

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-89. Galioja nuo 2020-02-01

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 NEDARbingumas	<input type="checkbox"/> VISIŠKO IR NUOLATINIO DARbingumo PRARADIMAS	<input type="checkbox"/> MIRTIS
<input type="checkbox"/> GYDYMAS STACIONARE	<input type="checkbox"/> PASTOVI DALINĖ NEGALIA	

Pastaba: **Draudimo išmoka bus išmokama Bendrovei, o ne Apdraustajam** ir ja bus 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"/> Darbingumo 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 SE VIG Lietuvos filialas (toliau – Draudikas) turi teisę tvarkyti mano asmens duomenis, pateiktus šiame prašyme Draudiko Privatumo politikoje nustatytais tikslais ir tvarka.
- Patvirtinu, kad pildant šį prašymą, man buvo sudaryta galimybė susipažinti su Compensa Life Vienna Insurance Group SE Lietuvos filialo Privatumo politika, kurioje pateikiama informacija apie asmens duomenų tvarkymą, ir aš esu informuotas (-a), kad su šia Privatumo politika galiu susipažinti interneto svetainėje www.compensalife.lt arba bet kuriame Compensa Life Vienna Insurance Group SE Lietuvos filialo biure, kurių sąrašą galiu rasti www.compensalife.lt

7. PAREIŠKĖJO PATVIRTINIMAS

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

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

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-89. Galioja nuo 2020-02-01

8. SUTIKIMAS DĖL SVEIKATOS DUOMENŲ TVARKYMO IR PATEIKIMO

Compensa Life Vienna Insurance Group SE, veikianti per Compensa Life Vienna Insurance Group SE Lietuvos filialą, juridinio asmens kodas 301135655, buveinės adresas Ukmergės g. 280, LT-06115 Vilnius, (toliau – Draudikas), tirdama draudžiamąjį įvykio ir įvykio, kuris gali būti pripažintas draudžiamuoju, aplinkybes pagal gyvybės ir sveikatos draudimo sutartį, vadovaudamasi Lietuvos Respublikos draudimo įstatymo 98 str. 4 d. ir 5 d. pagrindu, turi teisę gauti ir toliau tvarkyti duomenis, susijusius su apdraustojo sveikatos būkle, jam suteiktas gydymo paslaugas, nustatytus susirgimus, patirtas traumas ir mirties priežastis, o taip pat, gauti šiuos duomenis iš sveikatos priežiūros įstaigų (tiek privačių, tiek valstybinių) ar kitų valstybės ar savivaldybių įstaigų, įskaitant, bet neapsiribojant Valstybine ligonių kasa, Valstybiniu socialinio draudimo fondu ir kitomis įstaigomis, taip pat iš registrų, informacinių sistemų ar kitų duomenų rinkmenų, kuriose tvarkomi duomenys apie apdraustojo sveikatos būklę, suteiktas gydymo paslaugas, nustatytus susirgimus, patirtas traumas ir mirties priežastis.

APDRAUSTOJO SUTIKIMAS (pildo apdraustasis)

- Sutinku, kad Draudikas tvarkytų mano pateiktus sveikatos duomenis, kuriuos pateikiau šiame prašyme, taip pat kituose dokumentuose, kuriuos esu pateikęs (-usi) ar / ar pateiksiu Draudikui (klausimynus, papildomus dokumentus, medicininės pažymas ir kita), mano sveikatos duomenis, gautus iš valstybinių ir privačių gydymo įstaigų ir kitų institucijų, įskaitant, bet neapsiribojant Valstybinės ligonių kasos, su tikslu atlikti draudžiamąjį įvykio tyrimą ir / ar apskaičiuoti draudimo išmoką. Esu informuotas (-a) ir suprantu, kad turiu teisę bet kuriuo metu atšaukti savo sutikimą, kaip nurodyta Draudiko Privatumo politikoje.

 Sutinku Nesutinku

- Sutinku, kad Draudikui būtų pateikta visa jo prašoma informacija apie mano sveikatos būklę, suteiktas gydymo paslaugas, nustatytus susirgimus, patirtas traumas, man atliktus tyrimus ir jų rezultatus ir mirties priežastis, įskaitant, bet neapsiribojant visa mano sveikatos istorija, su tikslu iširti draudžiamąjį įvykio ar įvykio, kuris gali būti pripažintas draudžiamuoju aplinkybes.

 Sutinku Nesutinku**SUTIKIMAS APDRAUSTOJO MIRTIES ATVEJU (pildo įpėdiniai pagal testamentą ir pagal įstatymą, sutuoktinis (partneris), tėvai, vaikai)**

- Sutinku, kad Draudikui būtų pateikta visa informacija apie mirusiojo buvusią sveikatos būklę, jam suteiktas gydymo paslaugas, nustatytus susirgimus, patirtas traumas ir mirties priežastis ir šią informaciją Draudikui pateiktą 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 įvairius registrus, informacines sistemas ar kitas duomenų rinkmenas, kuriose tvarkomi duomenys apie mirusiojo sveikatos būklę, suteiktas gydymo paslaugas, nustatytus susirgimus, patirtas traumas ir mirties priežastis administruojančios įstaigos. Esu informuotas (-a) ir suprantu, kad turiu teisę bet kuriuo metu atšaukti savo sutikimą, kaip nurodyta Draudiko Privatumo politikoje.

 Sutinku Nesutinku**SUTIKIMĄ PATEIKIA:** APDRAUSTASIS SUTUOKTINIS (-Ė) (PARTNERIS (-Ė)) VAIKAS VIENAS IŠ TĖVŲ ĮPĖDINIS (-Ė) PAGAL TESTAMENTĄ IR / AR PAGAL ĮSTATYMĄ

Data

Pareiškėjo vardas, pavardė, parašas