

PRAŠYMAS DRAUDIMO IŠMOKAI GAUTI

DRAUDĖJAS		
VARDAS IR PAVARDĖ		
ASMENS KODAS		
ADRESAS		
APDRAUSTASIS		
VARDAS IR PAVARDĖ		
ASMENS KODAS		
ADRESAS		
DRAUDIMO SUTARTIS		
GYVYBĖS DRAUDIMO RŪŠIS	LIUDIJIMO SERIJA	LIUDIJIMO Nr.
IŠMOKĖJIMO PRIEŽASTIS (teisingą variantą pažymėkite X)		
<input type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> LIGA <input type="checkbox"/> VISIŠKO IR NUOLATINIO DARBINGUMO PRARADIMAS <input type="checkbox"/> MIRTIS <input type="checkbox"/> DRAUDIMO LAIKOTARPIO PABAIGA <input type="checkbox"/> KITA		
KAM PERVESTI DRAUDIMO IŠMOKĄ		
VARDAS IR PAVARDĖ		
ASMENS KODAS		
ADRESAS		
KONTAKTINIS TELEFONO NR.		
BANKO PAVADINIMAS, FILIALAS		
BANKO KODAS		
SĄSKAITOS NR.		
DUOMENYS APIE ĮVYKĮ		
1. ĮVYKIO DATA		
2. ĮVYKIO POBŪDIS	<input type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> LIGA <input type="checkbox"/> MIRTIS	
3. ĮVYKIS ĮVYKO	<input type="checkbox"/> BUIITYJE: <input type="checkbox"/> TRANSPORTO ĮVYKIS <input type="checkbox"/> UŽPUOLIMAS <input type="checkbox"/> SPORTUOJANT <input type="checkbox"/> KITA <input type="checkbox"/> DARBE: <input type="checkbox"/> SUSIJĘS SU GAMYBA <input type="checkbox"/> NESUSIJĘS SU GAMYBA	
PAREIŠKĖJO VARDAS IR PAVARDĖ, PARAŠAS		

4. ĮVYKIO APLINKYBĖS (aprašykite)	
5. INFORMACIJA APIE SUTEIKTĄ MEDICINOS PAGALBĄ, GYDYMO TRUKMĘ, GYDYMO ĮSTAIGĄ	<p>PIRMINIS KREIPIMASIS:</p> <p>DATA (nuo/iki) _____</p> <p>MED. ĮSTAIGOS PAVADINIMAS _____</p> <p>GYDYTOJO PAVARDĖ _____</p> <p>ATLIKTOS RENTGENOGRAMOS (pažymėkite): <input type="checkbox"/> TAIP <input type="checkbox"/> NE</p> <hr/> <p>TOLESNIS GYDYMAS:</p> <p>DATA (nuo/iki) _____</p> <p>MED. ĮSTAIGOS PAVADINIMAS _____</p> <p>GYDYTOJO PAVARDĖ _____</p>
6. AR BUVO IŠDUOTAS NEDARbingumo PAŽYMĖJIMAS?	<input type="checkbox"/> TAIP, GALIOJO _____ <input type="checkbox"/> NE
7. BLAIVUMAS ĮVYKIO METU	<input type="checkbox"/> BLAIVUS <input type="checkbox"/> NEBLAIVUS
8. ĮVYKĮ TYRUSIOS TEISĖSAUGOS AR KITOS INSTITUCIJOS PAVADINIMAS BEI PATEIKTI DOKUMENTAI	
9. AR APDRAUSTASIS YRA APSIDRAUĖS GYVYBĖS DRAUDIMU AR DRAUDIMU NUO NELAIMINGŲ ATSTITIKIMŲ/KRITINIŲ LIGŲ KITOSE DRAUDIMO KOMPANIJOSE?	<input type="checkbox"/> TAIP, DRAUDIMO KOMPANIJOS PAVADINIMAS _____ <input type="checkbox"/> NE

PARAŠAI

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

Compensa Life Vienna Insurance Group SE Lietuvos filialas turi teisę iš gydytojų, medicinos įstaigų ir kitų institucijų gauti reikiamą informaciją, reikalingą draudimo išmokėjimo nustatymui.

DATA	PAREIŠKĖJO VARDAS IR PAVARDĖ, PARAŠAS	
PRIDEDAMI DOKUMENTAI (pažymėkite)		
DRAUDIMO LIUDIJIMAS, NR. _____ DRAUDIMO LIUDIJIMO KOPIJA <input type="checkbox"/> MIRTIES LIUDIJIMO KOPIJA <input type="checkbox"/>		
MEDICININIAI DOKUMENTAI, _____ VNT. RENTGENO NUOTRAUKOS, _____ VNT.		
KITI DOKUMENTAI _____		
DARBUOTOJO, PRIĖMUSIO PRAŠYMĄ, PARAŠAS		
DATA	VARDAS IR PAVARDĖ, PARAŠAS	TELEFONO NR.