

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

Papildoma informacija: _____

Informaciją apie draudimo išmokos išmokėjimą prašau siųsti Apdraustajam aukščiau nurodytu (tinkamą pažymėti x):

elektroniniu paštu paštu

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 įvyksiems 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)