



SHOQËRIA E SIGURIMEVE ALBSIG sh.a.

Departamenti I Trajtimit të Dëmeve

Nr: _____ Prot

Datë _____

RAPORTO DËMIN / SHËNDETI PRIVAT

Emër Atësi Mbiemër: _____

Nr. i kartës së sigurimit: _____

Nr. i ID: _____

Lloji i kartës: _____

Adresa: _____

Nr. Tel. / Email: _____

Njoftime në spital (Privat / Shtetror): _____

Rrethanat e sëmundjes / kontrollit apo nevoja që ju shtyu të kërkonit kujdesin ndaj mjekut: _____

Të dhënat e rastit të sigurimit:

Faturat	Vlera	Data	Enti Spitalor (Shtetror/Privat)

Deklaroj se të gjitha të dhënat që kam paraqitur më sipër janë të vërteta. Autorizoj çdo mjek, qendër mjeksore, farmaci, sigurues, punëdhënës apo sindikatë që ti dorëzojë "Albsig" sh.a. çdo të dhënë që do t'i nevojitet për të vlerësuar këtë kërkesë. Fotokopja e këtij autorizimi do të pranohet si e vlefshme po aq sa edhe dokumenti original.

I SIGURUARI (Emër, Mbiemër, Nënshkrimi): _____