

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

☐ Medicininių 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

Pranešimą pateikusio asmens parašas _____

