

FORMULAR DEMI

I SIGURUARI / b.PERSONI I AUTORIZUAR

a. _____ / ____ / ____

Emër Atësi Mbiemër ID Datëlindje

b. _____

Nr police IBAN Banka Emri Përfituesit Adresa elektronike

ARSYEJA PËRSE KËRKOJ MBULIM

- Kam blerë medikamente
- Jam mjekuar ne shtepi
- Jam shtruar në spital
- Personi i siguruar ka humbur jetën ____/____/____

Data e diagnostikimit me COVID ____/____/____ Data kur eshte njoftuar SIGAL ____/____/____

Data e negativizimit ____/____/____

Ju lutemi, bashkangjitini kësaj kerkese:

- 1) një kopje e kartës së sigurimit shendetësor
- 2) një kopje të pasaportës të siguarit ose ID,
- 3) të gjitha faturat mjekësore origjinale dhe kuponat tatimore per medikamentet e blera,
- 4) Certifikata e vdekjes (në rast humbje jete)
- 5) Skeda e vdekjes (në rast humbje jete)
- 6) një kopje të të gjitha dokumenteve të tjera mbështetëse (psh. përgjigjet e ceritifikuara te analizave, rekomandimet e mjekut; epikrizën e qendrimit në spital (qe verteton datën e hyrjes dhe datën e daljes nga spitali) etj_

Dokumenta gjithesej _____

Per hapjen e praktikës SIGAL duhet të ketë një njoftim paraprak me shkrim nga I siguruari max deri në 48 orë nga data kur ky I fundit ka marrë diagnozë pozitive për COVID 19. Per mbulim shpenzimesh apo shpërblim ditor dhe ose humbje jete, dokumentat ky formular dhe dokumentat mbeshtetese duhet te dergohen orgjinale dhe ne hard copy. Dergimi i dokumentave me e-mail eshte i pavlefshem dhe korrespondencat nuk do te perbejne baze per vleresimin dhe shqyrtimin e praktikës.

Nr	Nr. i Fatures	Vlera/Monedha	Data	Institucioni mjekësor-Shteti
1.				
	Totali			

Deklaroj se të gjitha të dhënat që kam paraqitur më 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

_____/_____/_____
Datë
per COVID 19

Data e marrjes nga SIGAL