

Draudimo liudijimo Nr. _____

Pranešėjo vardas, pavardė													
Adresas													
Telefonas		Elektroninio pašto adresas											
PRANEŠŪ APIE ĮVYKĮ, KURIS ĮVYKO APDRAUSTAJAM:													
Vardas, pavardė										Asmens kodas			
Adresas													
Įvykio data		Laikas											
Įvykio vieta													
Įvykis įvyko:		<input type="checkbox"/> darbe/mokykloje <input type="checkbox"/> butyje <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"/> TAIP (nurodykite žemiau) <input type="checkbox"/> NE													
Data, pavadinimas													
Pateikiami dokumentai		<input type="checkbox"/> medicininiai dokumentai: _____ <input type="checkbox"/> kiti dokumentai: _____ _____											
Draudimo išmoką prašau pervesti į Naudos gavėjo sąskaitą: SVARBU. Jei Naudos gavėjai yra keli, antrojo ir kitų duomenis pateikite priede:													
Bankas		Sąskaitos Nr.		L	T								
Naudos gavėjo vardas, pavardė										Asmens kodas			
Naudos gavėjo asmens tapatybės dokumentas		<input type="checkbox"/> asmens tapatybės kortelė <input type="checkbox"/> pasas		Nr.									
		Išdavimo data		Galiojimo data iki									
		Dokumentą išdavusi šalis: <input type="checkbox"/> Lietuva <input type="checkbox"/> Kita (nurodykite)											
Ar Naudos gavėjas yra nuolatinis Lietuvos gyventojas?		<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne* (nurodykite valstybę, kurios nuolatinis gyventojas esate, ir adresą toje valstybėje) _____ _____ Jei esate JAV pilietis ar nuolatinis gyventojas, nurodykite savo TIN numerį _____											

Papildoma informacija: _____

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. (Dokumento pavadinimas, numeris, galiojimo data)
nustatė ir pranešimą priėmė: _____ 20 ____ m. ____ mėn. ____ d. (Darbuotojo vardas, pavardė, parašas)

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 įvykiams įvykiams, jų aplinkybėms ir pasekmėms įvertinti bei draudimo išmokoms apskaičiuoti, iš sveikatos priežiūros įstaigų, teisėsaugos institucijų ar kitų fizinių ar juridinių asmenų.

(Asmens, turinčio teisę pasirašyti sutikimą po Apdraustojo mirties, vardas, pavardė, parašas)

