



KËRKESË PËR RIMBURSIM- B2

(per sherbime mjeksore te marra jashte rrejetit SIGAL apo pa autorizim paraprak nga SIGAL)

A. TË DHËNAT E TË SIGURUARIT

Emri, Atësia, Mbiemri

Nr.Kartes se Sigurimit ose i Polices se Sigurimit

Adresa

Numri i celularit dhe

e-mail

B. SHËRBIMI MJEKSOR DHE VLERA PERKATESE PER TE CILEN KERKOHET RIMBURSIM

Sherbimi mjeksor	Vendi ku eshte marre trajtimi	Monedha	Shuma
1. Shtrim në spital			
- kirurgji, trajtim etj			
- transporti ne spital			
- trajtim intensive, analiza etj			
- proteza, radioterapi, kimioterapi etj			
- barna mjeksore			
- transplant organesh			
-trajtim psikiatrik			
2. Kirugji ditore pa shtrim në spital			
3. Sherbim infermieri ne shtepi			
4. Kontroll me skan rezonancemagnetik MRI:			
5. Shpenzime per Skane PET, CT, rreze X :			
6. Evakuimi mjeksor urgjent/ rikthimi ne venbanim:			
7. Transport per trajtim jashte Kosoves			
8. Kthimi i trupit të pacientit në Kosove			
9. Vizita kontrolle mjek i pergjithshem / specialist			
10. Analiza, kontrolle diagnostikuese etj			
11. Barna mjeksore			
12. Te tjera trajtime mjeksore:			
Totali i shpenzimeve per te cilat kerkohet			

Ju lutemi, bashkangjitini kesaj kerkese : 1) një kopje e kartës së sigurimit shendetsor 2) një kopje te pasaportës të siguruarit, 3) të gjitha faturat mjeksore origjinale, 4) kartelen e plote mjeksore dhe dokumenta të tjera mbështetëse.

Të dhëna për transfertë bankare:

Emri i llogarimbajtesit,

Nr. i Llogarisë Bankare

Deklaroj se të gjitha të dhënat që kam paraqitur më sipër janë të vërteta. Autorizoj çdo mjek, qendër mjeksore, farmaci, sigurues, punëdhënës apo sindikatë që ti dorëzojë Sigal sh.a. çdo të dhënë që do ti nevojitet për të vlerësuar këtë kërkesë. Fotokopja e këtij autorizimi do të pranohet si e vlefshme po aq sa edhe dokumenti origjinal.

Nënshkrimi

(pacienti ose prindi ne se eshte nen 18vjec)

Data e marrjes nga SIGAL

Formulari i plotësuar te dergohet ne adrese te:



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 asistencë si vlerësues të licencuar për ekspertizë 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: _____ | _____;