Kërkesa për kompenzimin e shpenzimeve mjekësore
Claim form for reimbursment of medical expense

Organizata / Organisation
Të plotësohet nga ana e të punësuarit/ To be completed by the staff member

EUROSIG KOMPANI SIGURIMESH

I Punësuari / Staff member

Mbiemri-Emri / Last Name-First Name

Nr. karteles / Card. No

E-mail

Nr. i Telefonit / Phone No.

Pacienti / Pacient

Mbiemri-Emri / Last Name-First Name

Nr. karteles / Card. No

Ditëlindja / Date of birth

GJINIA / SEX ☐ M ☐ F

Lidhja Familjare me të punësuarin / Relation with employee

☐ Vetë / Self ☐ Bashkëshorti-ja/Spouse ☐ Femiu / Child ☐ Prind / Parent

A janë shpenzimet e mbuluara nga ndonjë sigurim tjetër/Is the claim covered by another insurance ☐ Po / Yes ☐ Jo / No

Nëse po: Paraqitni shumën e kompenzuar / If Yes: State the amount of reimbursed

Sqaroni prej cilit sigurim / Specify by wich 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 / Currrency	Shuma e shpenzimeve / Amount of enxpenses	Lloji i shpenzimeve / Nature of expenses
Euro		
Euro		
Euro		
Gjithsej / Total:		

Mënyra e pagesës nga Eurosig (Kompletoni vetëm në rast të ndryshimit)
Method of payment by Eurosig (To be completed in case of our changes apply)

☐ Transferim në xhirollogarinë bankare / Transfer to bank account ☐ Çek / Cheque

Iban kodi/ Iban No.

Nr. i xhirollogarisë / Account No.

Emri i plotë i bankës/ Full bank name

Emri i mbajtësit të xhirollogarisë / Name of account holder

Bic kodi / Bic Code

Kodi identifikues i bankës / Bakn ID

Unë dëshmoj që informatat e ofruara nga unë në mbështetje të kësaj kërkese, për aq sa di dhe besoj, janë të drejta dhe të vërteta. Unë autorizoj lëshimin e çfarëdo informate drejtuar K.S. Eurosig ose përfaqësuesve të saj të autorizuar, siç mund të kerkohet, 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. Eurosig or its duly authorised representative as may be required to process this claim.

Hospitalizimi / Hospitalisation

Data / Date

Diagnosa / Diagnosis

Tretman ose operacion/ Treatment or sugery

Nënshkrimi i të punësuarit/
Staff member's signature

Data / Date