

|                                  |  |                        |  |
|----------------------------------|--|------------------------|--|
| Draudimo liudijimo serija ir Nr. |  | Pranešimo pildymo data |  |
|----------------------------------|--|------------------------|--|

**Apdraustasis (nukentėjusysis)**

|                                 |  |              |  |
|---------------------------------|--|--------------|--|
| Vardas                          |  | Asmens kodas |  |
| Pavardė                         |  |              |  |
| Darbovietė / ugdymo institucija |  |              |  |
| Pareigos                        |  |              |  |

**Įvykio aprašymas**

Įvykio data, laikas, vieta / kritinės ligos diagnozavimo data

Patirti sužalojimai / nustatyta diagnozė

Įvykis įvyko  
darbe / mokykloje      buityje      sportuojant      eismo įvykio metu      diagnozuota liga      kita:

Kada ir kokiose gydymo įstaigose buvo suteikta pirmoji pagalba ir tęstas gydymas?

Apdraustojo šeimos gydytojo vardas, pavardė, gydymo įstaigos pavadinimas

Ar pranešta teisėsaugos institucijai? (Jei taip, nurodykite datą ir institucijos pavadinimą) Taip      Ne

**Pridedami dokumentai**

Medicininį dokumentų išrašų originalai / kopijos (nurodykite pridėtų dokumentų kiekį)

Gimimo liudijimo arba gimimo įrašą liudijančio išrašo kopija

Draudimo išmokos gavėjo ir apie įvykį pranešančio asmens (jei nesutampa su apdraustuoju) asmens dokumento kopija

Kiti dokumentai

**Apie įvykį praneša**

Apdraustasis      Apdraustojo įstatyminis atstovas      Ryšys su apdraustuoju

Pildyti, jei praneša ne apdraustasis

|         |  |              |  |
|---------|--|--------------|--|
| Vardas  |  | Asmens kodas |  |
| Pavardė |  |              |  |

**Pranešėjo duomenys**

|              |  |
|--------------|--|
| Adresas      |  |
| El. paštas   |  |
| Telefono nr. |  |

Informaciją apie pranešimo apie įvykį tyrimą prašau teikti:      elektroniniu paštu      paštu

**Naudos gavėjo (apdraustojo) sąskaita**

**Prašau draudimo išmoką pervesti į naudos gavėjo (apdraustojo) sąskaitą**  
Išmoka gali būti išmokama tik draudimo išmokos gavėjui į draudimo išmokos gavėjo sąskaitą banke

esančią banke

Pranešimą pateikusio asmens parašas

|                                 |  |              |  |
|---------------------------------|--|--------------|--|
| Draudimo išmokos gavėjas        |  |              |  |
| Vardas                          |  | Asmens kodas |  |
| Pavardė                         |  |              |  |
| Darbovietė / ugdymo institucija |  |              |  |

**Patvirtinimas**
**PASIRAŠYDAMAS PATVIRTINU, KAD:**

- Šiame pranešime pateikta informacija yra tiksli, teisinga, išsami ir aktuali.
- Esu informuotas (-a), jog išsami informacija apie asmens duomenų tvarkymą yra pateikiama *Artea* banko grupės įmonių Lietuvoje privatumo politikoje (toliau – Privatumo politika), kuri skelbiama interneto svetainėje adresu <https://www.artea.lt/lt/apie/svarbus-dokumentai/privatumo-politika> ir su ja susipažinau. Taip pat esu informuotas (-a), kad su Privatumo politika galiu susipažinti ir atvykęs (-usi) į draudiko klientų aptarnavimo skyrių.

\_\_\_\_\_  
Pranešimą pateikusio asmens vardas ir pavardė

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Parašas

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

\_\_\_\_\_  
Draudiko atstovo vardas ir pavardė

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Parašas