

Apie įvykį praneša

Apdraustasis Apdraustojo įstatyminis atstovas Ryšys su apdraustuoju _____

Vardas ir pavardė (pildyti, jei praneša ne apdraustasis) _____

Asmens kodas

Pranešėjo duomenys

Adresas _____

El. paštas (asmeninis) _____ Telefonas (asmeninis) _____

Sutinku ir prašau, kad informacija apie pranešimo tyrimą būtų teikiama elektroniniu paštu

Svarbu: Norėdami užtikrinti tinkamą asmens duomenų apsaugą, visus draudimo sutarties dokumentus ar su sutartimi susijusius duomenis siųsime koduotu elektroniniu paštu - mums žinomu jūsų elektroninio pašto adresu atsiųsime pakvietimą prisijungti prie šifruoto susirašinėjimo sistemos. Paspaudus pakvietime esančią nuorodą, sistema gali paprašyti patvirtinti jūsų tapatybę įvedant PIN kodą, kuris jums būtų atsiųstas SMS žinute į mums žinomą jūsų telefono numerį. Pakvietimas galios 14 dienų, per kurias rekomenduojame atsispausdinti gautus dokumentus arba išsaugoti juos savo kompiuteryje.

Prašau draudimo išmoką pervesti į naudos gavėjo (apdraustojo) sąskaitą

Išmoka gali būti išmokama tik draudimo išmokos gavėjui į draudimo išmokos gavėjo sąskaitą banke

Sąskaitos Nr. Bankas _____

Draudimo išmokos gavėjo vardas ir pavardė: _____

Asmens kodas

AŠ, APDRAUSTASIS, PAREIŠKIU IR PATVIRTINU, KAD

- Esu informuotas, kad Mandatum Life Insurance Company Lietuvos filialas (filialo kodas 300625720, buveinės adresas Saltoniškių g.2, Vilnius) (toliau – Draudikas) renka, saugo ir kitaip tvarko Apdraustojo asmens duomenis, įskaitant ir specialių kategorijų asmens duomenis (pvz., duomenys apie sveikatą). Daugiau informacijos apie tai, kaip tvarkomi asmens duomenys pateikiama Privatumo politikoje, kuri skelbiama Draudiko internetinėje svetainėje, adresu www.mandatumlife.lt/apie-mandatumlife/privatumo-politika, taip pat su Privatumo politika galima susipažinti atvykus į Draudiko klientų aptarnavimo skyrių.
- Sutinku, kad draudimo sutarties galiojimo metu ir jai pasibaigus, sutarties vykdymo (pavyzdžiui, draudžiamųjų ar nedraudžiamųjų įvykių tyrimas, draudimo išmokos dydžio nustatymas, ir pan.) tikslais Draudikas savarankiškai rinktų duomenis, o visos sveikatos priežiūros įstaigos (gydytojai, ligoninės, Valstybinė ir teritorinės ligonių kasos, slaugos įstaigos ir kitos sveikatos priežiūros įstaigos) bei kitos įvairios institucijos (pavyzdžiui, Valstybinio socialinio draudimo fondas ir jo teritoriniai skyriai) teiktų Draudikui informaciją apie Apdraustojo sveikatos būklę, diagnozes, gydymo prognozes, tyrimų rezultatus ir taikytą gydymą, taip pat visą kitą asmeninio pobūdžio informaciją apie Apdraustąjį;

SUTINKU NESUTINKU

- Sutinku, kad duomenys apie Apdraustojo sveikatos būklę, diagnozes, gydymo prognozes, tyrimo rezultatus ir taikytą gydymą, taip pat visa kita asmeninio pobūdžio informacija būtų teikiama draudėjui, naudos gavėjui, kiek tai reikalinga draudimo išmokos mokėjimui, draudimo išmokos mažinimui, atsisakymui mokėti draudimo išmoką pagrįsti.

SUTINKU NESUTINKU

Apdraustojo arba apdraustojo atstovo vardas ir pavardė, asmens kodas, data

parašas

Patvirtinu, kad pranešime nurodyti duomenys yra išsamūs, tikslūs ir teisingi

Pranešimą pateikuso asmens vardas ir pavardė, data

parašas

Pranešimą priėmė ir pranešimą pateikuso asmens, apdraustojo bei naudos gavėjo ar jų atstovų pagal įstatymą tapatybę nustatė

Vardas ir pavardė, pareigos, data

parašas