**KËRKESË PËR RIMBURSIM**

**TË DHËNAT E TË SIGURUARIT**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Emri, Atësia, Mbiemri Nr.Polices së Sigurimit

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Periudha e Sigurimit Adresa e plotë e të siguruarit

Para lëshimit të polices, jeni trajtuar për ndonjë sëmundje apo jeni shtruar, mjekuar, operuar në spital ose në ndonjë qendër tjetër mjekësore. **□ po** **□ jo**

Nese “Po” jepni diagnoza, përshkrimin e sëmundjes apo ndërhyrjen

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Emri dhe mbiemri I mjekut kurues ose mjekut të familjes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Shpenzimi për të cilin kërkoni rimbursim:**

□ Emergjencë mjekësore □ Shpenzime Riatdhesimi □ Dëmshpërblim për humbje jete

Diagnoza, përshkrimi i sëmundjes ose aksidentit:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ju lutem shënoni më poshtë faturat që kërkoni të rimbursohen

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr | Fatura nr serie | Vlera/Monedha | Data lëshimit | Institucioni që ka lëshuar faturën | Qëllimi i shpenzimit |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |

Të dhëna për transfertë bankare:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Emri i Bankës, kodi Swift Nr. i Llogarisë Bankare*

Deklaroj se të dhënat e paraqitur më sipër janë të plota e te vërteta. Autorizoj çdo mjek, qendër mjekësore, farmaci, sigurues, punëdhënës që t’i dorëzojë INSIG JETE sh.a. çdo të dhënë që do t’i nevojitet për të vlerësuar këtë kërkesë, me kusht që çdo deklarim dhe informacion në lidhje me deklaruesin, do të përdoret nga INSIG JETE sh.a. në perputhje me legjislacionin për mbrojtjen e të dhënave personale. Fotokopja e këtij autorizimi do të pranohet si e vlefshme po aq sa edhe dokumenti origjinal.

Ju lutemi, bashkëngjitini kësaj kërkese : 1) policen e sigurimit 2) një kopje të pasaportës 3) faturat origjinale të leshuara nga institucioni dhe vërtetimin e pagesës 4) një fotokopje të dokumenteve të tjera mbështetëse që kanë lidhje me trajtimin mjekësor,përgjigjet e ekzaminimeve, raporti mjekut, dokument që vërteton aksidentin, dokumentet për riatdhesimin. Siguruesi do t’ju njoftojë me shkrim nëse kërkon dokumente të tjera.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nënshkrimi i te Siguruarit Datë Data e marrjes nga Siguruesi

***Formulari i plotësuar se bashku me dokumentat mbeshtetes do të dërgohet me poste ose dorazi në adresën: INSIG JETE sh.a. Rruga Labinoti Nr 77 Tirane.***