

**DRAUDIKAS**

Compensa Life Vienna Insurance Group SE vardu  
Compensa Life Vienna Insurance Group SE Lietuvos filialas  
Ukmergės g. 280, 06115 Vilnius, tel. (8 5) 250 4000, www.compensalife.lt  
Forma Nr. COM-91. Galioja nuo 2017-07-01

# PRAŠYMAS SVEIKATOS DRAUDIMO IŠMOKAI GAUTI KRITINIS LIGOS ATVEJU

**1. APDRAUSTASIS**

Vardas ir Pavard	Asmens kodas
Adresas	Telefono Nr.
Sveikatos draudimo kortelės Nr. 9 4 4 0 3 9 0 6 0 0	El. paštas

Prašau pripažinti vykdančiam draudžiamuoju, draudimo sutartyje nustatyta tvarka kompensuoti mano patirtas išlaidas / išmokas sutartyje numatytą kritinių ligų draudimo sumą (reikalingas pabrėžti) už šiuos kritinius ligos atvejus (reikalingas pažymėti X):

Piktybinis auglys (vėžys)	<input type="checkbox"/>	Eur	Parkinsono liga iki 65 metų amžiaus	<input type="checkbox"/>	Eur
Miokardo infarktas	<input type="checkbox"/>	Eur	Alzheimerio liga iki 65 metų amžiaus	<input type="checkbox"/>	Eur
Insultas (smegenų infarktas)	<input type="checkbox"/>	Eur	Tremio laipsnio nudegimai	<input type="checkbox"/>	Eur
Vainikinių arterijų šuntavimo operacija	<input type="checkbox"/>	Eur	Gerybinis smegenų navikas	<input type="checkbox"/>	Eur
Širdies vožtuvų operacija	<input type="checkbox"/>	Eur	Aklumas	<input type="checkbox"/>	Eur
Aortos operacijos	<input type="checkbox"/>	Eur	Kurtumas	<input type="checkbox"/>	Eur
Vidaus organų / kaulų / tulžies pūslės transplantacija	<input type="checkbox"/>	Eur	Kalbos praradimas	<input type="checkbox"/>	Eur
Inkstų nepakankamumas	<input type="checkbox"/>	Eur	Galios funkcijos netekimas	<input type="checkbox"/>	Eur
Išsėtinė sklerozė	<input type="checkbox"/>	Eur			

Iš viso sumokama sutartyje numatyta Kritinių ligų draudimo suma: _____ Eur	Prašau išmokėti: _____ Eur
---	----------------------------

Pridedami dokumentai (pažymėti X):

Išrašai iš medicininių dokumentų _____ <input type="checkbox"/>	Kasos pajamų orderis, kvitas ar kitas mokėjimo liudijantis dokumentas _____ <input type="checkbox"/>
S skaita-faktūra Nr. _____ <input type="checkbox"/>	

Draudimo išmoką prašau pervesti mano (Apdraustojo) asmeniniam banko sąskaitai:

Banko pavadinimas	S sąskaitos Nr. L T
-------------------	------------------------

**4. APDRAUSTOJO PATVIRTINIMAS IR SUTIKIMAS**

Patvirtinu pateiktą duomenų teisingumą. Informacija, kuri gali turėti tokios draudimo bendrovės sprendimui išmokėti draudimo išmoką, nėra nuslėpta.  
Sutinku bei suteikiu teisę Draudikui, tiek kartais ir tokia tvarka, kaip tai numato ar kiek tai yra reikalinga gyvendinant taikytinos teisės reikalavimus tvarkyti mano asmens duomenis vykdančiam ar užtikrinančiam draudimo sutarties vykdymą. Tai apima, tačiau neapsiriboja, Draudiko teise:  
rinkti, gauti, saugoti ir kitaip tvarkyti mano asmens duomenis atliekant draudžiamajam tyrimus ir/ar nustatant draudimo išmokos dydį ar/ir administruojant draudimo sutartį, vykdančiam taikytinos teisės, priešingos ar kitos kompetentingos institucijos nustatytas pareigas ar reikalavimus, ginant pažeistas ar ginajamas Draudiko teises bei sprendžiant ginčus;  
gauti mano asmens duomenis, tame tarpe dokumentus ar jų kopijas, (skaitant, bet neapsiribojant duomenimis apie sveikatos būklę) iš trečiųjų asmenų (t.y. valstybinių, savivaldos ir privačių institucijų, staigų, organizacijų,monių ir pan., teisės saugos institucijų, gydytojų, sveikatos priežiūros staigų ir kitų institucijų, skaitant, bet neapsiribojant Valstybine ligonišką ir kitomis staigomis) aukščiau nurodytais tikslais.  
Sutinku nurodytu el. paštu gauti visą informaciją, susijusią su šiuo prašymu.

Data	Apdraustojo asmens vardas, pavardė, parašas
------	---