

Vardas (-ai)											
Pavardė (-ės)											
Asmens kodas											
Draudžiamąjį identifikacinis kodas											
Adresas (pildomas, jei atsakymą pageidaujama gauti paštu)											
El. pašto adresas (pildomas, jei atsakymą pageidaujama gauti el. paštu)											
Kita kontaktinė informacija (telefono numeris arba prireikus kitų elektroninių ryšių priemonių nuorodos ir (ar) numeriai)											

**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 nedirbanti 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											

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 **jau nustatytas mano privalomojo sveikatos draudimo galiojimo laikotarpis 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 tikslais¹.

5. Pasižadu, kad dėl pasikeitusių šiame prašyme nurodytų duomenų **nedelsiant informuosiu ligonių kasą.**

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

6.1. oficialiu raštu nurodytu pašto adresu;

6.2. nurodytu el. pašto adresu;

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

6.4. rašytinio atsakymo nepageidauju.

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

Vardas, pavardė, parašas

¹ Informacija apie duomenų subjekto teisių įgyvendinimą: <https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/asmens-duomenu-apsauga>