

## SUTIKIMAS DĖL SVEIKATOS DUOMENŲ TVARKYMO

### Įstatyminis atstovas

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vardas, pavardė						Asmens kodas					

### Nukentėjusio apdraustojo duomenys

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vardas, pavardė						Asmens kodas						Draudimo sutarties numeris

**Sutinku**, kad Draudikas ir/ar jo įgalioti tretieji asmenys tvarkytų su sveikata susijusius mano/mano atstovaujamo asmens sveikatos duomenis (asmens sveikatos istoriją, medicininius išrašus, atliktų tyrimų vaizdus ir kt.), kurie būtini žalos dydžiui tinkamai nustatyti ir išmokai apskaičiuoti.

**Esu informuotas (-a)**, kad Draudikas ir/ar jo įgalioti tretieji asmenys, be pirmiau nurodytų sveikatos duomenų, teisės aktų nustatyta tvarka turi teisę naudoti pateiktus mano/mano atstovaujamo asmens duomenis (vardą, pavardę, pilietybę, lytį, asmens kodą, gimimo datą, naudojamo dokumento numerį, išdavimo ir galiojimo datą, mano parašą, darbovietę, pareigas, sportinę ir/ar laisvalaikio veiklą, atsiskaitomosios sąskaitos rekvizitus, finansinius įsipareigojimus, telefoną, gyvenamąją vietą (adresą), elektroninio pašto adresą ir kt.) ir/ar kreiptis į sveikatos priežiūros, gydymo įstaigas ir institucijas, Valstybinės ligonių kasas, Valstybinio socialinio draudimo fondo valdybą (Sodros), teritorines ligoninių kasas, neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybą, perdraudikus, teisėsaugos institucijas, bankus, valstybės registrus, kitas draudimo bendroves ir kitus trečiuosius asmenis pagal poreikį. Draudikui ar Draudiko įgaliotiems tretiesiems asmenims siekiant iširti įvykio priežastis/nustatyti teisingą draudimo išmokos dydį, gydymosi perspektyvą/rekomendacijas ar turinčių su įvykiu susijusios informacijos.

**Aš patikiu visiems gydytojams, sveikatos priežiūros įstaigoms ir institucijoms, Valstybinei ligonių kasai, medicinos ir kitoms įstaigoms bei draudimo įmonėms, į kurias kreipsis Draudikas ir/ar jo įgaliotas Atstovas įvykiams pagal draudimo sutartį administruoti, suteikti informaciją, leisti susipažinti bei pasidaryti kopijas visų dokumentų, reikalingų įvykių vertinimui ir jų pripažinimui/nepripažinimui draudžiamaisiais bei teisingam išmokų dydžio nustatymui.**

**Man yra žinoma, kad įvykį pagal aukščiau nurodytą draudimo sutartį administruos draudimo bendrovė AB "Lietuvos draudimas" (į.k. 110051834, buveinės adresas J.Basanavičiaus g. 10, LT-01118 Vilnius) (toliau – duomenų tvarkytojas), kuri yra įgaliota UAB „PZU Lietuva gyvybės draudimas“ (į.k. 110082737, buveinės adresas J.Basanavičiaus g. 10B, LT-01118, Vilnius) (toliau – duomenų valdytojas) atstovė įvykiams pagal draudimo sutartį administruoti bei teisingam draudimo išmokos dydžiui nustatyti.** Duomenų tvarkytojas, baigęs administruoti įvykį pagal aukščiau nurodytą draudimo sutartį, perduos visus dokumentus ir duomenis, susijusius su įvykusio įvykio administravimu ir teisingu draudimo išmokos dydžio nustatymu duomenų valdytojui, ir jų nesaugos ilgiau nei 1 metus.

**Patvirtinu, kad esu informuotas ir suprantu, kad:**

- 1) pirmiau nurodytų duomenų ir dokumentų, įskaitant sveikatos duomenis, kuriuos gali rinkti Draudikas ir/ar jo įgalioti tretieji asmenys šiuo tikslu, sąrašas nėra galutinis ir priklauso nuo patirtos žalos pobūdžio;
- 2) šis sutikimas galioja visą draudimo sutarties galiojimo laikotarpį arba iki jo atšaukimo, o draudimo sutarčiai pasibaigus – kol bus įvykdyti visi draudimo sutarties įsipareigojimai;

3) **jeigu neduosiu sutikimo dėl sveikatos duomenų tvarkymo arba jį atšauksiu, Draudikas negalės vykdyti su manimi sudarytos draudimo sutarties, t. y. išmokėti draudimo išmokos, nes sveikatos duomenų tvarkymas yra būtinas, kad būtų galima įsitikinti draudžiamojo įvykio buvimu bei teisingam draudimo išmokos apskaičiavimui, kaip tai numato LR Draudimo įstatymas;**

4) **duotą sutikimą turiu teisę bet kada atšaukti, pateikęs (-usi) apie tai pranešimą raštu asmeniškai, paštu, elektroniniu paštu [info@pzugd.lt](mailto:info@pzugd.lt) arba paskambinęs (-usi) telefonu 19191;**

5) turiu teisę nesutikti su savo asmens duomenų tvarkymu, susipažinti su savo asmens duomenimis, gauti informaciją apie tvarkomus asmens duomenis, prašyti, kad juos ištaisytų, ištrintų arba apribotų asmens duomenų tvarkymą, turiu teisę į asmens duomenų perkeliamumą, pateikti skundą Valstybinei duomenų apsaugos inspekcijai.

Daugiau apie asmens duomenų tvarkymą ir apsaugą galiu sužinoti <https://pzu.lt/apie-mus/duomenu-apsauga>.

### Nukentėjusio apdraustojo arba įstatyminio

(vardas, pavardė, parašas, data)

## ĮGALIOJIMAS<sup>1</sup>

- Dėl sveikatos būklės (amžiaus) negaliu įgyvendinti savo teisių ir vykdyti pareigų.
- Įgalioju kitą asmenį gauti ir teikti informaciją, būtiną įvykusiam įvykiui administruoti, veikti mano vardu vykdant Bendrovės prievoles ir reikalauti jas įvykdyti, derinti draudimo išmokos dydį ir atlikti
- Kitus veiksmus, būtinus mano įvykusiam įvykiui administruoti bei draudimo išmokai apskaičiuoti.

Įgalioju kitą asmenį gauti išsamų sprendimo dėl išmokos, įskaitant išmokos dydį, dokumentą.

### Įgaliotas asmuo:

(vardas, pavardė, asmens kodas, telefono numeris, el. pašto adresas, adresas)

<sup>1</sup> Pildykite tik tuo atveju, jei pageidaujate tokį asmenį paskirti arba jis jau yra paskirtas (pvz., teismo sprendimu) ir turi teisę perimti pirmiau nurodytas apdraustojo teises ir pareigas įvykusio įvykio administravimo metu.