

ARTEA bankas kredito kortelės turėtojo  
**Kelionių draudimo žalos pranešimo forma**



ARTEA Bank Credit Cardholder  
**Travel Insurance Claim Reporting Form**

**Apdraustasis/ Insured person**

Vardas/ Name	Pavardė/ Surname
Asmens kodas/ Person ID	
Namų adresas/ Home address	
Telefono numeris/ Phone number	
El. paštas/ E-mail	

**Kartu keliaujantys asmenys** (nurodykite vardus, pavardes ir ryšį su Apdraustuoju)/**Together traveling people** (please indicate names, surnames and relationship to the Insured Person)

1.	3.
2.	4.

**Kredito kortelė** (nurodykite kortelę, pagal kurią Apdraustajam teikiama draudimo apsauga)/**Credit Card information** (please indicate Credit card)

<input type="checkbox"/> Mastercard Gold	Kortelės paskutiniai 4 skaičiai / Last four digits of the Card
<input type="checkbox"/> Mastercard Business	

**Informacija apie kelionę/ Trip information**

Kelionės pradžios data/ Departure date
Kelionės pabaigos data/ Return date
Kelionės maršrutas/ Travel route

**Įvykis/ Accident**

Patirti nuostoliai/ Type of claim

<input type="checkbox"/> Medicininių išlaidų ir repatriacijos draudimas/ Medical Expenses and Repatriation Cover	<input type="checkbox"/> Dokumentų praradimas/Loss of Documents
<input type="checkbox"/> Bagažo draudimas (vėlavimas, praradimas)/ Baggage Cover (delay, loss)	<input type="checkbox"/> Kelionės vėlavimas, atšaukimas, nutūkimas/ Trip Delay, Cancellation, Missed Flight
<input type="checkbox"/> Civilinės atsakomybės draudimas/ Personal Liability insurance	<input type="checkbox"/> Mirtis, neįgalumas/Accidental Death, Disability
	<input type="checkbox"/> Nuomojamos transporto priemonės išskaitos išpirkimas / Rental vehicle deductible buy-back

Įvykio data/ Date of accident

Įvykio laikas/ Time of accident

Įvykio vieta (apibūdinimas ir adresas)/ Place of accident (description and address)

Įvykio aplinkybės/ Circumstances of the accident

Ar nukentėjęs įvykio metu buvo blaivus (neapsvaigęs)?  Taip  Ne  
Was the injured person sober (not alcohol intoxicated) during the accident? Yes No

Ar apie įvykį pranešta policijai ar kitoms vietinėms institucijoms (jei taip, nurodykite kokioms ir kada)?  
Did you notify police or other appropriate local authorities (if yes, please indicate authority and date of notification)?  Taip  Ne  
Yes No

**Prie pranešimo pridedami dokumentai/ Enclosed documents**

<input type="checkbox"/> Kelionės bilieto kopija/ Trip Ticket copy	<input type="checkbox"/> Mirties liudijimo kopija (mirties atveju)/ Death certificate (in case of death)
<input type="checkbox"/> Įlaipinimo kortelė/ Boarding pass	<input type="checkbox"/> Policijos ar kitos institucijos pažyma/ Certificate issued by the police or another competent authority
<input type="checkbox"/> Bagažo kvito-bilieto kopija/ Baggage receipt-ticket copy	<input type="checkbox"/> Kompetentingos institucijos išduotą neįgalumą, darbingumo lygį ar specialiųjų poreikių nustatymą (lygį) patvirtinantį dokumentą/ Evidence of disability, working capacity or special needs (degree thereof) issued by a competent authority
<input type="checkbox"/> Raštiškas vežėjo patvirtinimas/ Written confirmation of carrier	<input type="checkbox"/> Kiti/Other
<input type="checkbox"/> Sąskaitos ar kiti nuostolio dydžiui patvirtinti reikalingi dokumentai/Bills or other documents required for the determination of loss	

**Ar nukentėjęs asmuo yra apsidraudęs Kelionių draudimu kitoje draudimo bendrovėje arba yra draustas pagal kito banko kelionių draudimo programą? / Please state if Insured has Travel insurance policy with other insurance company or is covered under Travel insurance program by other Bank.**

Taip / Yes  Ne/ No

Jeigu TAIP, nurodykite draudimo bendrovės ar banko pavadinimą / If YES, please state name of Insurer or Bank

**Draudimo išmokos gavėjas/ Insurance beneficiary**

Vardas/ Name	Pavardė/ Surname
Banko sąskaitos Nr. (IBAN)/ Beneficiary's bank account (IBAN)	
Banko pavadinimas/ Bank name ARTEA bankas, AB	
Banko adresas/ Bank address Tilžės g.149, 76348 Šiauliai, Lietuva	
Banko SWIFT (BIC) kodas/ Bank SWIFT (BIC) code CBSBLT26	

**Dokumentų pateikimas/ Providing of documents**

Dokumentus galima pateikti vienu iš nurodytų būdų:/ All documentation shall be provided in one of the following ways:

✓ el. paštu/ by e-mail: [claims@ops24.eu](mailto:claims@ops24.eu)

✓ internetu/via web: <https://www.eclaims.lt/>

Sutinku, kad OPS International, UAB, draudikas Lloyd's Insurance Company S.A. veikiantis per Baltic Underwriting Agency, AB (BUNDA) tvarkytų (rinktų, saugotų) nukentėjusiojo (Apdraustojo) asmens duomenis, reikalingus nustatyti įvykio aplinkybes, draudimo išmokos dydį ir/ar pagrįstumą. Man yra žinoma, kad Lietuvos Respublikos Asmens duomenų teisinės apsaugos įstatyme yra numatyta teisė nesutikti, kad būtų tvarkomi nukentėjusiojo (Apdraustojo) asmens duomenys./ I agree that OPS International, UAB, Insurer Lloyd's Insurance Company S.A. acting through Baltic Underwriting Agency, AB are appointed to handle (collect, keep) all necessary personal data in order to investigate the accident. This is to confirm that I am fully aware that there is possibility in Law on Legal Protection of Personal Data law not to agree.

**Pranešimą užpildė/ Form completed by**

<input type="checkbox"/> Pats Apdraustasis/ Injured person	<input type="checkbox"/> Kitas asmuo/ Other person
Vardas/ Name	Pavardė/ Surname
Telefono numeris/ Phone number	
El. paštas/ E-mail	

Parašas / Signature \_\_\_\_\_ Data / Date \_

Apie bylos registracijos numerį ir atsakingą ekspertą informuosime Jūsų nurodytu el. paštu.

We will dedicate an expert for your claim and inform you by your specified email.