



Kërkesa për kompenzimim e shpenzimeve mjekësore Claim form for reimbursement of medical expenses



Kompania e Sigurimeve, sh.a.
Anëtare e Grupit Sava Re

Organizata / Organization

TE KOMPLETOHET NGA ANA ETË PUNËSUARIT / TO BE COMPLETED BY THE STAFF MEMBER

I Punësuari / Staff member

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

MBIEMRI-EMRI / LAST NAME-FIRST NAME

E-MAIL

Nr. Telefonit / Phone No.

Pacienti / Patient

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

MBIEMRI - EMRI / LAST NAME - FIRST NAME

DATËLINDJA / DATE OF BIRTH

GJINIA / SEX

 M F

Lidhja Familjare / Relationship

VETË / SELF

BASHKSHORTJA / SPOUSE

FËMIU / CHILD

PRINDËRIT / PARENTS

A JANË SHPENZIMET E MBULUARA NGA NDOJË SIGURIM TJETER / IS THE CLAIM COVERED BY ANOTHER INSURANCE

 PO / YES JO / NO

NËSE PO:PARAQITNI SHUMËN E KOMPENZUAR / IF YES; STATE THE AMOUNT REIMBURSED

SQAROJENI 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 SHENZIMEVE /
AMOUNT OF EXPENSES

LLOJI I SHPENZIMEVE / NATURE OF EXPENSES

Gjithsej / 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 XHIROLLOGARINË BANKARE / TRANSFER TO BANK ACCOUNT

ÇEK / CHEQUE

DATA E LINDJES / BIRTH DATE

NR. I XHIROLLOGARISË / ACCOUNT NO.

EMRI I PLOTË I BANKES DHE ADRESA / FULL BANK NAME AND ADDRESS

EMRI I MBAJTËSIT TË XHIROLLOGARISË / NAME ACCOUNT HOLDER

BIC KODI / BIC CODE

KODI IDENTIFIKUES I BANKES / ID BANK

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 autorizoj lëshimin e çfarëdo informate drejtuar K. S. Illyria ose përfaqësuesve të saj të autorizuar, siç mund të kërkohej, për të procesuar këtë kërkesë.

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 authorise the release of any information to I. C. Illyria or its duly authorised representative as may be required to process this claim.

Hospitalizimi / Hospitalisation

DATA / DATE

DIAGNOZA / DIAGNOSIS

TRETMANI OSE OPERACIONI / TREATMENT OR SURGERY

NËNSHKRIMI I TË PUNËSUARIT /
STAFF MEMBER'S SIGNATURE

DATA / DATE

Kërkesën për kompenzim mund ta dergoni në këtë adresë: / The claim form may be sent for reimbursement to the following address: