



APLIKIM/PYETËSORI PËR SIGURIMIN SHËNDETËSOR

APLIKUESI/I SIGURUARI

1.	Emri, mbiemri i të Siguruarit		Data e Lindjes		
	Detyra apo Funkzioni		Numri i Telefonit		
	Profesioni ose niveli arsimor		E-mail adresa		
	Adresa e plotë		Gjinia	☐ Femër	☐ Mashkull

PERSONAT NËN VARËSI (*anëtarët e familjes*)

2.	Emri, mbiemri Bashkëshortes(it)		Numri i Telefonit		
	Profesioni ose niveli arsimor		E-mail adresa		
	Data e Lindjes		Gjinia	☐ Femër	☐ Mashkull

3.	Emri, mbiemri i Fëmijës		Numri i Telefonit		
	Profesioni ose niveli arsimor		E-mail adresa		
	Data e Lindjes		Gjinia	☐ Femër	☐ Mashkull

4.	Emri, mbiemri i Fëmijës		Numri i Telefonit		
	Profesioni ose niveli arsimor		E-mail adresa		
	Data e Lindjes		Gjinia	☐ Femër	☐ Mashkull

5.	Emri, mbiemri i Fëmijës		Numri i Telefonit		
	Profesioni ose niveli arsimor		E-mail adresa		
	Data e Lindjes		Gjinia	☐ Femër	☐ Mashkull

Vendi, Data	Nënshkrimi i Aplikuesit	Nënshkrimi i anëtarëve të familjes, që kanë mbushur moshën
-------------	-------------------------	--



APLIKIM/PYETËSORI PËR SIGURIMIN SHËNDETËSOR

EMRI, MBIEMRI I APLIKUESIT

EMRI, MBIEMRI I PËRFITUESIT
(në rast të vdekjes aksidentale të personit të siguruar)

Nëse keni një gjendje para-ekzistuese të gjymtimit të gjymtyrëve apo organeve, apo/dhe sëmundje kronike dhe kongjenitale, paraekzistuese apo/dhe një sëmundje tjetër që është trajtuar apo diagnostikuar para këtij aplikimi për sigurim shëndetësor, përkatësisht, që janë pasuar edhe me shtrime në spital, si edhe shtatzani ekzistuese duhet të shënohen nga Aplikuesi dhe anëtarët e familjes së tij, më poshtë vijon:

/

1. Personi i Siguruar në bazë të kontratës së sigurimit është i detyruar t'u përgjigjet saktë dhe plotësisht pyetjeve, veçanërisht atyre lidhur me deklaratimet për gjendjen shëndetësore. Të dhënat e pasakta dhe të paplota e pengojnë Siguruesin të vlerësojë saktë rrezikun e marrë përsipër. Në rast dhunimi të qëllimshëm të këtij detyrimi, Siguruesi mund të anulojë sigurimin ndaj të Siguruarit ose të ankohe tek Policëmbajtësi dhe nëse e sheh të nevojshme të refuzojë përfitimet. Të gjitha pohimet dhe sqarimet e Personit të Siguruar dhe anëtarëve të tij të familjes duhet të bëhen me shkrim. Aplikuesi mban përgjegjësi me anë të nënshkrimit të tij, për saktësinë dhe plotësimin e të dhënave.
2. Për çdo person, mbulimi fillon vetëm kur "aplikim/pyetësori për sigurimin shëndetësor" pranohet nga Siguruesi, dhe lëshohet e polica/kartela e sigurimit.
3. Personi i Siguruar duhet të njoftojë Siguruesin nëse është i siguruar në një tjetër kompani sigurimi.
4. Aplikuesi si dhe personat në varësi (anëtarët e familjes) bien shprehimisht dakort se nën cilat kushte do të lidhet, ndryshohet apo zgjatet kontrata e sigurimit.
5. Siguruesi jep garanci se informatat konfidenciale (të dhënat personale dhe gjendja ekzistuese shëndetësore) do t'i shfrytëzoj vetëm gjatë periudhës së ofrimit të shërbimeve dhe nuk mund t'i përdor për asnjë qëllim tjetër.
6. I Siguruarit do të autorizojë mjekët, spitalet, qendrat e kujdesit shëndetësor, sanatoriumet, kompani të tjera siguruese, sigurimet shoqërore, institucionet qeveritare (qendrore ose lokale) etj, që me kërkesën tonë të parë (të Siguruesit) të na vënë në dispozicion informacionin e kërkuar. Personat e pyetur duhet të përjashtohen nga e drejta e konfidencialitetit ndaj nesh.

Vendi, Data

Nënshkrimi i Aplikuesit

Nënshkrimi i anëtarëve të familjes, që kanë mbushur moshën