



Ju lutem ta plotësoni këtë formë ndarazi për secilin anëtar të familjes./Please fill this form separately for each family member.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                      |                                                       |                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| I SIGURUARI KRYESORË / PRIMARY INSURED                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                      |                                                       |                                                                                |
| Emri dhe mbiemri<br>Name and Surname                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                      | KOMPANIA<br>Company:                                  |                                                                                |
| Email:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                      | TEL:                                                  |                                                                                |
| TË DHËNAT PËR PACIENTIN / PATIENT INFORMATION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                      |                                                       |                                                                                |
| Emri dhe mbiemri<br>Name and Surname                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                      | Data e Lindjes<br>Date of Birth                       |                                                                                |
| Lidhja familjare/Relationship:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                      | Policy no:                                            |                                                                                |
| vetë/self<br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | bashkëshorti/spouse<br><input type="checkbox"/>                      | fëmiju/child<br><input type="checkbox"/>              | tjetër (ju lutem shënoni) / other<br>(please specify) <input type="checkbox"/> |
| Datë/Date                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Përshkrimi i trajtimit mjekësor/Description of the medical treatment |                                                       | Në/In Euro                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                      |                                                       |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                      |                                                       |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                      |                                                       |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                      |                                                       |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                      |                                                       |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                      |                                                       |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                      |                                                       |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                      |                                                       |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                      |                                                       |                                                                                |
| TOTAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                      |                                                       | EUR                                                                            |
| MËNYRA E PAGESËS/PAYMENT METHOD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                      |                                                       |                                                                                |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Pagesa do të bëhet në emër të të sigurvearit                         |                                                       |                                                                                |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Pagesa do të bëhet në emër tjetër                                    |                                                       |                                                                                |
| MBAJTËSI I LLOGARISË / ACCOUNT HOLDER:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                      |                                                       |                                                                                |
| Emri dhe mbiemri<br>Name and surname                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                      |                                                       |                                                                                |
| Emri i plotë i bankës<br>Bank full name                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                      |                                                       |                                                                                |
| Numri i llogarisë<br>Account Number                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                      |                                                       |                                                                                |
| Unë dëshmoj që informatat e ofruara nga unë në mbështetje të kësaj kërkesë, për atë që di dhe besoj, janë të drejta dhe të vërteta. Unë autorizoj lëshimin e çfarëdo informate të drejtuar nga SCARDIAN Sigurime ose përfaqësuesve të saj të autorizuar në Institucionin mjekësor, siq mund të kërkohej, për të procesuar këtë kërkesë.<br>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 authorize the release of any information to SCARDIAN Sigurime or its duly authorized representative addressed to the medical institution, as may be required to process this claim. |                                                                      |                                                       |                                                                                |
| Datë/Date                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                      | Vendi/Place                                           |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                      | Emri, Mbiemri, Nënshkrimi<br>Name, Surname, Signature |                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                      |                                                       |                                                                                |

## **PËLQIM PËR DHËNIEN, RUAJTJEN, PROCESIMIN DHE TRANSFERIMIN E TË DHËNAVE PERSONALE**

Me vullnetin tim të lirë jap pëlqimin shprehimor që Kompania e Sigurimeve "Scardian" J.S.C. me seli në Prishtinë (me tutje referuar edhe si "Kompania") të marrë, ruajë, përpunojë, procesojë dhe transferojë të dhënat e mia personale dhe të dhënat e ndjeshme personale (biometrike, gjenetike, shëndetësore) në formë elektronike dhe/ose të shtypur për qëllimet e specifikuar më poshtë:

- për aplikimet e mia për të gjitha shërbimet apo produktet e sigurimit;
- për të gjithë procesin e shitjes dhe marrjes në sigurim, si dhe lëshimin e policës/ave të sigurimit dhe menaxhim të policave të mia të sigurimit;
- për vlerësim dhe trajtim të kërkesave për dëmshpërblim, ku mund edhe të kërkojë dhe të marrë informacion lidhur më të dhënat e mia personale apo të ndjeshme personale të nevojshme për trajtimin e kërkesave të mia për dëmshpërblim nga palë të treta që disponojnë këto të dhëna si p.sh. institucione mjekësore/shëndetësore, kompani të tjera sigurimesh, kompani të ndryshme shërbimesh dhe asistencë si vlerësues të licencuar për ekspertiza dhe të tjera;
- për vlerësim dhe trajtimin të çfarëdo kërkesë tjetër;
- për të kryer marketing të drejtpërdrejtë për produktet dhe shërbimet e Kompanisë;
- për të më kontaktuar përmes postës, telefonit, SMS-ve, postës elektronike ose mjete të tjera, në përputhje me udhëzimet e mia të dhëna në Kompani.

Gjithashtu, konfirmoj se unë jam informuar dhe udhëzuar që Kompania do të mbledhë, ruajë dhe përpunojë të dhënat e mia personale në formë elektronike dhe/ose të shtypur vetëm për qëllimin për të cilin janë mbledhur dhe vetëm për kohëzgjatjen e kërkuar me legjislacionin përkatës në fuqi.

Unë jam informuar për të drejtat e mia në lidhje me të dhënat e mia personale, siç është e drejta: që të njihem me të dhënat personale dhe të dhëna të ndjeshme personale (biometrike, gjenetike, shëndetësore); për qasje në të dhënat e mia personale; për të korrigjuar, ndryshuar dhe/apo fshirë të dhënat e mia personale; për të kufizuar përpunimin; të njoftohem për shkelje të të dhënave të mia personale; për transferimin e të dhënave; për të kundërshtuar përpunimin e të dhënave personale ose për të rregulluar vendimarrjen e automatizuar nga Kompania; të paraqesë një ankesë në Agjencinë për Informim dhe Privatësisë; për të tërhequr pëlqimin tim në çdo kohë.

Po ashtu, autorizoj Kompaninë që të transferojë të dhënat e mia personale tek palët e treta që kërkohen ose nevojiten për ekzekutimin e transaksionit ligjor të kontraktuar ose të rënë dakord midis meje dhe Kompanisë, duke përfshirë por duke mos u kufizuar ndonjë anëtar të Kompanisë, ndonjë pale të tretë, si dhe kompanie dhe/ose institucioni tjetër, përfshirë në vende të treta, në përputhje me ligjet në fuqi.

Unë gjithashtu jam informuar se Kompania ka zyrtarin përgjegjës për mbrojtjen e të dhënave personale dhe se jam udhëzuar që çdo çështje e shqetësim timin lidhur me të dhënat personale mund ta adresoj në çdo kohë përmes adresës elektronike: [mbrojtjaetedhenavepersonale@scardian.com](mailto:mbrojtjaetedhenavepersonale@scardian.com)

Deklaroj se jam i vetëdijshëm për faktin se e drejta e tërheqjes nga ky pëlqim nuk ndikon në ligjshmërinë e përpunimit të kryer në bazë të pëlqimit të dhënë para tërheqjes së tij.

Me nënshkrimin e këtij dokumenti, unë e konfirmoj që e kam lexuar dhe kuptuar tërësisht pëlqimin tim të lartshënuar që është i qartë, i dallueshëm, i kuptueshëm dhe vullnetarisht e autorizoj Kompania e Sigurimeve "Scardian" J.S.C. me seli në Prishtinë (Kompaninë) për të mbledhur, ruajtur, përpunuar dhe bartur të dhënat e mia personale, siç është paraparë më lart në këtë pëlqim dhe në përputhje me Ligjin Nr. 06/L-082 për Mbrojtjen e të Dhënave Personale.

Emri dhe mbiemri: \_\_\_\_\_, Nënshkrimi \_\_\_\_\_

Nr. Personal në dok. identifikues: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ / Vendi: \_\_\_\_\_