(Apdraustojo vardas ir pavardė)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(Asmens kodas)

Adresas, telefono numeris

El. pašto adresas

**PRAŠYMAS IŠMOKĖTI DRAUDIMO IŠMOKĄ**

Prašau išmokėti draudimo išmoką už sveikatos draudimo išlaidas, skirtas (prašome pažymėti):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ambulatorinis gydymas |  | Eur |
| (pateikite 1-3 punktuose nurodytus dokumentus) |  |  |
| Stacionarinis gydymas |  | Eur |
| (pateikite 1-3 punktuose nurodytus dokumentus) |  |  |
| Medicininė reabilitacija |  | Eur |
| (pateikite 1,2,3,5 punktuose nurodytus dokumentus) |  |  |
| Nėščiųjų priežiūra ir gimdymas |  | Eur |
| (ambulatorinei nėščiųjų priežiūrai) |  |  |
| (pateikite 1,2,3,5 punktuose nurodytus dokumentus) |  |  |
| Odontologija |  | Eur |
| (pateikite 1-3 punktuose nurodytus dokumentus) |  |  |
| Vaistai ir med. pagalbos priemonės |  | Eur |
| (pateikite 1,2,6 punktuose nurodytus dokumentus) |  |  |
| Vitaminai ir maisto papildai |  | Eur |
| (pateikite 1,2 punktuose nurodytus dokumentus) |  |  |
| Optika (optikos priemonės) |  | Eur |
| (pateikite 1,2,4 punktuose nurodytus dokumentus) |  |  |
| Profilaktiniai sveikatos patikrinimai |  | Eur |
| (pateikite 1,2 punktuose nurodytus dokumentus) |  |  |
| Skiepai |  | Eur |
| (pateikite 1,2 punktuose nurodytus dokumentus) |  |  |
| Ūmių ligų ir traumų draudimas |  | Eur |
| (pateikite 1-3 punktuose nurodytus dokumentus) |  |  |
| Kritinių ligų draudimas |  | Eur |
| (pateikite 1-3 punktuose nurodytus dokumentus) |  |  |
| Sveikatinimo paslaugos |  | Eur |
| (pateikite 1,2,5 punktuose nurodytus dokumentus) |  |  |
| Visų rizikų draudimas ,,Alfa” arba “Beta” |  | Eur |
| (pateikite 1,2,5 punktuose nurodytus dokumentus) |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Iš viso prašau išmokėti: |  | Eur\* |
| \*draudimo išmokos dydis apskaičiuojamas pagal draudimo sutartyje numatytas sąlygas. | | |

Reikiamų pateikti dokumentų sąrašas:

**1.** Sąskaita faktūra (išrašyta apdraustajam), kurioje turi būti išsamiai nurodytos įsigytos prekės ar suteiktos paslaugos. **2.** Apmokėjimo dokumentas: kasos pajamų orderis, kvitas ar kitas mokėjimą liudijantis dokumentas, jei mokėta pavedimu. **3.** Išrašas iš medicininių dokumentų apie nustatytą sveikatos sutrikimą, skirtus tyrimus ir išvadas. **4.** Akių gydytojo ar optometrininko receptas akinių lęšiams ar kontaktiniams lęšiams įsigyti. **5.** Verslo liudijimo kopija (jei paslaugas suteikė asmuo, dirbantis pagal verslo liudijimą).**6.** Gydytojo išrašytus vaistinių preparatų, medicinos pagalbos priemonių įsigijimo receptus (elektroninius receptus).

**Draudimo išmoką prašau pervesti:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L | T |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Banko pavadinimas

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Sąskaitos savininko asmens kodas

(Sąskaitos savininko vardas, pavardė)

Sutinku, kad ADB „Gjensidige“ ar jos įgalioti tretieji asmenys naudotų pateiktus mano duomenis ar/ir kreiptųsi į sveikatos priežiūros įstaigas, ligonių kasas, teisėsaugos institucijas ir kitus trečiuosius asmenis, kurie turi reikiamos informacijos (taip pat apie mano sveikatos būklę) ir jie suteiktų informaciją, būtiną vertinant per sutarties galiojimo laikotarpį atsitikusius įvykius bei nustatant išmokėjimu dydžius.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (Apdraustojo vardas ir pavardė, parašas) |  | (Data) |
|  |  |  |
| **ADB „Gjensidige“ atstovas** |  | (Data) |