

NJOFTIMI I NGJARJES SË SIGURUAR DHE KËRKESË PËR RIMBURSIM
(Sigurimi Aksidente Personale)

Drejtorisë së Përgjithshme SIGAL UNIQA Group AUSTRIA
Departamenti i Shëndetit

Të dhëna për të Siguruarin:

Emri, Atësia, Mbiemri: _____; Datëlindja: ____/____/____;

Adresa e banimit: _____;

E-mail: _____ (e detyrueshme për tu plotësuar);

Të dhëna mbi Sigurimin:

Lloji dhe Nr. i Policës së Sigurimit: _____;

Periudha e Vlefshmërisë: Data e Fillimit ____/____/____ Data e Përfundimit: ____/____/____.

Policëmbajtësi/ Punëdhënësi : _____.

Të dhëna për Rastin në Sigurim (Aksidentin):

Data e ndodhjes së Ngjarjes së Siguruar: ____/____/____; Ora e ndodhjes së Ngjarjes së Siguruar: ____/____;

Vendi i ndodhjes së Ngjarjes së Siguruar: _____;

Rrethana sqaruese: _____

_____;

Deklaroj nën përgjegjësinë time se informacioni i mësipërm është plotësisht i saktë dhe i vërtetë

Vlera e totale e kërkuar për rimbursim është : _____ .

Ju lutem, dokumentat e mëposhtme duhet ti bashkëngjiten kësaj kërkesë:

1) Dokumentacionin mjekësor paraprak (dokumenti i pranimit në spital, Raporte mjekësore, etj)

2) Proces Verbali i aksidentit të ndodhur nga qendra e punës;

3) Si dhe çdo dokumentacion i nevojshëm për qartësimin dhe justifikimin e rastit të ndodhur

Bazuar në Kushtet e Përgjithshme të kontratës së Sigurimit, Ju lutemi rimbursoni vlerën përkatëse në llogarinë:

NR. LLOGARISË / IBAN

Monedha (ALL/EUR/USD/GBP/TRL/CHF)

Emri i Përfituesit dhe Banka

(Nëse personi që dorëzon kërkesën për dëmshpërblim nuk është vetë personi i siguruar, duhet të ketë prokurë ose autorizim nga i siguruari)

I SIGURUARI

Personi i Autorizuar nga
SIGAL UNIQA Group Austria sh.a.

Emri, Mbiemri, Nënshkrimi, Data

Emri, Mbiemri, Nënshkrimi, Data