

**PRAŠYMAS MOKĖTI DRAUDIMO IŠMOKĄ LAIKINO NEDARBINGUMO / GYDYMO STACIONARE ATVEJU**

Financial Insurance Company Limited (toliau - Draudikas), įmonės kodas 1515187

Pradžia	Pabaiga	Draudimo rūšis	Draudžiamąjį įvykio numeris

**ASMENS DUOMENYS (pildo draudėjas)**

Vardas ir pavardė		Asmens kodas
Gyvenamasis adresas (gatvė, namo, buto numeris)		
Pašto kodas, miestas		Telefono numeris (namų / darbo) /
Pažymėti reikiama atsakymą <input type="checkbox"/> darbuotojas <input type="checkbox"/> verslininkas	Ar kreipėtės dėl draudimo išmokų į kitas draudimo bendroves, jei taip, į kurias?	
Ar kada nors anksčiau kreipėtės į Draudiką dėl draudimo išmokų? <input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne		
Jei taip, kada ir dėl kokio įvykio?		

**INFORMACIJA APIE KREDITĄ (pildo atsakingas banko darbuotojas)**

Banko filialo pavadinimas		
Banko filialo adresas	Pašto kodas	
Draudimo liudijimo numeris	Mėnesio draudimo išmoka litais	Palūkanų norma draudžiamąjį įvykio metu (proc.)
Draudimo liudijimo numeris	Mėnesio draudimo išmoka litais	Palūkanų norma draudžiamąjį įvykio metu (proc.)
Draudėjo sąskaitos AB SEB banke, į kuria pervedama draudimo išmoka, numeris		
Banko filialo atsakingo asmens vardas ir pavardė, parašas		Banko antspaudas
Telefono numeris /		
Data, vieta		

**INFORMACIJA APIE SUSIRGIMĄ / NELAIMINGĄ ATSITIKIMĄ (pildo gydantis gydytojas)**

Susirgimo / nelaimingo įvykio apibūdinimas		
Nelaimingo įvykio data / Susirgimo data	Draudžiamąjį įvykio vieta	Kada prasidėjo gydytojo prižiūrimas gydymas
Gydymo įstaigos pavadinimas, adresas		
Gydytojo vardas ir pavardė, licenzijos numeris, darbovietės adresas		
Jei buvo taikytas gydymas stacionare, nurodykite ligoninės pavadinimą ir adresą		

**Draudėjo susirgimo / nelaimingo atsitikimo aplinkybių aprašymas savais žodžiais**


**Jei buvotė anksčiau (5 metų laikotarpyje) gydytas nuo to paties susirgimo, pateikite toliau prašomą informaciją.**

Nedarbingumo laikotarpių data (-os)	Gydytojo vardas ir pavardė arba gydymo įstaigos pavadinimas ir adresas

<b>SU DARBO SANTYKIAIS SUSIJUSI INFORMACIJA (pildo darbdavys arba individualia veikla besiverčiantis asmuo)</b>		
Darbuotojo vardas ir pavardė		Asmens kodas
Darbuotojo profesija, pareigos		
Darbo santykių pradžia	Nedarbingumo laikotarpis, susijęs su nelaimingu atsitikimu / liga	Sugrįžimo į darbą data
Gydymo įstaiga, kurioje darbuotojas buvo konsultuojamas ir prižiūrimas (pavadinimas, adresas)		
Jei darbuotojas šiuo metu nebedirba, nurodykite darbo sutarties pabaigos datą		
Oficialus darbdavio pavadinimas		Įmonės kodas
Adresas	Telefono numeris	Fakso numeris
Vieta, data		
Darbdavio įgalioto asmens parašas		Darbdavio antspaudas
<b>DRAUDĖJO ĮSIPAREIGOJIMAS, SUTIKIMAS IR ĮGALIOJIMAS</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Įsipareigoju visas šio draudžiamąjį įvykio pagrindu gautas draudimo išmokas skirti apdraustam kreditui ir palūkanoms mokėti. Sutinku, kad draudimo išmokos suma būtų pervesta į pirmame puslapyje nurodytą mano sąskaitą AB SEB banke, kuri gali būti pakeista tik abipusiu susitarimu su AB SEB banku.</li> <li>Patvirtinu, kad visa informacija, pateikta šiame prašyme ir jo prieduose, yra tiksli, ir suprantu, kad neteisinga, netiksli ar klaidinanti informacija, pateikta mano ar trečiųjų asmenų, gali panaikinti vieną ar kelias teises į šią draudimo išmoką pagal draudimo sutartį.</li> <li>Įgalioju Draudiką prašyti, rinkti ir gauti su manimi susijusią informaciją iš mane gydančių gydytojų, gydymo įstaigų, poliklinikų, kitų sveikatos priežiūros įstaigų, Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybos, Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos, Lietuvos darbo biržos, esamo ir buvusių darbdavių, jei tai yra reikalinga atliekant draudiminio įvykio tyrimą ir nustatant draudimo išmokos teisėtumą.</li> <li>Taip pat įgalioju Draudiką tvarkyti mano asmens duomenis, įskaitant asmens kodą, duomenis apie sveikatą ir ypatingus asmens duomenis, būtinus vykdant teises ir pareigas pagal draudimo sutartį. Asmens duomenų tvarkymas reiškia bet koki su asmens duomenimis atliekamą veiksmą, tokį kaip rinkimą, užrašymą, kaupimą, jungimą, saugojimą, klasifikavimą, paskelbimą ir panašiai. Taip pat sutinku, kad mano asmens duomenys būtų perduoti Europos Sąjungos šalyse registruotiems juridiniams asmenims draudimo sutarties sąlygų vykdymo ir administravimo tikslais. Jei draudiko surinkta informacija neatitinka tikrovės, aš visada turiu teisę reikalauti ištaisyti mano asmens duomenis susisiekęs (-usi) su Draudiku.</li> </ul>		
Draudikas yra įsipareigojęs informuoti AB SEB banką apie sprendimą dėl draudimo išmokos ir pervesti draudimo išmoką į AB SEB banko nurodytą sąskaitą.		
Vieta, data		
Draudėjo parašas		Draudėjo vardas ir pavardė didžiosiomis raidėmis
<b>DOKUMENTAI, KURIUOS REIKIA PATEIKTI DRAUDIKUI</b>		
Draudėjas privalo pateikti toliau nurodytų dokumentų originalus arba patvirtintas kopijas:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>tinkamai užpildytą prašymo išmokėti draudimo išmoką laikino nedarbingumo / stacionarinio gydymo atveju formą;</li> <li>gydytojo pažymą, nedarbingumo lapelį ar invalidumo (nedarbingumo) pažymėjimą (nurodydamas gydymo laikotarpio pradžią, pabaigą ir nedarbingumo laikotarpį, jeigu tai žino, pateikdamas prašymo mokėti draudimo išmoką formą), ligos / sužalojimo istoriją (epikrizę) su medicinine diagnoze ir, jei reikia, pagrindiniais ligos / sužalojimo istorijos duomenimis (rentgeno nuotraukomis, specialistų tyrimais, tyrimų rezultatais) bei informaciją ir dokumentus apie gydymą stacionare (nurodyti ligoninės pavadinimą, paguldymo į ligoninę dieną, gydymo trukmę, išrašymo iš ligoninės dieną), jei toks gydymas buvo taikytas;</li> <li>Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybos sprendimą dėl prarasto darbingumo;</li> <li>atitinkamos institucijos pranešimą apie nelaimingą atsitikimą ir policijos pažymą, jeigu valstybinė institucija ar policija atliko tyrimą dėl nelaimingo atsitikimo, ir pažymą apie skubią medicininę pagalbą, jei tokia pagalba buvo suteikta;</li> <li>jeigu draudėjas yra darbuotojas, – darbdavio pažymą, liudijančią, kad draudėjas buvo įmonės darbuotojas pirmą laikino nedarbingumo dieną, jeigu darbdavys neįrašė tokios informacijos atitinkamoje prašymo mokėti draudimo išmoką formos skiltyje;</li> <li>jeigu draudėjas yra individualia veikla besiverčiantis asmuo, – įrodymą, kad jis yra individualia veikla besiverčiantis asmuo, veiklos registracijos pažymėjimą. Toks draudėjas privalo pateikti įrodymą, kad laikotarpio iki draudimo išmokos išmokėjimo dienos mokesčiai yra sumokėti.</li> </ul>		
Visas su reikiamų dokumentų pateikimu susijusias išlaidas padengia draudėjas. Visi su prašymu išmokėti draudimo išmoką pateikiami dokumentai turi būti lietuvių arba anglų kalbomis.		
Prašymas pradedamas nagrinėti, jei išsamiai pateikta visa reikalinga informacija ir dokumentai. Primename, kad už pirmas 30 laikino nedarbingumo dienų draudimo išmoka nemokama.		
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>Išsamiai užpildyta prašymo forma ir priedai turi būti išsiųsti <i>Draudikui</i> adresu:</p> <p>Genworth Financial p. d. 3430 Gedimino pr.7 LT-01001 Vilnius</p> <p>Kilus klausimams dėl draudimo išmokos, galite kreiptis telefonu: (8 5) 272 2929</p> </div>		