

PRAŠYMAS SVEIKATOS DRAUDIMO IŠMOKAI GAUTI

1. APDRAUSTASIS

Vardas ir pavardė	Asmens kodas																				
Telefono Nr.	El. paštas																				
Sveikatos draudimo kortelės Nr. <table><tr><td>9</td><td>4</td><td>4</td><td>0</td><td>3</td><td>9</td><td>0</td><td>6</td><td>0</td><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>		9	4	4	0	3	9	0	6	0	0										
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, €	Komentaras (įrašykite Sveikatos draudimo programos pavadinimą iš kurios pageidaujate kompensacijos)

Pridedami dokumentai (įrašykite pateikiamų dokumentų skaičių):	Kiekis	Kiekis
Sąskaita-faktūra	☐	Kasos pajamų orderis, kvitas ar kitas apmokėjimą patvirtinantis dokumentas ☐
Individualios veiklos pažymos ar verslo liudijimo kopijos, jei paslaugas suteikė tokią veiklą vykdančias asmuo	☐	Medicinos dokumentai, receptai ar jų kopijos ☐
Kita (nurodykite)	☐	

3. DUOMENYS DRAUDIMO IŠMOKOS MOKĖJIMUI

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

Banko pavadinimas	Sąskaitos Nr. <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				

4. SUTIKIMAS DĖL DUOMENŲ TVARKYMO

Informuojame, kad Jums naudojantis sveikatos draudimo kortele arba pateikiant mums prašymą kompensuoti Jūsų patirtas išlaidas įvykus galimai draudžiamajam įvykiui pagal sveikatos draudimo sutartį, mes turime pareigą atlikti įvykio tyrimą ir šiuo tikslu tvarkyti Jūsų asmens duomenis, įskaitant sveikatos duomenis. Sveikatos duomenys yra priskiriami specialiųjų kategorijų asmens duomenims ir juos tvarkyti galime tik turėdami Jūsų sutikimą.

☐ Sutinku, kad Draudikas tvarkytų mano asmens duomenis, įskaitant sveikatos duomenis, o taip pat dokumentus ir/ar jų kopijas su tikslu atlikti galimai draudžiamą įvykio tyrimą ir kompensuoti mano draudžiamą įvykio metu patirtas išlaidas. Šis sutikimas apima mano asmens duomenų, įskaitant sveikatos duomenis, atskleidimą tretiesiems asmenims bei gavimą iš manęs ir trečiųjų asmenų, kai tai yra reikalinga galimo draudžiamą įvykio faktui, pasekmėms ir draudimo išmokos dydžiui nustatyti.

Šiame sutikime trečiaisiais asmenimis laikytini įskaitant, bet neapsiribojant gydytojais, sveikatos priežiūros įstaigoms, valstybinėms, savivaldos, privačios institucijos, įstaigos, organizacijos, įmonės, kitos draudimo bendrovės, taip pat registrai, informacinės sistemos ar kitos duomenų rinkmenos, kuriose tvarkomi duomenys apie apdrausitojo sveikatos būklę, suteiktas sveikatos priežiūros, gydymo, slaugos, sveikatingumo paslaugas, nustatytus susirgimus, patirtas traumas.

Informuojame, kad Jūsų duotas sutikimas galioja sveikatos draudimo apsaugos galiojimo metu ir 1 metus po jos galiojimo pabaigos arba iki sutikimo atšaukimo. Jūs turite teisę bet kuriuo metu atšaukti savo sutikimą el. paštu sd@compensalife.lt.

Nesutikus arba atšaukus sutikimą mes negalėsime tvarkyti Jūsų asmens duomenų, įskaitant sveikatos duomenis, todėl sveikatos draudimo kortelė gali būti neaktyvi, taip pat negalėsime kompensuoti Jūsų patirtų išlaidų. Išsamesnę informaciją, kaip tvarkomi Jūsų asmens duomenys, galite rasti Draudiko interneto svetainėje skelbiamoje [Privatumo politikoje](#).

5. APDRAUSTOJO PAREIŠKIMAI IR PATVIRTINIMAI

Pasirašydamas (-a) patvirtinu, kad:

- visa šiame prašyme ir kartu su juo pridedamuose dokumentuose pateikta informacija yra teisinga ir tiksli;
- visus Draudiko pranešimus ar bet kokią rašytinę informaciją, susijusią su draudimo sutarties vykdymu, tame tarpe draudimo išmokomis ir galimai draudžiamųjų įvykių tyrimu, pageidauju gauti el. pašto adresu, kurį pateiksiu Draudikui;
- man buvo suteikta visa esminė informacija, susijusi su draudimo apsauga pagal sveikatos draudimo sutartį, kuria esu apdrausta(-as), įskaitant, bet neapsiribojant draudimo apsaugos apimtimi 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 informuota(-as), 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.

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