

Data _____

Vieta _____

SUTIKIMAS DĖL INFORMACIJOS TEIKIMO

Sutinku, kad įvairios valstybinės ir/ar privačios įstaigos, institucijos, organizacijos (gydymo ir sveikatos priežiūros įstaigos, teisėsaugos institucijos, Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos ir jos teritoriniai skyriai, Lietuvos darbo birža prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos ir/ar kt.) suteiktų Baltic Underwriting Agency, AB (įmonės kodas 303489019, adresas Kęstučio g. 59, Vilnius 08124) visą turimą informaciją, taip pat pateiktų turimus dokumentus apie

(vardas, pavardė, asmens kodas)

jeigu prašoma pateikti informaciją ir/ar dokumentus, reikalingus įvykio, kuris gali būti pripažintas draudžiamuoju, aplinkybių, draudimo išmokos dydžio ir/ar pagrįstumo nustatymui.

Šis sutikimas galioja iki visiško išsipareigojimų pagal draudimo sutartį įvykdymo.

Sutikimą pasirašo nukentėjęs asmuo arba jo teisėtas atstovas.

Jei nukentėjęs asmuo yra jaunesnis, nei 18 metų, sutikimą pasirašo jo tėvai ar globėjai.

(vardas, pavardė) (parašas)

Jei sutikimą pasirašo ne nukentėjęs asmuo, prašome nurodyti pasirašančio asmens duomenis:

(adresas) (telefono Nr.)