

Formulari që duhet plotësuar nëse vendosni të aplikoni dhe të kërkonti një tarifë



Data e plotësimit:

Bashkëngjit foto:

Fotografi

PYETËSOR PËR HISTORIK SHËNDETËSOR

“Aplikim për marrjen në sigurim Shëndet Privat”

Ky pyetësor plotësohet dhe firmoset nga çdo aplikant. Nëse aplikanti është nën 18 vjeç, pyetësori plotësohet dhe firmoset nga prindi ose kujdestari. Një fotografi dhe kopje e kartës së identitetit i bashkëngjitet formularit. Përgjigjet e këtij pyetësori do të trajtohen me konfidencialitet dhe do të jenë pjesë përbërëse e kontratës së sigurimit.

Emer (<i>Emër Atësi Mbiemër.</i>):	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DATËLINDJA:
Statusi civil:	<input type="checkbox"/> Beqar <input type="checkbox"/> Bashkëjetoj <input type="checkbox"/> Martuar <input type="checkbox"/> I ndarë <input type="checkbox"/> Divorcuar <input type="checkbox"/> I ve	
Punësimi:	<input type="checkbox"/> Kohë e plotë <input type="checkbox"/> Kohë e pjesshme <input type="checkbox"/> I/e pa punë	Employer: <input type="checkbox"/> Biznes privat <input type="checkbox"/> Emri i punëdhënësit dhe pozicioni punës
Kontakt:	Email: _____ Shqipërisë	Tel/Cel: _____ Vendbanimi: <input type="checkbox"/> Shqipëri <input type="checkbox"/> Jashtë
Mjeku që ju ndjek rregullisht:	Data dhe institucioni ku është kryer check -up i fundit:	

HISTORI PERSONALE

Sëmundje në fëmëri: Fruth Shyta Rubeola Li e dhenëve Ethe Reumtike Poliometit

Listoni probleme mjekësore për të cilat jeni diagnostikuar deri në datën e plotësimit të këtij pyetësori

Listoni ndërhyrje kirurgjikale të kryera deri në datën e plotësimit të këtij pyetësori

Viti	Arsyeja	Institucioni mjekësor

Shtrim ne spital (të tjera)

Viti	Arsyeja	Institucioni mjekësor

A keni pasur ndonjëherë transfuzion gjaku?

Po Jo

Please turn to next page

Nëse merrni medikamente, lutemi listoni mjekimet që merrni apo keni marrë

Emri i ilaçit	Mg	Sa herë në ditë

Aktivitetet i përditshëm

Aktivitet sportiv	<input type="checkbox"/> Sedentar (Jo exercise)						
	<input type="checkbox"/> Aktivitet i mesëm (psh., ngjithje shkollësh apo ecje për punë)						
	<input type="checkbox"/> Aktivitet sportiv rastësor (p.sh., më pak se 4 herë në javë deri në 30 min.)						
	<input type="checkbox"/> Aktivitet sportiv i rregullt (p.sh., 4 herë në javë të paktën 30 min)						
Masat e Trupit	Gjatësia	cm	Pesha	kg	Presioni i gjakut Min:	Max:	
Dietë	A jeni ne dietë?					<input type="checkbox"/> Po	<input type="checkbox"/> Jo
	Nëse po, a ka kjo dietë natyrë mjekësore?					<input type="checkbox"/> Po	<input type="checkbox"/> Jo
	Sa herë ushqeheni gjatë ditës?						
Alkool	A pini alkool? Nëse po, sa shpesh?					<input type="checkbox"/> Po	<input type="checkbox"/> Jo
Cigare	A pini cigare? Sa shpesh?					<input type="checkbox"/> Po	<input type="checkbox"/> Jo
Kujdesi për sytë dhe dhëmbët	A mbani lente apo syze optike? Nëse po, ju lutemi specifikoni					<input type="checkbox"/> Po	<input type="checkbox"/> Jo
	A keni nje dentist personal, nese po, ju lutemi specifikoni					<input type="checkbox"/> Po	<input type="checkbox"/> Jo

PLOTËSOHET VETËM NGA FEMRAT

Mosha e ardhjes se menstruacioneve:		
Data e menstruacioneve të fundit:		
Menstruacionet Çdo ditë		
Menstruacione të shumta, parrregullsi, dhimbje, sekrecione	<input type="checkbox"/> Po	<input type="checkbox"/> Jo
Numri i shtatëzanive Nurmi i lindjeve		
A jeni shtatëzane apo duke dhënë gji?	<input type="checkbox"/> Po	<input type="checkbox"/> Jo
A keni kryer ndonjëherë abort, histerektomi apo cezarian?	<input type="checkbox"/> Po	<input type="checkbox"/> Jo
A keni vuajtur vitin e fundit ndonjë infeksion të traktit urinar, fshikëzës, infeksion veshkash?	<input type="checkbox"/> Po	<input type="checkbox"/> Jo
A keni gjak në urinë?	<input type="checkbox"/> Po	<input type="checkbox"/> Jo
A keni problem me kontrollin e urinimit?	<input type="checkbox"/> Po	<input type="checkbox"/> Jo

A keni vapë apo djersisni natën?	<input type="checkbox"/> Po	<input type="checkbox"/> Jo
A keni tension, dhimbje, fryrje, iritrim apo simptoma të tjera për shkak të menstruacioneve?	<input type="checkbox"/> Po	<input type="checkbox"/> Jo
A keni vënë re së fundimi ndonjë fortësi të gjoksit, gjendra apo rrjedhje të së dalës së gjirit?	<input type="checkbox"/> Po	<input type="checkbox"/> Jo
Data e PAP testit dhe ekzaminimit të fundit të zorrës së trashë? Bashkëngjisni kopje të rezultatit		

PLOTËSOHET VETËM NGA MESHKUJT

A keni nevojë të urinoni shpesh gjatë natës? Nëse po, sa herë gjatë natës	<input type="checkbox"/> Po	<input type="checkbox"/> Jo
A ndjeni dhimbje apo djegie gjatë urinimit?	<input type="checkbox"/> Po	<input type="checkbox"/> Jo
A nxirrni gjak gjatë urinimit?	<input type="checkbox"/> Po	<input type="checkbox"/> Jo
A ndjeni se ka rënë forca e urinimit?	<input type="checkbox"/> Po	<input type="checkbox"/> Jo
A keni pasur ndonjë infeksion të veshkave, fshikëzës apo prostatës vitin e fundit?	<input type="checkbox"/> Po	<input type="checkbox"/> Jo
A keni pasur probleme në zbrazjen e fshikëzës së urinës?	<input type="checkbox"/> Po	<input type="checkbox"/> Jo
Data e ekzaminimit të fundit të prostatës dhe zorrës së trashë? Bashkëngjisni kopje të rezultatit		

PROBLEME TË TJERA

Klikoni nëse keni pasur ndonjë simptomë për t'u shënuar në këto zona të trupit dhe i shpjegoni shkurtimisht ato

<input type="checkbox"/> Lëkurë	<input type="checkbox"/> Diafragmë/zemër	<input type="checkbox"/> Gjaku	<input type="checkbox"/> A keni pasur ndryshime:
<input type="checkbox"/> Kokë	<input type="checkbox"/> Shpinë	<input type="checkbox"/> Kocka	<input type="checkbox"/> Peshë
<input type="checkbox"/> Veshë	<input type="checkbox"/> Zorrë	<input type="checkbox"/> Zorrë	<input type="checkbox"/> Nivel energjie
<input type="checkbox"/> Hundë	<input type="checkbox"/> Fyt	<input type="checkbox"/> Mushkri	<input type="checkbox"/> Orët e gjumit

PËR TË OFRUAR OPSIONIN MË TË PËRSHTATSHËM

Cilat janë të ardhurat tuaja mesatare mujore personale ose familjare ?

A keni një klinikë apo ndonjë shtet ku preferoni të merrni shërbimet mjekësore?

A keni kryer ndonjëherë ndonjë ekzaminim apo trajtim jashtë vendit?	<input type="checkbox"/> Po	<input type="checkbox"/> Jo
A qëndroni mbi një muaj rresht jashtë vendit?	<input type="checkbox"/> Po	<input type="checkbox"/> Jo

A keni kontrata sigurimi aktive me SIGAL UNIQA, apo keni pasur ndonjëherë?	<input type="checkbox"/> Po	<input type="checkbox"/> Jo
A dëshironi të merrni një ofertë për sigurimin e makinës, apartamentit?	<input type="checkbox"/> Po	<input type="checkbox"/> Jo
A dëshironi të paguani tarifë shtesë për mbulimin e vaksinave të programit shtetëror për fëmijët 0 – 15 vjeç	<input type="checkbox"/> Po	<input type="checkbox"/> Jo
A keni të afërm ose miq që janë të siguruar me SIGAL UNIQA?	<input type="checkbox"/> Po	<input type="checkbox"/> Jo

Për çdo informacion apo shpjegim shtesë në lidhje me pyetjet e mësipërme, ju lutemi jepni detajet në hapësirën këtu më poshtë dhe bashkëngjitini kësaj kërkesë një kopje të fundit të dokumenteve mjekësore.

Deklaroj se kuptoj, pranoj dhe miratoj kushtet që SIGAL UNIQA Group Austria ,nuk do të paguajë përfitime për trajtimin e sëmundjeve, simptomave, apo dëmtimeve trupore të ndodhura përpara datës së fillimit të mbulimit në sigurim paraekzistues. Deklaroj gjithashtu se i jam përgjigjur me vërtetësi pyetjeve të mësipërme dhe se e kuptoj që kjo kërkesë është pjesë e kontratës së sigurimit, dhe dhënia e informatave të gabuara, apo të pasakta në të mund të shkaktojë zgjidhjen e menjëhershme të kontratës ,apo mospërfitimin e shpërblimit që rrjedh nga kjo kontratë sigurimi.Deklaroj ,se jam njohur me deklaratën e privatësisë të shoqërisë së sigurimeve dhe autorizoj SIGAL UNIQA GROUP AUSTRIA sh.a ,që të mbledhë dhe përpunojë të dhënat dhe informacionin personal, i cili nevojitet vetem për lidhjen e kontratës së sigurimit, për dhënien e shërbimeve ndaj të sigurvearit përfshirë trajtimin e dëmit, për ofrimin e produkteve apo shërbimeve të reja, bazuar në ligjet përkatëse në fuqi (Ligji Nr. 9887, datë 10.03.2008, “Për mbrojtjen e të dhënave personale” si dhe transferimin e të dhënave personale tek të tretët ,për qëllime vetem të lidhjes të kontratës së sigurimit duke garantuar gjithashtu mbrojtjen e të dhënave te mia personale. Ne çdo rast, shoqëria ka të drejtë të mbledhë dhe përpunojë të dhënat personale përfshirë ato sensitive nga palë të treta në përputhje me rregullat dhe procedurat e përcaktuara ne Ligjin Nr. 9887, datë10.03.2008, “Për mbrojtjen e të dhënave personale”.

KËRKUESI

**PERSONI I AUTORIZUAR NGA SIGAL UNIQA
GROUP AUSTRIA SH.A.**

Emri, Mbiemri, Nënshkrimi, Data

Emri, Mbiemri, Nënshkrimi, Data