kortelė:													
Ar buvo kreiptasi į kitas valstybines įstaigas (pvz. teisėsaugos institucijas) <input type="checkbox"/> TAIP (nurodykite žemiau) <input type="checkbox"/> NE													
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 Apdraustojų sąskaitą: SVARBU: jei Apdraustasis yra nepilnametis, banko sąskaita turi būti atidaryta jo vardu													
Bankas		Sąskaitos Nr.		L		T							
Sąskaitos turėtojo vardas, pavardė		Asmens kodas											

Papildoma informacija: _____

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

(pranešimą pateikusių 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>

Sutinku, kad Gyvybės draudimo UAB „BONUM PUBLICUM“ 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.

(Apdraustojo arba vieno iš tėvų/kito įstatyminio atstovo (kai apdraustasis yra iki 18 m. amžiaus) vardas, pavardė, parašas)