PILDYTI DIDŽIOSIOMIS RAIDĖMIS

(indėlininko vardas ir pavardė / pavadinimas)

(fizinio / juridinio asmens kodas)

(fiksuotojo ryšio telefonas / mobilusis telefonas)

(elektroninis paštas)

AB SEB bankui

PRAŠYMAS

2 0 1 _ - _ _ - _ _

(miestas)

Atsižvelgdamas (-a) į tai, kad:

- AB banko SNORAS atžvilgiu įvyko draudžiamasis įvykis, dėl ko šio banko indėlininkai įgijo teisę į draudimo išmoką (kaip tai nustatyta Lietuvos Respublikos indėlių ir įsipareigojimų investuotojams draudimo įstatyme), ir
- VĮ „Indėlių ir investicijų draudimas“ AB SEB banką paskyrė išmokėti draudimo išmokas,

p r a š a u VĮ „Indėlių ir investicijų draudimas“ apskaičiuotą draudimo išmoką pervesti į man/ mano atstovaujamam asmeniui priklausančią banko sąskaitą:

☐ **AB SEB banke**

L T _ _ 7 0 4 4 0 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

☑ kitame Lietuvoje veikiančiame banke - SWEDBANK AB

(nurodyti banką / kredito įstaigą)

L T _ _ 7 3 0 0 0 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

- Esu informuotas (-a), kad draudimo išmoką AB SEB bankas įskaitys į nurodytą sąskaitą ne anksčiau, negu VĮ „Indėlių ir investicijų draudimas“ perves draudimo išmokos lėšas AB SEB bankui.
- Esu informuotas (-a), kad, kilus neaiškumams dėl draudimo išmokos, turiu kreiptis į VĮ „Indėlių ir investicijų draudimas“ tel. (8 5) 2135657 darbo dienomis 8.00–12.00 val. ir 12.45–17.00 val., penktadieniais – 8.00 – 12.00 val. ir 12.45–15.45 val. arba siųsti paklausimą el. paštu idf@idf.lt arba paštu: Algirdo g. 31, 03219 Vilnius.
- Patvirtinu, kad visi prašyme pateikti duomenys yra tikslūs ir teisingi.

_____ _____ ,

(parašas) (indėlininko / indėlininko atstovo vardas ir pavardė)

veikiantis (-i) pagal

_____

A.V. (indėlininko atstovo atstovavimo pagrindas)

GAUTA_____

(banko darbuotojo parašas, vardas ir pavardė, data)