

PRAŠYMAS SVEIKATOS DRAUDIMO IŠMOKAI GAUTI

1. APDRAUSTASIS

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

2. PATIRTOS IŠLAIDOS

Ivykį pripažinus Draudžiamuoju įvykiu, prašau draudimo sutartyje nustatyta tvarka kompensuoti šias mano patirtas išlaidas:

Įmonės, kurioje patyrėte sveikatos draudimo išlaidų, pavadinimas	Išlaidų suma, €	Prašoma kompensuoti suma, €	Komentari (rašykite Sveikatos draudimo programos pavadinimą iš kurios pageidaujate kompensacijos)

Pridedami dokumentai (rašykite pateikiamų dokumentų skaičių):	Kiekis	Kiekis
Sąskaita-faktūra	<input type="checkbox"/>	Kasos pajamų orderis, kvitas ar kitas apmokėjimą patvirtinantis dokumentas <input type="checkbox"/>
Individualios veiklos pažymos ar verslo liudijimo kopijos, jei paslaugas suteikė tokią veiklą vykdančias asmuo	<input type="checkbox"/>	Medicinos dokumentai, receptai ar jų kopijos <input type="checkbox"/>
Kita (nurodykite)	<input type="checkbox"/>	

3. DUOMENYS DRAUDIMO IŠMOKOS MOKĖJIMUI

Draudimo išmoką prašau pervesti į mano (Apdraustojo) asmeninę banko sąskaitą:

Banko pavadinimas	Sąskaitos Nr.

4. SUTIKIMAS DĖL DUOMENŲ TVARKYMO

Informuojame, kad pateikiant Draudikui prašymą sveikatos draudimo išmokai gauti įvykus galimai draudžiamajam įvykiui pagal sveikatos draudimo sutartį, Draudikas turi pareigą atlikti įvykio tyrimą ir šiuo tikslu tvarkyti sveikatos duomenis. Sveikatos duomenys yra priskiriami specialią kategoriją duomenims ir juos tvarkyti Draudikas gali tik turėdamas Apdraustojo sutikimą.

Pasirašydamas(-a) šį prašymą patvirtinu, kad:

- sutinku, kad Draudikas tvarkytų mano sveikatos duomenis, gautus iš manęs ar kitų asmenų (įskaitant, bet neapsiribojant gydytojus, sveikatos priežiūros įstaigas, Valstybinę ligonių kasą) su tikslu atlikti galimai draudžiamajam įvykiui tyrimą ir kompensuoti draudžiamajam įvykiui metu patirtas išlaidas;
- esu susipažinęs(-usi) su Draudiko Privatumo politika, kur viešai prieinama Draudiko internetinėje svetainėje www.compensalife.lt;
- esu informuotas(-a), kad turiu teisę bet kuriuo metu atšaukti savo sutikimą el. paštu dpo@compensalife.lt arba raštu (Ukmergės g. 280, LT-06115 Vilnius). Nesutikęs ar atšaukęs sutikimą Draudikas negalės tvarkyti mano sveikatos duomenų, todėl Draudikas negalės kompensuoti patirtų išlaidų.

5. APDRAUSTOJO PAREIŠKIMAI IR PATVIRTINIMAI

Pasirašydamas(-a) šį prašymą patvirtinu, kad:

- visa šiame prašyme ir kartu su juo prideduose dokumentuose pateikta informacija yra teisinga ir tiksliai;
- visus Draudiko pranešimus ar bet kokią rašytinę informaciją, susijusią su draudimo sutarties vykdymu, tame tarpe draudimo išmokomis ir galimai draudžiamųjų įvykių tyrimu, pageidauju gauti aukščiau nurodytu el. pašto adresu;
- man buvo suteikta visa esminė informacija, susijusi su draudimo apsauga pagal sveikatos draudimo sutartį, kuria esu apdraustas(-a), įskaitant, bet neapsiribojant draudimo apsaugos apimtį pagal pasirinktas draudimo programas, draudžiamuosius ir nedraudžiamuosius įvykius, mano pareigas vykdančią sutartį, draudimo išmokų mokėjimo sąlygas, ginčų sprendimo tvarką ir pan.;
- išsamiai ir atsakingai susipažinau su sveikatos draudimo sutarties, tame tarpe draudimo taisyklių, sąlygomis. Jos man yra suprantamos ir priimtinos, atitinka mano interesus. Įsipareigoju jų laikytis;
- esu informuotas(-a), kad tam tikrų paslaugų kompensavimui reikalingas išankstinis rašytinis Draudiko sutikimas, todėl norėdamas kompensuoti su jomis susijusias išlaidas pagal draudimo sutartį, įsipareigoju pasirūpinti juo iš anksto;
- įsipareigoju ne trumpiau kaip 1 (vienėrius) metus nuo draudimo išmokos išmokėjimo saugoti draudžiamajam įvykį patvirtinančius dokumentus, jei Draudikui buvo pateiktos tik jų kopijos, bei Draudikui pareikalavus – pristatyti juos.

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