**SUTIKIMAS DĖL SVEIKATOS DUOMENŲ TVARKYMO**

|  |
| --- |
|  |
| (Data) |

|  |  |
| --- | --- |
| Aš (toliau – Apdraustasis) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (Vardas, pavardė, asmens kodas)  pagal sveikatos draudimo sutartį TIA Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ savo parašu patvirtinu, kad:  **SUTINKU / NESUTINKU *(tinkamą pabraukti****)*, kad sveikatos priežiūros ir kitos įstaigos, kuriose buvau gydomas (-a) arba buvo suteiktos paslaugos pagal sveikatos draudimo sąlygas, suteiktų visą sveikatos informaciją, susijusią su man suteiktomis paslaugomis bei parduotomis prekėmis, kad AB ,,Lietuvos draudimas” (toliau – Draudikas) patikrintų duomenis, reikalingus įsitikinti draudžiamojo įvykio buvimu.  **SUTINKU / NESUTINKU *(tinkamą pabraukti***), kad Draudikas visą informaciją, įskaitant sveikatos informaciją, susijusią su pagal sveikatos draudimo sutartį suteiktomis paslaugomis, įsigytomis prekėmis, atskleistų kitiems draudimo poliso (į šį polisą įtrauktiems) apdraustiesiems.  Buvau Draudiko informuotas (-a) apie teisę:   1. susipažinti su savo tvarkomais asmens duomenimis, reikalauti ištaisyti, sunaikinti savo asmens duomenis arba sustabdyti savo asmens duomenų tvarkymo veiksmus, kai duomenys tvarkomi nesilaikant įstatymų nuostatų ir kt.; 2. žinau, kad duotas sutikimas galioja tol, kol galioja sudaryta sveikatos draudimo sutartis (kuriai duotas šis sutikimas) arba iki duoto sutikimo atšaukimo. 3. plačiau apie savo teises asmens duomenų apsaugos srityje galiu pasiskaityti [https://www.ld.lt/duomenu-apsauga](https://www.ld.lt/privatumo-politika-LD). | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Parašas) |
| Aš (toliau – Apdraustasis) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (Vardas, pavardė, asmens kodas)  pagal sveikatos draudimo sutartį TIA Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ savo parašu patvirtinu, kad:  **SUTINKU / NESUTINKU *(tinkamą pabraukti****)*, kad sveikatos priežiūros ir kitos įstaigos, kuriose buvau gydomas (-a) arba buvo suteiktos paslaugos pagal sveikatos draudimo sąlygas, suteiktų visą sveikatos informaciją, susijusią su man suteiktomis paslaugomis bei parduotomis prekėmis, kad AB ,,Lietuvos draudimas” (toliau – Draudikas) patikrintų duomenis, reikalingus įsitikinti draudžiamojo įvykio buvimu.  **SUTINKU / NESUTINKU *(tinkamą pabraukti***), kad Draudikas visą informaciją, įskaitant sveikatos informaciją, susijusią su pagal sveikatos draudimo sutartį suteiktomis paslaugomis, įsigytomis prekėmis, atskleistų kitiems draudimo poliso (į šį polisą įtrauktiems) apdraustiesiems.  Buvau Draudiko informuotas (-a) apie teisę:   1. susipažinti su savo tvarkomais asmens duomenimis, reikalauti ištaisyti, sunaikinti savo asmens duomenis arba sustabdyti savo asmens duomenų tvarkymo veiksmus, kai duomenys tvarkomi nesilaikant įstatymų nuostatų ir kt.; 2. žinau, kad duotas sutikimas galioja tol, kol galioja sudaryta sveikatos draudimo sutartis (kuriai duotas šis sutikimas) arba iki duoto sutikimo atšaukimo. 3. plačiau apie savo teises asmens duomenų apsaugos srityje galiu pasiskaityti [https://www.ld.lt/duomenu-apsauga](https://www.ld.lt/privatumo-politika-LD). | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Parašas) |
| Aš (toliau – Apdraustasis) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (Vardas, pavardė, asmens kodas)  pagal sveikatos draudimo sutartį TIA Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ savo parašu patvirtinu, kad:  **SUTINKU / NESUTINKU *(tinkamą pabraukti****)*, kad sveikatos priežiūros ir kitos įstaigos, kuriose buvau gydomas (-a) arba buvo suteiktos paslaugos pagal sveikatos draudimo sąlygas, suteiktų visą sveikatos informaciją, susijusią su man suteiktomis paslaugomis bei parduotomis prekėmis, kad AB ,,Lietuvos draudimas” (toliau – Draudikas) patikrintų duomenis, reikalingus įsitikinti draudžiamojo įvykio buvimu.  **SUTINKU / NESUTINKU *(tinkamą pabraukti***), kad Draudikas visą informaciją, įskaitant sveikatos informaciją, susijusią su pagal sveikatos draudimo sutartį suteiktomis paslaugomis, įsigytomis prekėmis, atskleistų kitiems draudimo poliso (į šį polisą įtrauktiems) apdraustiesiems.  Buvau Draudiko informuotas (-a) apie teisę:   1. susipažinti su savo tvarkomais asmens duomenimis, reikalauti ištaisyti, sunaikinti savo asmens duomenis arba sustabdyti savo asmens duomenų tvarkymo veiksmus, kai duomenys tvarkomi nesilaikant įstatymų nuostatų ir kt.; 2. žinau, kad duotas sutikimas galioja tol, kol galioja sudaryta sveikatos draudimo sutartis (kuriai duotas šis sutikimas) arba iki duoto sutikimo atšaukimo. 3. plačiau apie savo teises asmens duomenų apsaugos srityje galiu pasiskaityti [https://www.ld.lt/duomenu-apsauga](https://www.ld.lt/privatumo-politika-LD). | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Parašas) |