

**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
DĖL PRIVALOMOJO SVEIKATOS DRAUDIMO VALSTYBĖS LĖŠOMIS**

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. pateikiu dokumentą su duomenimis apie **nėštumo** laikotarpį (nėštumo savaitių 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 apie pasikeitusius duomenis, nurodytus šiame prašyme, **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
