

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-88. Galioja nuo 2018-07-02

PRAŠYMAS DRAUDIMO IŠMOKAI GAUTI

Anketiniai duomenys renkami įgyvendinant privalomus pinigų plovimo ir teroristų finansavimo prevencijos teisės aktų reikalavimus, o taip pat mokesčių teisės nuostatas. Draudikas užtikrina, kad pateikta informacija yra laikoma konfidencialia ir bus saugoma laikantis taikytinos teisės reikalavimų.

1. DRAUDĖJAS

Vardas ir pavardė / Juridinio asmens pavadinimas	Asmens kodas / Juridinio asmens kodas	Pilietybė (nurodykite visas turimas pilietybes)
Gyvenamosios vietos adresas / Juridinio asmens adresas	Telefono Nr.	El. paštas
Poliso Nr.		

2. APDRAUSTASIS (Apdraustojo skilties pildyti nereikia, jei Draudėjas ir Apdraustasis yra tas pats asmuo)

Vardas ir pavardė	Asmens kodas	
Gyvenamosios vietos adresas	Telefono Nr.	El. paštas

3. KREIPIMOSI PRIEŽASTIS (reikiamą variantą pažymėkite X)

<input type="checkbox"/> TRAUMA DĖL NELAIMINGO ATSTITIKIMO	<input type="checkbox"/> MIRTIS DĖL NELAIMINGO ATSTITIKIMO	<input type="checkbox"/> ONCODROP
<input type="checkbox"/> KRITINĖ LIGA	<input type="checkbox"/> VISIŠKO IR NUOLATINIO DARBINGUMO PRARADIMAS	
<input type="checkbox"/> MIRTIS	<input type="checkbox"/> NEĮGALUMAS DĖL NELAIMINGO ATSTITIKIMO	

4. NAUDOS GAVĖJAS

Vardas ir pavardė / Juridinio asmens pavadinimas	Asmens kodas / Juridinio asmens kodas	Pilietybė (nurodykite visas turimas pilietybes)
Gyvenamosios vietos adresas / Juridinio asmens adresas	Telefono Nr.	El. paštas
Gimimo vieta (Valstybė)		
Banko sąskaitos numeris (IBAN formata)	Banko pavadinimas	
Valstybės, kuriose esate pajamų mokesčių mokėtojas (rezidentas mokesčių mokėjimo tikslais):	Mokesčių mokėtojo identifikacinis numeris (prašome nurodyti Jums užsienio valstybės suteiktą identifikacinį kodą mokesčių mokėjimo tikslais jei tokį turite):	

5. DUOMENYS APIE ĮVYKĮ

Įvykio data	Įvykio pobūdis <input type="checkbox"/> Liga <input type="checkbox"/> Mirtis <input type="checkbox"/> Nelaimingas atsitikimas
Įvykis įvyko <input type="checkbox"/> Darbe: <input type="checkbox"/> Susijęs su gamyba <input type="checkbox"/> Nesusijęs su gamyba	<input type="checkbox"/> Buityje: <input type="checkbox"/> Transporto įvykis <input type="checkbox"/> Sportuojant <input type="checkbox"/> Užpuolimas <input type="checkbox"/> Kita

Pareiškėjo vardas, pavardė, parašas

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-88. Galioja nuo 2018-07-02

Įvykio aplinkybės (aprašykite)

Informacija apie suteiktą medicinos pagalbą, gydymo trukmę, gydymo įstaigą

PIRMINIS KREIPIMASIS

Data (nuo/iki) _____ Med. įstaigos pavadinimas _____ Gydytojo pavardė _____

Atliktos rentgenogramos arba kompiuterinė / magnetinio rezonanso tomografija: Taip Ne

TOLESNIS GYDYMAS

Data (nuo/iki) _____ Med. įstaigos pavadinimas _____ Gydytojo pavardė _____

Sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas, kurioje Apdraustasis yra šiuo metu prisiregistravęs (galite nepildyti, jei sutampa su jau nurodytomis gydymo įstaigomis).

Pavadinimas _____, šeimos gydytojas _____.

Ar buvo išduotas nedarbingumo pažymėjimas? Taip, galiojo (nuo/iki) _____ Ne

Blaivumas įvykio metu: Blaivus Neblaivus

Įvykį tyrusios teisėsaugos ar kitos institucijos pavadinimas bei pateikti dokumentai

Ar apdraustasis yra apsidraudęs gyvybės draudimu ar draudimu nuo nelaimingų atsitikimų/kritinių ligų kitose draudimo kompanijose?

Taip, draudimo kompanijos(-jų) pavadinimas _____ Ne

Pareiškėjo ryšys su apdraustuoju:

6. POLITIKOJE DALYVAUJANTYS ASMENYS, SUSIJĘ SU KLIENTU

Ar Jūs ar Jūsų šeimos nariai ar artimi pagalbininkai eina ar ne anksčiau nei prieš vienerius metus ėjo svarbias viešąsias pareigas Lietuvos, Europos Sąjungos, užsienio valstybių ar tarptautinėse institucijose?* Jei taip, nurodykite: Taip Ne

Vardas	Pavardė	Ryšys su klientu
--------	---------	------------------

Dalyvavimo politikoje paaiškinimas

7. PATVIRTINIMAI IR SUTIKIMAI

- Pasirašydamas šią anketą patvirtinu, kad:
 - šios anketos turinys man yra aiškus ir suprantamas.
 - visa informacija ir duomenys pateikti čia yra išsamūs, teisingi ir pilni.
 - įsipareigoju nedelsiant informuoti draudiką apie bet kokius šioje anketoje pateiktų duomenų pasikeitimus.
- Sutinku bei suteikiu teisę Draudikui tvarkyti Apdraustojų asmens duomenis suteikiant draudimo apsaugą pagal draudimo sutartį, draudimo rizikos įvertinimo, galimai draudžiamojam įvykio tyrimo, draudimo sutarties įgyvendimo, kitų susijusių ikisutartinių ar sutartinių įsipareigojimų vykdymo ar ginčų sprendimo tikslais. Tai apima, tačiau neapsiriboja, Draudiko teise:
 - savarankiškai rinkti ir tvarkyti visus jam reikalingus Apdraustojų asmens duomenis, tame tarpe duomenis apie Apdraustojų sveikatos būklę;
 - teikti Apdraustojų asmens duomenis tretiesiems asmenims (pvz. draudimo tarpininkams, perdraudimo paslaugas teikiančioms įmonėms, kitas paslaugas teikiančioms subjektams, daktarams ir medicinos įstaigoms, juridiniams asmenims, priklausantiems tai pačiai įmonių grupei kaip ir Draudikas, kitiems asmenims, tvarkantiems asmens duomenis Draudiko vardu ar jo interesais) nepriklausomai nuo jų registravimo ir/ar veiklos vietos, aukščiau nurodytais tikslais;
 - gauti Apdraustojų asmens duomenis (įskaitant, bet neapsiribojant ypatingais duomenimis) ir trečiųjų asmenų aukščiau nurodytais tikslais, tame tarpe:
 - informaciją apie suteiktas gyvybės draudimo paslaugas iš kitų gyvybės draudimo įmonių;
 - su draudžiamųjų įvykių tyrimu susijusius duomenis iš teisėsaugos institucijų;
 - duomenis, informaciją, dokumentus, jų kopijas, susijusius su Apdraustojų sveikatos būkle iki ir po draudimo sutarties sudarymo ar galiojimo (tame tarpe diagnozes, atliktus ar paskirtus tyrimus ir/ar jų rezultatus, taikytą gydymą ir pan.) iš visų ir bet kokių sveikatos priežiūros įstaigų, valstybinių ar privačių įmonių, įstaigų, institucijų, organizacijų ar asmenų, tame tarpe gydytojų, ligoninių, Valstybinės ir/ar teritorinės ligonių kasos, Valstybinio socialinio draudimo fondo ir pan.;
- Sutinku, kad Draudiko surinkti duomenys būtų teikiami draudėjui, naudos gavėjui pagal draudimo sutartį ar kitam asmeniui, pretenduojančiam į draudimo išmoką, tiek, kiek tai reikalinga draudimo išmokos mokėjimui, jos mažinimui ar atsakymui mokėti pagrįsti.

Informaciją apie įvykio tyrimo eigą, priimtą sprendimą pageidauju gauti: El. paštu Paštu

Data ir vieta (miestas)

Pareiškėjo vardas, pavardė, parašas

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-88. Galioja nuo 2018-07-02

8. PRIDEDAMI DOKUMENTAI (pažymėti X)

<input type="checkbox"/> Medicininiai dokumentai (_____ vnt.)	<input type="checkbox"/> Mirties liudijimo kopija
<input type="checkbox"/> Asmens dokumento kopija	<input type="checkbox"/> Draudimo liudijimo kopija
<input type="checkbox"/> Rentgeno nuotraukos (_____ vnt.), CD (_____ vnt.), FOTO (_____ vnt.)	<input type="checkbox"/> Kiti dokumentai (_____ vnt.)

9. DRAUDIKO ATSTOVO PAREIŠKIMAI, PATVIRTINIMAI IR PARAŠAI

Prašymą priėmiau, Apdraustojo/Pareiškėjo asmens tapatybę(-es) nustačiau bei asmens dokumentų autentiškumą ir galiojimą patikrinau:

Data ir vieta (miestas)	Draudiko atstovo vardas, pavardė, parašas, telefono numeris
-------------------------	---

SĄVOKŲ PAAIŠKINIMAI

*** **Svarbios viešosios pareigos** - pareigos Lietuvos Respublikoje, Europos Sąjungoje, užsienio valstybių ar tarptautinėse institucijose.

- 1) valstybės vadovas, vyriausybės vadovas, ministras, viceministras arba ministro pavaduotojas, valstybės sekretorius, parlamento, vyriausybės arba ministerijos kancleris;
- 2) parlamento narys;
- 3) aukščiausiųjų teismų, konstitucinių teismų ar kitų aukščiausiųjų teisminių institucijų, kurių sprendimai negali būti skundžiami, narys;
- 4) savivaldybės meras, savivaldybės administracijos direktorius;
- 5) aukščiausiosios valstybių audito ir kontrolės institucijos valdymo organo narys ar centrinio banko valdybos pirmininkas, jo pavaduotojas ar valdybos narys;
- 6) ambasadorius, laikinasis reikalų patikėtinis, nepaprastasis pasiuntinys ir įgaliotasis ministras ar aukšto rango ginkluotųjų pajėgų karininkas;
- 7) valstybės įmonės, akcinės bendrovės, uždarnosios akcinės bendrovės, kurių akcijos ar dalis akcijų, suteikiančių daugiau kaip 1/2 visų balsų šių bendrovių visuotiniame akcininkų susirinkime, priklauso valstybei nuosavybės teise, valdymo ar priežiūros organo narys;
- 8) savivaldybės įmonės, akcinės bendrovės, uždarnosios akcinės bendrovės, kurių akcijos ar dalis akcijų, suteikiančių daugiau kaip 1/2 visų balsų šių bendrovių visuotiniame akcininkų susirinkime, priklauso savivaldybei nuosavybės teise ir kurios laikomos didelėmis įmonėmis pagal Lietuvos Respublikos įmonių finansinės atskaitomybės įstatymą, valdymo ar priežiūros organo narys;
- 9) tarptautinės tarpvyriausybės organizacijos vadovas, jo pavaduotojas, valdymo ar priežiūros organo narys;
- 10) politinės partijos vadovas, jo pavaduotojas, valdymo organo narys.

Artimais šeimos nariais laikomi sutuoktinis, asmuo, su kuriuo registruota partnerystė, tėvai, broliai, seserys, seneliai, vaikaičiai, vaikai ir vaikų sutuoktiniai, vaikų sugyventiniai.

Artimais pagalbininkais laikomas fizinis asmuo, kuris:

- 1) su svarbias viešas pareigas einančiu ar ėjusių asmeniu yra to paties juridinio asmens ar juridinio asmens statuso neturinčios organizacijos dalyvis arba palaiko kitus dalykinius santykius;
- 2) yra vienintelis juridinio asmens ar juridinio asmens statuso neturinčios organizacijos, įsteigtos ar veikiančios de facto siekiant turtinės ar kitokios asmeninės naudos svarbias viešas pareigas einančiam ar ėjusiam asmeniui, naudos gavėjas.