

KËRKESA PËR KOMPENZIMIN E SHPENZIMEVE MJEKËSORE CLAIM FORM FOR REIMBURSEMENT OF MEDICAL EXPENSES

I PUNËSUARI / STAFF MEMBER

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

Nr. tel / Phone No.

E-mail

Mbiemri, Emri / Last name, First Name

Organizata / Organization - Të kompletohet nga ana e të punësuarit / To be completed by the staff member

PACIENTI / PATIENT

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

Ditëlindja / Date of birth

Mbiemri, Emri / Last name, First Name

Gjinia / Sex M F

Lidhja Familjare / Relationship

Vetë / Self

Bashkëshortja / Spouse

Fëmijë / Child

Prindërit / Parents

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 reimbursedSqaroni 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 shpenzimeve / Amount of expenses

Lloji i shpenzimeve / Nature of expenses

Gjithsejt / 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

Data e lindjes / Date of birth

Nr. i xhirollogarisë / Account no.

Emri i plotë i bankës dhe adresa / Full bank name and address

Emri i mbajtësit të xhirollogarisë / Name account holder

DEKLARATA / DECLARATION

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