



KËRKESË PËR AUTORIZIM PARAPRAK

A. TË DHËNAT E TË SIGURUARIT

Emri, Atësia, Mbiemri

Nr.Kartës/Policës së Sig.

Nr. personal identifikues

Adresa

Numri i telefonit

Adresa e postës elektronike

B. SHËRBIMI PËR TË CILIN KËRROHET AUTORIZIM PARAPRAK NGA SIGAL

Shtrim i parashikuar mbi 24 orë në spital		Vendi ku mund të merret trajtimi	Monedha	Shuma
Shpenzime te parashikuara mjeksore ne rast shtrimi në spital:				
Data e përafert e shtrimit në spital:		<i>Koment: Trajtimi (Ekzaminimet dhe procedurat mjeksore qe kërkohen)</i>		
Kohëzgjatja e parashikuar e qëndrimit në spital:				
Përfitime të tjera		Vendi ku mund të merret trajtimi	Monedha	Shuma
Kirugji ditore pa shtrim në spital : (Trajtim mjeksor brenda 24 orëve)				
Trajtim mjeksor në shtëpi (infermieri):				
Trajtim për rastin e lindjes:				
Shpenzimet për analiza laboratorike:				
Shpenzimet per egzaminimet radiologjike: Të gjitha llojet e CT, MRI, Skane PET dhe Endoscopi etj :				
Data e përafert e planifikuar:		<i>Koment: Trajtimi (Ekzaminimet dhe procedurat mjeksore qe kërkohen)</i>		
Kohëzgjatja e parashikuar e qëndrimit në spital (ore):				
Përfitime të tjera		Vendi ku planifikohet të behet evakuimi/transporti	Monedha	Shuma
Evakuimi mjeksor urgjent/ rikthimi në venbanim:				
Transport per trajtim jashtë Kosovës				
Kthimi i trupit të pacientit në Kosovë				
Nr. i Dokumentave të bashkngjitura				
Totali i shpenzimeve të parashikuara:				

Emri, Mbiemri dhe Nënshkrimi i Mjekut specialist

datë

Nr. Pro-faturës

Emri, Mbiemri dhe Nënshkrimi i të Siguararit/Personit të autorizuar

datë

Kjo kërkesë për autorizim paraprak së bashku me dokumentet mbështetëse, (epikriza e mjekut specialist, raportemjeksore, pro-fatura etj) , duhet ti dorëzohet Sigal sh.a. në adresën e mëposhtme:

Shenim:

- Në rast se i siguruari është nën 18 vjeç kjo formë pervec se nga mjeku specialist duhet të nënshkruhet nga prindi ose kujdestari.
- Pjesa e shpenzimeve te parashikuara do plotesohet nga mjeku specialist nese sugjerohet trajtimi ne nje klinike jashte rrjetit mjeksor SIGAL.



PËLQIM PËR DHËNIEN, RUAJTJEN, PROCESIMIN DHE TRANSFERIMIN E TË DHËNAVE PERSONALE

Me vullnetin tim të lirë jap pëlqimin tim të pakushtëzuar dhe shprehimor që Kompania e Sigurimeve SIGAL UNIQA Group Austria sh.a. (me tutje referuar edhe si “SIGAL UNIQA”) 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 fizike (të shtypur) për qëllimet e specifikuar më poshtë:

- Për aplikimet e mia për të gjitha shërbimet apo produktet e sigurimit në SIGAL UNIQA;
- Për të gjithë procesin marrjes në sigurim dhe shitjes, si dhe lëshimin e policës/ave të sigurimit dhe menaxhim të policave të mia të sigurimit;
- Për trajtimin dhe vlerësimin e kërkesave për dëmshpërblim, ku mund të kërkojë dhe të marrë informacion lidhur me të dhënat e mia personale apo të ndjeshme personale të nevojshme për trajtimin e kërkesave të mia për dëmshpërblim nga palë të treta që disponojnë këto të dhëna si për shembull: institucione mjekësore/shëndetësore, kompani të tjera të sigurimeve në Kosovë dhe jashtë Kosovës, kompani të ndryshme të shërbimeve dhe asistence si vlerësues të licencuar për ekspertiza dhe të tjera;
- Për trajtimin dhe vlerësimin të çfarëdo kërkesë tjetër të dorëzuar në SIGAL UNIQA;
- Për të kryer marketing të drejtpërdrejtë për produktet dhe shërbimet e ofruara nga SIGAL UNIQA;
- Për të më kontaktuar përmes postës, telefonit, SMS-ve, postës elektronike ose mjete të tjera, në përputhje me udhëzimet e mia të dhëna në SIGAL UNIQA;

Gjithashtu, konfirmoj se unë jam informuar dhe udhëzuar që SIGAL UNIQA do të mbledhë, ruajë dhe përpunojë të dhënat e mia personale në formë elektronike dhe/ose të shtypur vetëm për qëllimin për të cilin janë mbledhur dhe vetëm për kohëzgjatjen e kërkuar me legjislacionin përkatës në fuqi.

Unë jam informuar për të drejtat e mia në lidhje me të dhënat e mia personale, siç është e drejta: që të njihem me të dhënat personale dhe të dhëna të ndjeshme personale (biometrike, gjenetike, shëndetësore); për qasje në të dhënat e mia personale; për të korrigjuar, ndryshuar dhe/apo fshirë të dhënat e mia personale; për të kufizuar përpunimin; të njoftohem për shkelje të të dhënave të mia personale; për transferimin e të dhënave; për të kundërshtuar përpunimin e të dhënave personale ose për të rregulluar vendimmarrjen e automatizuar nga SIGAL UNIQA; të paraqesë një ankesë në Agjencinë për Informim dhe Privatësisë si dhe për të tërhequr pëlqimin tim në çdo kohë.

Po ashtu, autorizoj SIGAL UNIQA që të transferojë të dhënat e mia personale tek palët e treta që kërkohen ose nevojiten për ekzekutimin e transaksioneve ligjore të kontraktuara ose të dakorduara midis meje dhe Kompanisë, duke përfshirë por pa u kufizuar ndonjë anëtar të UNIQA GROUP, ndonjë pale të tretë, si dhe kompanie dhe/ose institucioni tjetër, përfshirë në vende të treta, në përputhje me ligjet në fuqi.

Unë gjithashtu jam informuar se SIGAL UNIQA ka zyrtarin përgjegjës për mbrojtjen e të dhënave personale dhe se jam udhëzuar që çdo çështje e shqetësim timin lidhur me të dhënat personale mund ta adresoj në çdo kohë përmes adresës elektronike: personaldata@sigal-ks.com

Deklaroj se e kuptoj, pajtohem dhe jam i vetëdijshëm për faktin se e drejta e tërheqjes nga ky pëlqim nuk ndikon në ligjshmërinë e përpunimit të kryer në bazë të pëlqimit të dhënë para tërheqjes së tij dhe çdo përpunim i tillë mbetet me efekt të plotë juridik dhe i pakthyeshem.

Me nënshkrimin e këtij pëlqimi, unë e konfirmoj që e kam lexuar dhe kuptuar në tërësi pëlqimin tim të lartshënuar që është i qartë, i dallueshem, i kuptueshem dhe vullnetarisht e autorizoj Kompaninë e Sigurimeve SIGAL UNIQA Group Austria sh.a. për të mbledhur, ruajtur, përpunuar, transferuar dhe bartur të dhënat e mia personale, siç është përcaktuar më lartë në këtë pëlqim dhe në përputhje me Ligjin Nr. 06/L-082 për Mbrojtjen e të Dhënave Personale.

Emri dhe mbiemri: _____; _____
(Nënshkrimi)

Nr. Personal i ID: _____;

Data | Vendi: _____ | _____;