

KËRKESA PËR KOMPENZIMIN E SHPENZIMEVE MJEKËSORE CLAIM FORM FOR REIMBURSEMENT OF MEDICAL EXPENSES

I PUNËSUARI / STAFF MEMBER

NR. REF. PERS. K.S. ILLYRIA / I.C. ILLYRIA PERS. REF. NO.

Nr. tel / Phone No.

E-mail

Mbiemri, Emri / Last name, First Name

Organizata / Organization - Të kompletohet nga ana e të punësuarit / To be completed by the staff member

PACIENTI / PATIENT

NR. REF. PERS. K.S. ILLYRIA / I.C. ILLYRIA PERS. REF. NO.

Ditëlindja / Date of birth

Mbiemri, Emri / Last name, First Name

Gjinia / Sex M F

Lidhja Familjare / Relationship

Vetë / Self

Bashkëshortja / Spouse

Fëmiju / Child

Prindërit / Parents

A janë shpenzimet e mbuluara nga ndonjë sigurim tjetër? / Is the claim covered by another insurance?

PO / YES

JO / NO

Nëse po, paraqitni shumën e kompenzuar
If yes, state the amount reimbursedSqaroni prej cilit sigurim
Specify by which insurance

Në rast të aksidentit, a është pala e tretë përgjegjëse? / In case of accident, is a third party responsible?

PO / YES

JO / NO

SHUMA E KËRKUAR NGA VALUTA / AMOUNT CLAIMED PER CURRENCY

Valuta / Currency

Shuma e shpenzimeve / Amount of expenses

Lloji i shpenzimeve / Nature of expenses

Gjithsejt / Total

MËNYRA E PAGESËS NGA K.S. ILLYRIA / METHOD OF PAYMENT BY I.C. ILLYRIA

Kompletoni vetëm në rast të ndryshimit / To be completed in case of our changes apply

Transferim në xhirrollogarinë bankare / Transfer to bank account

Data e lindjes / Date of birth

Nr. I xhirrollogarisë / Account no.

Emri i plotë i bankës dhe adresa / Full bank name and address

Emri i mbajtësit të xhirrollogarisë / Name account holder

DEKLARATA / DECLARATION

Unë dëshmoj që informatat e ofruara nga unë në mbështetje të kësaj kërkesë, për aq sa di dhe besoj, janë të drejta dhe të vërteta.
Unë me vullnetin tim të lirë jap pëlqimin shprehimor për KS Illyria sh.a, të marrë, ruajë, përpunojë, procesojë dhe transferojë të dhënat e mia personale dhe të dhënat e ndjeshme personale (biometrike, gjenetike, shëndetësore) në formë elektronike dhe/ose të shtypur për qëllimet e vlerësimit dhe trajtimit të kësaj kërkesë, në përputhje me Ligjin për Mbrojtjen e të Dhënave Përsonele Nr. 06/L-082.

I certify that the information provided by me in support of this claim is, to the best of my knowledge and belief, correct and true.
I, with my own free will, express consent for the KS Illyria sh.a. to obtain, storage, process and to transfer my personal data and personal sensitive data (biometric, genetic, health) in electronic and/or printed for purpose of assessment and treatment of this request, in accordance with Law on Protection of Personal Data No. 06/L-082.

HOSPITALIZIMI / HOSPITALISATION

Data / Date

Diagnoza / Diagnosis

Tretmani ose operacioni / Treatment or surgery

Nënshkrimi i të punësuarit / Staff member's Signature

Data / Date