



Pasirašydamas šį pareiškimą, sutinku, kad Gyvybės draudimo UAB „SB draudimas“ 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.

**SVARBU.**

*Jei Apdraustajam yra 18 m. ir daugiau, šį sutikimą pasirašo Apdraustasis*

*Jei Apdraustasis yra iki 18 m. amžiaus, šį sutikimą pasirašo vienas iš jo tėvų arba kitas įstatyminis atstovas.*

---

*(Vardas, pavardė, parašas)*