

PRAŠYMAS (GRUPĖS) KREDITO GAVĖJŲ GYVYBĖS IR SVEIKATOS DRAUDIMO IŠMOKAI GAUTI

1. DRAUDĖJAS

Vardas ir pavardė / Juridinio asmens pavadinimas UAB GF bankas	Juridinio asmens kodas 300515252	
Adresas Ukmergės g. 322, LT - 12106 Vilnius	Telefono Nr. 1851, +370 5 203 15 88	El. paštas info@gf.lt

2. APDRAUSTASIS

Vardas ir Pavardė	Asmens kodas
Adresas	Telefono Nr.
El. paštas	Kredito sutarties Nr.

3. IŠMOKĖJIMO PRIEŽASTIS (reikiamą variantą pažymėkite X)

<input type="checkbox"/> LAIKINAS NEDARHINGUMAS	<input type="checkbox"/> VISIŠKO IR NUOLATINIO DARHINGUMO PRARADIMAS	<input type="checkbox"/> MIRTIS
<input type="checkbox"/> GYDYMAS STACIONARE	<input type="checkbox"/> PASTOVI DALINĖ NEGALIA	

Pastaba: **Draudimo išmoka bus išmokama Draudėjui, o ne Apdraustajam ar Pareiškėjui**, ja dengiamos Apdraustojo pagal vartojimo kredito grąžinimo grafiką mokėtinos ~~nepradelstos~~ įmokos. Draudimo išmokos nemokamos dėl nedraudžiamųjų įvykių, Draudimo sutartyje ar taikytinoje teisėje numatytais atvejais.

4. DUOMENYS APIE ĮVYKĮ

Įvykio data	Įvykio pobūdis <input type="checkbox"/> Liga <input type="checkbox"/> Mirtis <input type="checkbox"/> Nelaimingas atsitikimas
-------------	--

Įvykio aplinkybės (aprašykite)

5. PRIDEDAMI DOKUMENTAI (pažymėti X)

<input type="checkbox"/> Asmens tapatybę patvirtinantis dokumentas	<input type="checkbox"/> Kredito sutarties kopija
<input type="checkbox"/> Negalios vertinimo dokumentai, dalyvumo lygio pažyma	<input type="checkbox"/> Mirties liudijimo kopija
<input type="checkbox"/> Dokumentai iš sveikatos priežiūros įstaigos (___ vnt.), Sodros (___ vnt.)	
<input type="checkbox"/> Kiti dokumentai:	

6. ASMENS DUOMENŲ TVARKYMAS

- Esu informuotas (-a), kad Compensa Life Vienna Insurance Group SE Lietuvos filialas (toliau – Draudikas) turi teisę tvarkyti mano asmens duomenis, pateiktus šiame prašyme, draudžiamąjį įvykio tyrimo ir administravimo tikslais.
- Patvirtinu, kad esu informuotas (-a), jog su Draudiko Privatumo politika galiu susipažinti Draudiko interneto svetainėje [www.compensalife.lt](#) arba bet kuriame Draudiko biure, kurių sąrašą galiu rasti Draudiko interneto svetainėje.

7. PAREIŠKĖJO PATVIRTINIMAS

Aš patvirtinu, kad supratau visus klausimus, pateiktus šiame prašyme ir pateikiau tikslus bei teisingus atsakymus. Informacija, kuri gali turėti įtakos Draudiko sprendimui išmokėti draudimo išmoką, nėra nuslėpta.

Data	Apdraustojo / Pareiškėjo vardas, pavardė, parašas
	Telefono numeris, el.pašto adresas (jei Prašymą pateikia ne Apdraustasis)

DRAUDIKAS

Compensa Life Vienna Insurance Group SE Lietuvos filialas
Ukmergės g. 280, 06115 Vilnius, tel. (8 5) 250 4000,
www.compensalife.lt
Forma Nr. COM-89. Galioja nuo 2024-03-01

8. SUTIKIMAS DĖL ASMENS DUOMENŲ (ĮSKAITANT SVEIKATOS DUOMENIS) TVARKYMO IR PATEIKIMO

Informuojame, kad Jums pateikiant mums Prašymą (Grupės) kredito gavėjų gyvybės ir sveikatos draudimo išmokai išmokėti įvykus galimai draudžiamajam įvykiui, mes turime pareigą atlikti įvykio tyrimą ir šiuo tikslu tvarkyti Jūsų pateiktus asmens duomenis, įskaitant ir Apdraustojo sveikatos duomenis. Sveikatos duomenys yra priskiriami specialiujų kategorijų asmens duomenims ir juos tvarkyti galime tik turėdami Apdraustojo aiškų sutikimą.

PILDO APDRAUSTASIS

Sutinku, kad Draudikas tvarkytų mano pateiktus asmens duomenis, įskaitant ir sveikatos duomenis (įskaitant dokumentus ir/ar jų kopijas) su tikslu atlikti galimai draudžiamą įvykio tyrimą ir sveikatos draudimo išmokai išmokėti. Šis sutikimas apima mano asmens duomenų, įskaitant sveikatos duomenis, gavimą iš manęs ir trečiųjų asmenų, kai tai yra reikalinga galimo draudžiamą įvykio faktui, pasekmėms ir draudimo išmokos dydžiui nustatyti.

Šiame sutikime trečiaisiais asmenimis laikytini įskaitant, bet neapsiribojant sveikatos priežiūros įstaigos (tiek privačios, tiek valstybinės) ar kitos valstybės ar savivaldybių įstaigos (įskaitant, bet neapsiribojant Valstybine ligonių kasa, Valstybiniu socialinio draudimo fondu ir kitomis įstaigomis), taip pat registrai, informacinės sistemos ar kitos duomenų rinkmenos, kuriose tvarkomi duomenys apie apdraustojo sveikatos būklę, suteiktas gydymo paslaugas, nustatytus susirgimus, patirtas traumas.

APDRAUSTOJO MIRTIES ATVEJU PILDO ĮPĖDINIAI PAGAL TESTAMENTĄ AR PAGAL ĮSTATYMĄ, SUTUOKTINIS (PARTNERIS), TĖVAI, VAIKAI

Sutinku, kad Draudikas tvarkytų mirusiojo Apdraustojo sveikatos duomenis su tikslu atlikti galimai draudžiamą įvykio tyrimą ir gyvybės draudimo išmokai išmokėti. Šis sutikimas suteikia teisę Draudikui gauti iš trečiųjų asmenų visą informaciją apie mirusiojo Apdraustojo buvusią sveikatos būklę, jam suteiktas gydymo paslaugas, nustatytus susirgimus, patirtas traumas ir mirties priežastis, kai tai yra reikalinga galimo draudžiamą įvykio faktui, pasekmėms ir draudimo išmokos dydžiui nustatyti.

Šiame sutikime trečiaisiais asmenimis laikytini įskaitant, bet neapsiribojant sveikatos priežiūros įstaigos (tiek privačios, tiek valstybinės) ar kitos valstybės ar savivaldybių įstaigos (įskaitant, bet neapsiribojant Valstybine ligonių kasa, Valstybiniu socialinio draudimo fondu ir kitomis įstaigomis), taip pat registrai, informacinės sistemos ar kitos duomenų rinkmenos, kuriose tvarkomi duomenys apie mirusiojo sveikatos būklę, suteiktas gydymo paslaugas, nustatytus susirgimus, patirtas traumas ir mirties priežastis administruojančios

SUTIKIMĄ PATEIKIA:

<input type="checkbox"/> APDRAUSTASIS	<input type="checkbox"/> SUTUOKTINIS (-Ė) (PARTNERIS (-Ė))	<input type="checkbox"/> VAIKAS
<input type="checkbox"/> VIENAS IŠ TĖVŲ	<input type="checkbox"/> ĮPĖDINIS (-Ė) PAGAL TESTAMENTĄ AR PAGAL ĮSTATYMĄ	

Informuojame, kad Jūsų duotas sutikimas galioja suteiktos draudimo apsaugos galiojimo metu ir 1 metus po jos pasibaigimo arba iki sutikimo atšaukimo. Jūs turite teisę bet kuriuo metu atšaukti savo sutikimą el. paštu gyvybe@compensalife.lt. Nesutikęs arba atšaukęs sutikimą mes negalėsime tvarkyti sveikatos duomenų, todėl negalėsime atlikti galimai draudžiamą įvykio tyrimo bei negalėsime priimti sprendimo dėl gyvybės ar sveikatos draudimo išmokos išmokėjimo. Išsamesnę informaciją, kaip tvarkomi Jūsų asmens duomenys, galite rasti Draudiko interneto svetainėje paskelbtoje Privatumo politikoje.

Data	Pareiškėjo vardas, pavardė, parašas
------	-------------------------------------