

**Valstybinei ligonių kasai
prie Sveikatos apsaugos ministerijos**

Vardas (-ai)	
Pavardė (-ės)	
Asmens kodas	
Draudžiamąjo identifikacinis kodas	
Adresas (pildoma, jei atsakymą pageidaujama gauti paštu)	
Elektroninio pašto adresas (pildoma, jei atsakymą pageidaujama gauti elektroniniu paštu)	
Telefono numeris ar kita kontaktinė informacija	

**PRAŠYMAS
PATVIRTINTI PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO VALSTYBĖS LĖŠOMIS
GALIOJIMO LAIKOTARPĮ**

2 0 - - -

1. Vadovaudamasis Draudžiamųjų privalomuoju sveikatos draudimu registro duomenų tvarkymo tvarkos aprašu, pateikiu asmens duomenis ir prašau patvirtinti privalomojo sveikatos draudimo valstybės lėšomis galiojimo laikotarpį, kadangi (*pažymėti atitinkamą langelį*):

1.1. esu **nėščia moteris** ir pateikiu dokumentą su duomenimis apie nėštumo laikotarpį (nėštumo savaičių skaičių arba numatomą gimdymo datą) draudimo laikotarpiui apskaičiuoti;

1.2. esu **vienas iš globėjų (rūpintojų)** ir šeimoje globoju vaiką iki 8 metų arba rūpinuosi dviem ir daugiau nepilnamečių vaikų ir pateikiu dokumentą su duomenimis apie pripažinimą globėju (rūpintoju) ir globos (rūpybos) laikotarpius bei vaiko (-ų) duomenis:

Asmens kodas	
Asmens kodas	
Asmens kodas	
Asmens kodas	

1.3. esu **nukentėjęs per 1991 m. sausio 13-osios ar kitus įvykius** gindamas Lietuvos nepriklausomybę bei valstybingumą ir pateikiu dokumentą su duomenimis apie atitinkamo teisinio statuso suteikimą ir jo galiojimo laikotarpius.

2. Patvirtinu, kad nedirbu ir (arba) nesu apdraustas privalomuoju sveikatos draudimu kitoje Europos Sąjungos, Europos ekonominės erdvės šalyje ir Šveicarijos Konfederacijoje.

3. Pareiškiu, kad visi mano pateikti duomenys yra teisingi. Žinau, kad dėl melagingų duomenų mano prašymas būtų atmestas arba **mano privalomojo sveikatos draudimo galiojimas būtų panaikintas, išieškant žalą Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui.**

4. Esu informuotas, kad mano asmens duomenys bus tvarkomi vadovaujantis Reglamento [\(ES\) 2016/679](#) 6 straipsnio 1 dalies c punktu ir tik privalomojo sveikatos draudimo vykdymo tikslais.

5. Pasižadu, kad dėl pasikeitusių šiame prašyme nurodytų duomenų **nedelsiant informuosiu Valstybinę ligonių kasą prie Sveikatos apsaugos ministerijos.**

6. Atsakymą į prašymą prašau pateikti (*pažymėti atitinkamą langelį*):

6.1. oficialiu raštu nurodytu pašto ar elektroninio pašto adresu;

6.2. nurodytu elektroninio pašto adresu;

6.3. kitu būdu (*nurodykite, kaip atsiimsite atsakymą*) _____;

6.4. rašytinio atsakymo nepageidauju.

7. PRIDEDAMA (*nurodykite pridedamo dokumento lapų skaičių*): _____.

Vardas ir pavardė, parašas