

Pranešimas apie draudžiamąjį įvykį pagal programą „Saugus kreditas“ (Gyvybės draudimas ir draudimas nuo neįgalumo pagal UAB „SEB gyvybės draudimas“ Gyvybės draudimo ir draudimo nuo neįgalumo taisyklės Nr. 20)

Draudimo liudijimo numeris		Kredito sutarties numeris	
AKTUALI INFORMACIJA			
<p>Prašom užpildyti pranešimo apie draudžiamąjį įvykį formą ir įsitikinti, ar į visus klausimus atsakėte išsamiai, kad draudikui užtektų informacijos norint išnagrinėti pranešimą. Draudikas išnagrinės pranešimą apie įvykį tik turėdamas visus lietuvių arba anglų kalba pateiktus dokumentus. Jei neturite dokumento originalo, prašom pateikti notaro arba dokumentą išdavusios institucijos patvirtintą dokumento kopiją.</p> <p>Atkreipiame dėmesį, kad, nepaisant to, kad vyksta draudžiamojo įvykio dėl visiško ir nuolatinio neįgalumo bei laikino neįgalumo paraiškos nagrinėjimo procesas, išlieka pareiga mokėti kredito įmokas kredito sutartyje nustatyta tvarka.</p>			
INFORMACIJA APIE DRAUDŽIAMĄJĮ ASMENĮ			
Vardas ir pavardė		Asmens kodas	
Gyvenamosios vietos adresas			
Miestas		Gatvė, namo ir buto numeris	
El. paštas		Pašto kodas	
Dabartinė arba paskutinė darbovietė		Telefonas	
Darbo pobūdis		Pareigos	
Iš kokio šaltinio draudžiamasis gautų ligos, motinystės (ar tėvystės) pašalpą:		Darbo krūvis	
<input type="checkbox"/> Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybos (VSDFFV) teritoriniai skyriai		<input type="checkbox"/> visa darbo diena <input type="checkbox"/> ne visa darbo diena	
<input type="checkbox"/> kita įstaiga nei VSDFFV teritoriniai skyriai, nurodykite:		<input type="checkbox"/> draudžiamasis yra savarankiškai dirbantis <input type="checkbox"/> draudžiamasis yra bedarbis	
INFORMACIJA APIE DRAUDŽIAMĄJĮ ĮVYKĮ			
Pažymėkite draudžiamojo įvykio pobūdį (atkreipiame dėmesį, kad laikino neįgalumo atveju taikomas trisdešimties (30) dienų laukimo laikotarpis po draudžiamojo įvykio dienos)		<input type="checkbox"/> Mirtis <input type="checkbox"/> Visiškas ir nuolatinis neįgalumas <input type="checkbox"/> Laikinas neįgalumas	
Draudžiamojo įvykio priežastis		<input type="checkbox"/> liga <input type="checkbox"/> nelaimingas atsitikimas <input type="checkbox"/> kita (įrašykite):	
Papasakokite apie įvykio aplinkybes			
Diagnozė			
Gydančio ar gydžiusio gydytojo vardas ir pavardė			
Gydymo įstaigos pavadinimas ir adresas			
Ar draudžiamasis buvo gydomas stacionarioje gydymo įstaigoje?		<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne Stacionarios gydymo įstaigos pavadinimas ir adresas:	
Nurodyti, kur laikoma draudžiamojo asmens sveikatos istorija			
Ar tyrimą dėl įvykio atlieka teisės saugos institucijos, darbo inspekcija ar kitos institucijos?		<input type="checkbox"/> Taip (nurodykite kokios): <input type="checkbox"/> Ne	
Mirties atveju		Mirties data	
Visiško ir nuolatinio neįgalumo atveju		Data, nuo kurios draudžiamasis tapo (buvo pripažintas) visiškai neįgaliu	
Laikino neįgalumo atveju		Pirmo kreipimosi į gydymo įstaigą dėl priežasties, sukėlusios visišką neįgalumą, data	
Nedarbingumo pažymėjimo (ar kito laikiną neįgalumą liudijančio dokumento) galiojimo pradžios ir pabaigos data, savarankiškai dirbantiems ir bedarbiams asmenims – gydymosi stacionare pradžios ir pabaigos data		Pradžios data	
Pirmo kreipimosi į gydymo įstaigą dėl priežasties, sukėlusios laikiną neįgalumą, data		Pabaigos data	
PATEIKIAMAI DOKUMENTAI (prašome sužymėti ranka)			
SVARBU. Įvykis bus ištirtas ir išmoka išmokėta greičiau, jeigu pateiksite toliau nurodytus dokumentus ir tyrimo išvadas.			
<input type="checkbox"/> Mirties liudijimas	<input type="checkbox"/> Mirties priežastį liudijantys dokumentai (medicininiai įrašai, teismo medicinos ekspertizės tyrimo duomenys, teisės saugos institucijų tyrimo išvados ar pan.) tinkamą pabraukite arba įrašykite:	<input type="checkbox"/> Asmens sveikatos istorija	
<input type="checkbox"/> Gydančio gydytojo / gydytojų komisijos pažyma, liudijanti visišką neįgalumą	<input type="checkbox"/> Gydančio gydytojo pažyma, liudijanti laikiną nedarbingumą	<input type="checkbox"/> SoDra pažyma apie išduotus nedarbingumo pažymėjimus ar kt. laikiną neįgalumą patvirtinantys dokumentai	
<input type="checkbox"/> Kiti su draudžiamuoju įvykių susiję dokumentai, kuriais remiantis nagrinėjamas šis pranešimas dėl draudžiamojo įvykio:		<input type="checkbox"/> Išrašas iš stacionarios gydymo įstaigos	
		<input type="checkbox"/> Tyrimų, kurie buvo atlikti nuo įvykio pradžios datos, rezultatai	
PRANEŠIMĄ TEIKIANČIO ASMENS DUOMENYS (jei pildo ne draudžiamasis, kuriam įvyko įvykis)			
Vardas ir pavardė		Asmens kodas	
El. paštas		Telefonas	
Pasirašydamas šį dokumentą patvirtinu, kad visa pateikta informacija yra teisinga, tikslė ir išsami. Suprantu, kad, nutylėjus bet kurią dokumente prašomą pateikti informaciją ir neteisingai atsakius į pateiktus klausimus, įvykis gali būti pripažintas nedraudžiamuoju, o draudimo išmoka nemokama.			

Parašas

Pranešimą teikiančio asmens vardas ir pavardė

Pateikimo data

AB SEB banko darbuotojas