



Nr. i policës: \_\_\_\_\_  
 Nr. i dëmit : \_\_\_\_\_

- A. KËRKESË PËR DËMSPËRBLIM AKSIDENT PËRSONAL**  
**B. FLETËPARAQITJA E PËRGJITHSHME MBI AKSIDENTIN**  
**C. DEKLARATË PRANIMI E VLERËS SË DËMSPËRBLIMIT**

**A. KËRKESË PËR DËMSPËRBLIM AKSIDENT PËRSONAL**

1. Emri dhe mbiemri i personit ose i organizatës që ka lidhur kontratën për sigurim.	.....				
2. Shënimet e të siguruarit: a) Emri dhe mbiemri b) Vendbanimi: rruga, numri, komuna, dhe posta e fundit, e-mail adresa. c) Profesioni d) Ditëlindja: data, muaji dhe viti	a)				
	b) .....				
	c)				
	d) ____ / ____ / ____				
2.1 Vlera e kërkuar për dëmshpërblim: Unë më poshtë i nënshkruari, bëjë këtë kërkesë për dëmshpërblim, për aksidentin e ndodhur dhe të cekur si me lartë, në bazë të mbulesës që kam nga <u>polica e aksidenteve personale</u> e lëshuar me të dhënat e lartcekura.	1. Shpenzimet e mjekimit si pasojë e aksidentit: _____ €				
	2. Kompensimi ditor: <b>Ditë punë:</b> _____ X € = _____ € (Ditët e punës sipas policës X vlera e kompensimit ditor = Vlera totale €)				
	3. Përfitimi në rast humbje jetë: _____ €				
	4. Përfitimi në rast paaftësie të përhershme: _____ €				
	5. Përfitimi në rast paaftësie të përkohshme: _____ €				
	<b>6. Totali i vlerës së kërkuar: _____ €</b>				
2.2 Të dhëna për transfertë bankare:	<table border="1"> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>(Emri i llogarit mbajtës, përfituesit, përfaqësuesit ligjor)</td> <td>Nr. i Llogarisë Bankare</td> </tr> </table>	_____	_____	(Emri i llogarit mbajtës, përfituesit, përfaqësuesit ligjor)	Nr. i Llogarisë Bankare
_____	_____				
(Emri i llogarit mbajtës, përfituesit, përfaqësuesit ligjor)	Nr. i Llogarisë Bankare				
<b>B. FLETËPARAQITJA E PËRGJITHSHME MBI AKSIDENTIN PËRSONAL</b>					
<b>Pyetjet e KS "SIGAL UNIQA GROUP AUSTRIA"</b> <b>Kontratat e të siguruarve gjegjësisht shfrytëzuesve të police mbajtësve</b>					
1. Data e fatkeqësisë (data e aksidentit)	_____ / ____ / ____				
2. Përshkrimi i shkurtër se si ka ardhur deri te rasti i fatkeqësisë (vendi, mënyra dhe shkaku i ndodhjes së fatkeqësisë)	_____ _____ _____				
3. Emri dhe mbiemri, adresa e dëshmitarit prezent me rastin e ndodhjes së fatkeqësisë, nr. tel, e-mail.	- _____ - _____				
4. Lëndimet e pësuar me rastin e fatkeqësisë.	_____				
5. A ka vdekur i siguruari nga lëndimet ose a ekziston rreziku për jetën e tij (plotësoje katrorin me shenjen X dhe jep komentet nëse keni !).	<b>JO</b> <input type="checkbox"/> - <b>PO</b> <input type="checkbox"/> Koment: _____				
6. Cili ent shëndetësor i ka dhënë ndihmën e parë mjekësore.	_____				
7. Në cilin ent shëndetësor është mjekuar.	_____				



8. A ka pasur i lënduari ndonjë lëndim tjetër para paraqitjes së këtij lëndimi, a ka qenë i sëmurë dhe prej çfarë sëmundjeje.	
9. A është bërë kontrollimi kur është paraqitur rasti, a është bërë shikimi në vendin e ngjarjes dhe nga cili organ.	
<b>C. DEKLARATË PRANIMI E VLERËS SË DËMSHPËRBLIMIT</b>	
Pranoj pa asnjë lloj pretendimi tjetër ndaj shoqërisë së sigurimeve SIGAL Uniqa Group Austria sh.a. vendimin e ofruar sipas vlerësimit të SIGAL për pjesën jokontestuese duke u mbështetur në dokumentacionin e prezantuar, listën dhe limitet e përfitimeve (policës), dhe kushteve të përgjithshme/te veçanta të kontratës nga polica Aksidente Personale.	
Këtë deklaratë e nënshkruaj me poshtë me vullnetin tim të lirë duke i konsideruar të plotësuara detyrimet e SIGAL sh.a., në bazë të Kushteve të përgjithshme dhe të veçanta të sigurimit të Aksidente Personale .	
Vërejtje:	
(Në rastet e komenteve shtesë nga ana e te siguruarit apo përgafuesit ligjor)	

\*\* Ky dokument shërben edhe si deklaratë e pranimit të vlerës së dëmshpërblimit që plotësohet në rastet me humbje jete, paaftësi të përkohshme, paaftësi të përhershme apo të shpenzimeve të mjekimit si pasojë e aksidentit.

Këshilla për mjetin juridik:

Në rast se policëmbajtësi/ përfituesi nuk është i kënaqur me vendimin e komisionit të shkallës së parë të SIGAL UNIQA, atëherë policëmbajtësi/ përfituesi ka të drejtë që brenda afatit prej 15 ditëve të paraqesë ankesë pranë Departamentit përkatës të SIGAL Uniqa Group Sh.a ose nëpërmjet e-mail demet.shendetsore@uniqa-ks.com.

Deklaroj se i gjithë informacioni im i dhënë më sipër është i vërtetë dhe konfirmoj se pajtohem me vullnetin tim të lirë të jap pëlqimin e pakushtëzuar dhe shprehimor kompanisë së sigurimeve SIGAL Uniqa Group Austria sh.a. për dhënien, ruajtjen, procesimin dhe transferimin e të dhënave personale në përputhje me Ligjin Nr. 06/L-082 për Mbrojtjen e të Dhënave Personale .

Në Prishtinë më datë: \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nënshkrimi i të siguruarit  
(prindi ose personi i autorizuar nëse është nën 18 vjeç)

\_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_  
Data e marrjes nga SIGAL