

KUSHTET E PËRGJITHSHME TË SIGURIMIT “SHËNDET PRIVAT SËMUNDJE”

Neni 1

Parashikime të përgjithshme

Sigurimi “Mbulim për sëmundje” bazohet në: a) këto Kushte të Përgjithshme Sigurimi (këtu më poshtë do të quhen ‘Kushtet e Përgjithshme’), në kushte shtesë, si edhe në parashikimet e policës së sigurimit; b) legjislacionin Shqiptar për çështjet që nuk parashikohen në paragrafin a); c) deklaratimet me shkrim të bëra nga aplikanti në kërkesën për sigurim dhe në dokumenta të tjera përkatëse.

Çdo kombinim i mbulimit me shërbime që nuk parashikohen në këtë policë sigurimi, apo kombinim me polica të tjera sigurimi (shembujt përfshijnë Shëndet në Udhëtim, Aksidente Personale) përcaktimi do të kryhet në formularin e policës së sigurimit. Kushtet/Përfitimet shtesë, nëse aplikohen, do të krijojnë efekte juridike nëse është paguar primi përkatës i sigurimit.

Neni 2

Objekti i sigurimit

Në përputhje me parashikimet e kushteve të përgjithshme dhe kategoritë e kufijtë e përcaktuar në Listën e Përfitimeve, shoqëria e sigurimeve SIGAL UNIQA Group AUSTRIA sh.a, Blv. Zog I, Tiranë (këtu më poshtë do të quhet ‘SIGAL’) do të paguajë direkt ose do të rimbursojë vlerën e shpenzimeve mjekësore të domosdoshme dhe kryera për shkak të sëmundjes.

Lista e përfitimeve përcaktohet nga përzgjedhjet e personit që sigurohet në momentin e aplikimit me kushtin nuk përfshihet në kushtet përjashtimore të përgjithshme nga mbulimi me sigurim dhe që shërbimet mjekësore janë të arsyeshme dhe të zakonshme për vendin ku jepen;

Neni 3

Mbulimi në sigurim

SIGAL do të vendosë nëse një aplikues do të pranohet të sigurohet sipas mbulimit të plotë, të pjesshëm apo nuk do të ofrohet mbulim. Përgjithësisht ky vendim do të merret mbi bazën e dokumentave që ka SIGAL, megjithatë para marrjes së vendimit SIGAL do të ketë gjithashtu të drejtë të kërkojë informacione të mëtejshme nga policëmbajtësi, apo kontrole mjekësore ~~të paguara nga SIGAL~~, nëse SIGAL e quan të nevojshme për disa kandidatë. Kandidati merr persiper të përzgjedhë mbulimet në sigurim, për të cilat kërkon t’i llogaritet një prim sigurimi dhe merr përsipër t’u përgjigjet të gjitha pyetjeve saktësisht dhe në mënyrë të drejtë, si dhe të mos fshehë asnjë fakt mbi shëndetin e tij që mund të ndikojë vendimin e SIGAL.

SIGAL do të ketë të drejtë të verifikojë kërkesat për mbulim në sigurim të paraqitura nga i siguruari dhe të dhënat shëndetësore të deklaruara nga ai/ajo. I siguruari, për këtë qëllim, duhet të lejojë dhenien e informacioneve përcaktuese në vlerën e primit. Nëse deklaratat e të siguarit do të jenë të pasakta në ato pika që përcaktojnë primin, SIGAL do të dërgojë të siguarit një kërkesë për të saktësuar të dhënat e gabuara, kosto e së cilës do të paguhet nga i siguruari. Nëse kërkesa nuk do të respektohet pas përfundimit të një periudhe 30 ditore që nga postimi i saj, SIGAL do të jetë i çliruar nga detyrimet kontraktuale. Nëse të dhënat saktësohen, SIGAL do të komunikojë të siguarit një prim përfundimtar të llogaritur në bazë të të dhënave të ndryshuara, të pagueshëm në mënyrë retroaktive dhe brenda 30 ditëve. Nëse i siguruari shkel një nga detyrimet kontraktuale të tij/saj, SIGAL do të çlirohet nga çdo përgjegjësi, përveçse nëse ka prova që shkelja ishte e paqëllimshme, ose që nuk ndikoi sadopak mbi madhësinë e dëmit, ose mbi të drejtat dhe detyrimet e SIGAL. Në rast abuzimi, mashtrimi ose përpjekje për

abuzim apo mashtrim dhe në se SIGAL mund të paraqesë prova, atëherë i siguruari mund të përjashtohet nga mbulimi në sigurim në mënyrë të menjëhershme.

Neni 4 **Përcaktime**

Persona të Siguruar

Person i Siguruar mund të jetë çdo individ si edhe anëtar i familjes së tij, aplikimi për sigurim i të cilit është miratuar nga Siguruesi, të dhënat e të cilit janë renditur në policën origjinale të sigurimit dhe në shtojcat e saj, si dhe për të cilin është paguar primi përkatës i sigurimit. Nuk do të pranohen për herë të parë në sigurim të gjithë ata persona që në momentin e aplikimit janë në moshën 60 vjeç e lart, apo që do ta arrijnë këtë moshë gjatë periudhës përkatëse të sigurimit për të cilën kërkojnë të sigurohen. Nuk do të mund të vazhdojnë të sigurohen me të njëjtat përfitime dhe prime të gjithë ata persona që arrijnë moshën 75 vjeç;

Çmime të arsyeshme dhe të zakonshme

Do të konsiderohen si cmime të arsyeshme dhe të zakonshme ato tarifa procedurash mjekësore të cilat janë të përcaktuara në ankeset e kësaj kontrate sigurimi dhe për diferencat përtej të cilave Siguruesi nuk ofron mbulim

Polica e sigurimit:

Nënkupton dokumentin ku përcaktohet, periudha e sigurimit, lista e emërore e personave të siguruar, Kontraktuesi, primi i sigurimit, si edhe lista e përfitimeve për shërbimet mjekësore që mbulohen.

E pa nevojshme nga ana mjekësore:

- a. Shërbimet e dhëna në një strukturë mjekësore që aplikon çmime më të larta se çmimet e përcaktuara në listën e çmimeve të arsyeshme dhe të zakonshme;
- b. Shërbimet me shtrim në spital që zgjasin 10 ditë me tepër se ditët e parashikuara të qëndrimit në parashikimin paraprak mjekësor (psh kodin e ndërhyrjes kirurgjikale);
- c. Prania në sallën e operacionit e më tepër se një kirurgu, anestezisti dhe asistenti, përveç rasteve kur Siguruesi aprovon ndryshe, bazuar në diagnozën e identifikuar;
- d. Ekzaminimet dhe terapitë për të cilat përfituesi nuk ka simptoma të dokumentuara me rezultate mjekësore, me përjashtim të disa testeve, ekzaminimeve (si psh ekzaminimet në kuadër të kujdesit parandalues).
- e. Shërbimet nuk kërkojnë bazuar në diagnozën e personit të siguruar, por bazohen psh në diagnozën e një të afërmi.
- f. Artikujt dhe shërbimet e administruara për një të siguruar për shkaktimin ose ndihmën në shkaktimin e vdekjes

Ngjarje / Limit për ngjarje:

Të gjitha ngjarjet, që rrjedhin drejtpërdrejt ose jo, nga një burim ose shkak fillestar do të konsiderohen si një ngjarje pavarësisht periudhës së sigurimit. Në termat dhe kushtet e kësaj police sigurimi, do të konsiderohet një ngjarje çdo pasojë dhe shpenzim mjekësor që rrjedh për të njëjtën sëmundje/gjendje. Në fillim të vitit të ri të sigurimit rezervohet e drejta për të kërkuar rivendosje të shumës së limitit për ngjarje. Rivendoja e shumës së limitit për ngjarje do të aplikohet (nëse aprovohet) për periudhën e re të sigurimit në vazhdim dhe krahas pagesës së një primi shtesë, i përllëgaritur nga Siguruesi.

Limit maksimal për ngjarje është shuma maksimale që siguruesi paguan për të gjitha shërbimet mjekësore që rezultojnë nga një ngjarje e vetme. Ky limit aplikohet për të gjitha ngjarjet e mbuluara nga polica e sigurimit që kanë nevojë për shtrim në spital. Çdo shpenzim mjekësor që do të rezultojë për dhe si rezultat i së njëjtës ngjarje

do të konsiderohet si shpenzim për të njëjtën ngjarje dhe do të mbulohet deri në limitin për ngjarje, edhe nëse, shpenzimet mjekësore shtrihen përtej vitit të sigurimit me kushtin që polica e sigurimit është e rinovuar, pra është aktive. Shembuj që ilustrojnë ngjarjen përfshijnë, por nuk limitohen tek shtatzania.

Sëmundje:

Përkeqësim i paqëllimshëm i gjendjes shëndetësore, e diagnostikuar nga një mjek, që nuk është rrjedhojë e një aksidenti. Komplikacionet që zhvillohen gjatë shtatëzanisë ose lindjes konsiderohen sëmundje. Sëmundja do të konsiderohet të jetë e gjitha lëndimet dhe efektet që dalin nga diagnoza e njëjtë, si dhe të gjitha sëmundjet për shkak të së njëjtës arsye ose shkaqeve të ngjashme. Nëse një sëmundje është për shkak të së njëjtit shkak që prodhoi një Sëmundje të mëparshme ose një shkak të lidhur, Sëmundja do të konsiderohet si vazhdimësi dhe jo si sëmundje e veçantë;

Komplikimet e shtatzanisë:

Gjendje shëndetësore, që përfshin abortin me indikacion të mjekut apo miss abort, shtatëzaninë ektopike, fetus mortuum in utero, hemorragjitë e pas lindjes, retensioni placentar, raptura dhe inversioni uterin;

Kufinj mbulimi:

Është vlera maksimale e shpenzimeve për çdo përfitim të përcaktuar në veçanti në Listën përkatëse të Përfitimeve, që Siguruesi do të paguajë për çdo trajtim apo kujdes të mbuluar nga kjo policë, i cili si shpenzim i vecante apo total shpenzimesh nuk mund të kalojë limitin vjetor apo limitin për ngjarje të përcaktuar në policë për ngjarje dhe as limitin e maksimal vjetor të përcaktuar në policë

Periudha e pritjes:

Nuk do të kualifikohen për ndonjë Përfitim nga kjo policë sigurimi çdo sëmundje e shfaqur, trajtuar apo që ka shfaqur simptomën e parë gjatë periudhës të përcaktuar si periudhë pritje e cila fillon nga data e fillimit ose nga përfshirja e një të siguruari të ri.

Sëmundjet paraekzistuese:

Çdo sëmundje, plagë, ose ngjarje që: - Është anomali kongjenitale, është diagnostikuar nga një mjek apo ka kërkuar trajtim mjekësor përpara datës së fillimit të policës, duke përfshirë këtu edhe marrjen e ilaçeve; - Ka shfaqur simptoma përpara datës së fillimit të policës ose gjatë periudhës së pritjes, të cilat do të ishin diagnostikuar nëse personi do të ishte i kujdesshëm dhe do të kërkonte këshillim apo trajtim mjekësor;

Emergjencë:

Gjendje që mund të konstatohet në fillimi apo përkeqësimi papritmas i një sëmundjeje që rezulton në një gjendje mjekësore, që kërcënon në mënyrë të menjëherëshme shëndetin, duke kërkuar në këtë mënyrë marrjen e masave mjekësore urgjente. Do të mbulohen në kuadër të emergjencës vetëm trajtimi mjekësor nga një mjek i përgjithshëm ose mjek specialist, ose shtrimi në spital brenda 24 orëve nga ndodhja e ngjarjes, që shkakton emergjencën;

Shtrim në spital:

Çdo qëndrim mbi 24 orë të njëpasnjëshme, por jo më tepër se 30 ditë për një gjendje/swmundje, si pasojë e këshillës, dhe nën mbikëqyrjen dhe kujdesin e një mjeku

Institucion mjekësor:

Do të quhet një person juridik i licencuar nga organet përkatëse të vendit ku ndodhet, për të shërbyer si qendër mjekësore apo kirurgjike; qëllimi i të cilës është që në ambjentet e saj të kujdeset për të sëmurët; ku pacienti është nën kujdesin e vazhdueshëm të një mjeku dhe ku mbahen të dhënat mbi problemet shëndetsore të tij. SPA-të, Hidro Klinikat, institucionet që ofrojnë shërbime sanitare për personat e paafte (sanitaria) Institutet e Rehabilitimit, përfshirë institucionet për personat me aftësi të kufizuara, psikologët, sociologët dhe profesione të ngjashme me to, dhe Azilet për të Moshuarit, Institucionet e kujdesit paliativ, nuk do të konsiderohen si spitale.

Mjek:

Çdo ushtrues i profesionit mjekësor që ka një diplomë të njohur nga shteti, apo një diplomë të barazvlefshme ndërkombtare, për ushtrimin e profesionit mjekësor dhe nuk ka lidhje familjare apo pune me personin e siguruar;

Trajtim:

Çdo kujdes i pranuar shkencërisht që synon të ripërtrijë apo ruajë shëndetin, që i përmbahet këshillave mjekësore dhe që njihet si kujdes mjekësor nga organet përkatëse të vendit ku jepet.

Trajtimi eksperimental:

Një trajtim, procedurë, proces trajtimi, pajisjeve, ilaçeve ose produkteve farmaceutike, të destinuara për përdorim mjekësor ose kirurgjik, të cilat nuk janë pranuar universalisht si të sigurta, efektive dhe e përshtatshme për trajtimin e Sëmundjeve ose Lëndimeve nga organizatat e ndryshme shkencore të fituara nga bashkësia ndërkombëtare mjekësore, ose që është duke i'u nënshtruar studimit, kërkimit, testimit ose është në çdo fazë të eksperimentimit klinik.

Periudha e Sigurimit:

Periudha e vlefshmerisë së kontratës së sigurimit nga data e përcaktuar si datë fillimi deri në datën e përcaktuar si datë e mbarimit të kontratës së sigurimit, e cila përcaktohet në Policën e sigurimit dhe nuk mund të jetë më e gjatë se një vit, përveçse nëse palët bien dakord ndryshe; Në rastin e periudhave të sigurimit më të shkurtra se një vit, primi i sigurimit do të ketë një llogaritje proporcionale të primit të sigurimit dhe gjatë kësaj periudhe i siguruari nuk ka të drejtë të marrë shërbime mjekësore në kuadër të kujdesit parandalues dhe mirëqënies;

Polica e Sigurimit:

Është dokumenti i sigurimit ku përfshihen Çertifikata e sigurimit, Lista e Përfitimeve, Kushtet e Përgjithshme, Kushtet e veçanta, Lista e personave të siguruar;

Shërbime ambulatorie diagnostikuese:

Do të quhen shërbimet në një qendër mjekësore/spital, ku pacienti nuk e ka të nevojshme nga ana mjekësore që të qëndrojë më tepër se 24 orë

Përfshin ekzaminime mjekësore me rekomandim mjekësor nga një specialist, që kryhen në kushte shfaqjes së rezultateve laboratorike apo imazherike jashtë norme me qëllim identifikimin/gjetjen e diagnozës që mund të ketë

ndikuar në ndryshimin e vlerave laboratorike apo imazheve radiologjike të dyshimta; Lista e ekzaminimeve të përfshira, përmban: Imazhe me rezonancë magnetike (MRI), imazhe me skaner (CT), shintigrafi, PET dhe SPECT;

Shërbime ambulatorie trajtuese:

Medikamente:

Një substancë apo preparat, që përdoret për trajtim mjekësor dhe ka përberes aktiv kryesor një medikament me princip aktiv mjekësor dhe tregtohet në farmaci mjekësore. Do të përfshihen në këtë kategori:

-pajset mjekësore të rekomanduara nga mjeku për trajtimin e rastit si proteza te jashtme, kollare, rrjeta ortopedike e te ngjashme me to por jo aparaturat matese si aparat tensioni, diabeti, fisha diabeti, aparat aerosoli etj

-edhe vitaminat e rekomanduara nga mjeku për një diagnozë të përcaktuar për të shoqëruar një medikament me qëllim mbrojtjen e organizmit nga efektet anësore të medikamentit.

Nuk konsiderohen medikamente **vaksinat**, substancat apo preparatet qe tregtohen ne parafarmaci (jo farmaci) apo integroret ushqimore/dietike si produkte, si edhe produkte të cilat përdoren për higjenë intime, shampoo apo për kujdes personal etj, edhe nëse këto të fundit rekomandohen nga një mjek;

Kirurgji ditore (ODS):

Do të quhet kirurgjia në një qendër mjekësore/spital, ku pacienti nuk e ka të nevojshme nga ana mjekësore që të qëndrojë më tepër se 24 orë

Shtatzani dhe mëmësi:

Do të quhen të gjitha përkujdesjet e zakonshme për shtatzaninë dhe lindjen duke përfshirë këtu kujdesin para lindjes dhe 40 ditë pas lindjes, shpenzimet e spitalit, të mjekut obsteter dhe të mamisë për një lindje normale;

Pandemi, Endemi:

Sëmundje infektive, e përhapur në një vend ose në të gjithë botën në një periudhë të caktuar kohore dhe e përcaktuar si e tillë nga Organizata Botërore e Shëndetësisë

Sëmundje katastrofike:

Sëmundje katastrofike konsiderohet ajo sëmundje e cila kërkon hospitalizim ose shërim të zgjatur, por jo më gjatë se 90 ditë. Shembujt përfshijnë, kancerin, leuceminë, atakun në zemër ose goditjen në tru.

Kujdes parandalues dhe mirëqënie:

Një seksion në listën e përfitimeve që synon të promovojë shëndetin dhe mirëqënien e të sigurvearit. Shembujt përfshijnë, një check up mjekësor vjetor I cili kryhet nën simptoma ose pa simptoma mjekësore, fizioterapinë, kujdesin për dhëmbet dhe kujdesin për shikimin dhe programe të tjera të mirëqënies.

Transport mjekësor:

Nënkupton transportin e personit të sigurvear, me qëllim marrjen e një shërbimi mjekësor që kërkon shtrim në spital, që mbulohet nga polica e sigurimit. Transporti mjekësor mund të jetë i zakonshëm (ambulancë rrugore), për arsye të shpëtimit të jetës (transport me helikopter) dhe transport special (kur pacienti për shkak të sëmundjes e cila rrezikon jetën, nuk rekomandohet të lëvizë me transport të zakonshëm (siç është shërbimi i ambulancës ajrore)

Shpërblim monetar fiks:

Nënkupton një shumë monetare fikse, e cila do t'i dëmshperblehet të siguruarit, i cili për një shërbim të mbuluar nga polica e sigurimit nuk paraqet faturë për rimbursim, sepse shërbimet mjekësore i ka marrë nëpërmjet një police tjetër sigurimi, aktive. Shembujt përfshijnë shërbimet e marra në spital publik apo ilaçet e marra nëpërmjet skemës së rimbursimit nëpërmjet skemave publike shëndetësore.

Realizimi i shërbimit:

Nënkupton procesin që do t'i nënshtrohet i siguruari sipas përzgjedhjes së tij në momentin e nënshkrimit të kontratës, për të përfituar mbulimin në sigurim të shërbimit mjekësor të parashikuar në listën e përfitimeve të kësaj police sigurimi. Procesi që do të aplikohet për të siguarin do të jetë i përcaktuar në anekset e kësaj kontrate sigurimi. Shembujt përfshijnë pagesën direkte, rimbursimin, autorizimin paraprak, etj.

Zona e mbulimit:

Nënkupton, shtetin ku i siguruari ka të drejtë të marrë shërbimet mjekësore të cilat listohen si mbulime në policën e sigurimit. Nëse vërtetohet se shërbimi mjekësor për të cilin i siguruari ka nevojë, nuk ofrohet në shtetin që përfshihet në zonën e mbulimit, atëherë shërbimi do të mbulohet dhe i siguruari do të ketë një % të mbulimit e cila do të jetë deri në 70% të vlerës së faturës mjekësore.

Emergjenca jashtë zonës së mbulimit

Sigurim në rast aksidenti:

Neni 5

Përfshirje të përgjithshme

Ngjarjet apo sëmundjet e mëposhtme nuk mbulohen nga ky sigurim, përveçse në rast marrëveshje me shkrim me SIGAL:

- 1) shpenzimet mjekësore, që rrjedhin nga kushte paraekzistuese sipas përkufizimit “Gjendje Paraekzistuese”
- 2) pasojat e sëmundjeve që rrjedhin nga një veprim i qëllimshëm i të siguarit, pavarësisht nga shëndeti mendor i të siguarit, ose një përprerje e dukshme e keqtrajtimit të vetvetes;

Sëmundje gjatë kohës që i siguruari është në shërbim ushtarak, apo është antar vullnetar i forcave ushtarake gjatë luftës, sepse mbulimi i sigurimit pezullohet në kushte lufte

Kurat e rinisë apo bukurisë (kirurgji apo trajtime estetike) nuk do të mbulohen

Nuk do të mbulohen trajtimi kirurgjikal i devijacionit të septumit nazal dhe kirurgjitë që janë rrjedhojë, apo që shkaktohen nga ky devijacion; investigimi për intolerancë ushqimore, logopedia dhe geriatri, aparati i dëgjimit apo implantet kokleare dhe trajtimi afatgjatë i alergjive (**trajtimi me vaksina**);

Shërbimet mjekësore, që vijnë si pasojë e dëmtimit të meniskut apo ligamentit dhe që ndodhin në vitin e vitin e parë dhe të dytë të sigurimit me kushtin që i siguruari nuk ka ndërprerje të periudhës së sigurimit;

Sëmundje që rrjedhin drejtpërdrejt nga krime apo veprimtari të kundraligjshme të kryera në mënyrë të vetëdijshme

Sëmundje të shkaktuara nga shërbimi në ushtri jashtë vendit

Dëmtime të shëndetit si pasojë e rrezatimit jonik si dhe rreziqeve të energjisë bërthamore në rast aksidentesh të mëdha

Kontrasepsioni për meshkuj apo femra, sterilizimi dhe kujdesi për probleme seksuale, kthim mbrapsht i sterilizimit, hetimi dhe kujdesi për infertilitetin, operacione për ndryshimin e seksit;

Trajtimi për sëmundjet veneriane (seksualisht të transmetueshme SST) ose AIDS dhe të gjitha sëmundjet e shkakturara nga virusi HIV AIDS dhe / ose që kanë lidhje me të;

Të gjithë trajtimet të marra me indikacion të drejtpërdrejtë ruajtjen, trajtimin apo përmirësimin e shëndetit të fetusit;

Përkujdesi ndaj alkoholizmit, varësisë ndaj drogave, lëndëve të tjera që shkaktojnë varësi dhe çdo pasojë e drejtpërdrejtë ose jo e drejtpërdrejtë e tyre

Çdo pasojë apo shpenzim mjekësor që vjen si pasojë e një sëmundje shkaktuar nga ndikimi i alkolit apo substancave narkotike;

Kirurgjinë radiale keratomike në rast miopie, astigmatism, hipermetropi, apo presbyopi;

Shpenzimet për gjetjen dhe marrjen në dorëzim të organeve për transplant;

Shërbimet mjekësore që i siguruari ofron si dhurues i organit, ku përfshihen: a) procedura e hetimit me ekzaminime për vendndodhjen kur i siguruari është dhurues. B) Shërbimet spitalore që ofrohen për dhuruesin e organit, duke përfshirë strehimin në një dhomë spitalore, ose seksion spitalor, ushqim, shërbime të përgjithshme infermiere, shërbime të rregullta të ofruara nga stafi i Spitalit, testet laboratorike dhe përdorimi i pajisjeve dhe objekteve të tjera spitalore, sendet për përdorim personal gjatë procesit të heqjes së organit ose indeve që duhet të transplantohen.

Shpenzimet për problemet e zhvillimit mendor dhe fizik;

Dializa dhe mosfunksionimi i veshkave;

Dhimbjet e lindjes që nuk rezultojnë në lindje të fëmijës, gjakrrjedhje të rastësishme, pushim të keshilluar nga mjeku gjatë shtatzanisë, turbullira mëngjesore, turbullira dhe vjellje të theksuara (hypermesis, gravidarum), preclampsia dhe gjendje të tjera të lidhura me një shtatzani të vështirë por që nuk përcaktohen si komplikime shtatzanie; shtatzani ektopike të cilës i jepet fund dhe ndërprerje spontane të shtatzanisë që ndodh gjatë periudhës në të cilën lindja nuk është e mundur.

Shërbimet mjekësore në kuadër të komplikimeve të shtatzanisë, por që nuk përcaktohen si komplikime sipas përkufizimit komplikime shtatzanie

Aborti (NVB-ndërprerje e vullnetshme e barrës) për qëllime të planifikimit familjar, konsiderohen të tilla rastet e abortit që nuk lidhen me një diagnozë ekzistuese në momentin e shtatzanisë, e cila kërcënon jetën e nënës nëse shtatzania vazhdon;

Nuk ka mbulim për qëndrime në institucione që kryesisht janë të specializuara për rehabilitim;

Trajtimi eksperimental si dhe ato procedura diagnostike, terapeutike dhe/ose kirurgjikale siguria dhe besueshmëria e të cilave nuk janë vërtetuar shkencërisht;

Shpenzimet e paarësishme dhe panevojshme të kryera nga i siguruari; të gjitha shpenzimet mjekësore spitalore në rastin kur limiti për ngjarje është ezauruar

Shpenzimet përtej cmimeve të arsyeshme dhe të zakonshme përvec, rasteve kur Siguruesi ka rënë dakord me shkrim për mbulimin e tyre ;

Medikamentet me natyrë biologjike

Shërbime në institucione jo mjekësore

Shërbime të pa mbuluara

Ngjarjet, procedurat mjekësore apo sëmundjet e mëposhtme nuk mbulohen nga ky sigurim, përvecse në rast se i siguruari i zgjedh këto shërbime në momentin e kërkesës për sigurim gjatë nënshkrimit të kontratës, krahas pagesës së primit shtesë

Ajo % e totalit të faturave të shërbimeve mjekësore, të cilat mbulohen nga polica e sigurimit dhe përcaktimet në listën e përfitimeve;

Evakuimi me ambulancë ajrore në kushtet e pandemive, endemive, epidemeve;

Trajtimi i obezitetit apo peshës së tepërt;

Vaksinat dhe vitaminat të cilat me rekomandim mjekësor përshkruhen nga mjeku për qëllim të trajtimit të nje ngjarje të mbuluar nga kjo policë sigurimi

Shërbimet mjekësore të cilat nuk ofrohen në zonën e mbulimit të kësaj police sigurimi

Hetimi dhe kujdesi për infertilitetin

Lentet, xhamat optike

Kontrolle të zakonshme dentare dhe protezat dentare

Fizioterapi, logopedi

Procedurë in vitro

Udhëtim dhe akomodim jashtë vendit për pacientin që vuan nga një sëmundje katastrofike dhe një të afërm që e shoqëron

Shërbimi i psikologut

Shërbimi i infermierit në shtëpi

Shërbimet jashtë zonës së mbulimit për shërbimet mjekësore të cilat nuk ofrohen në zonën e mbulimit të policës së sigurimit përzgjedhur nga i siguruari;

Shërbim dhe kujdes paliativ

Shpenzimet për gjetjen dhe marrjen në zotërim të organeve nuk mbulohen nga kjo policë

Neni 6

Pagesa e primit

Primi si dhe/ose këstet janë të pagueshëm përpara datës së fillimit të mbulimit në sigurim. Nëse primi nuk është paguar deri në datën e përcaktuar, atëherë kjo policë do të pezullohet. Pagesa e primit duhet të bëhet nëpërmjet një transferte bankare në llogarinë e përcaktuar nga SIGAL.

Neni 7

Periudha e lejuar e vonesës

SIGAL lejon një periudhë vonese në pagesën e primit prej 14 ditësh që nga data kur primi duhet të ishte paguar. Kjo periudhë nuk zbatohet në pagesën e primit të parë apo këstit të parë të primit. Gjatë periudhës së lejuar të vonesës polica qëndron në fuqi. Nëse primi nuk paguhet deri në fund të kësaj periudhe vonese, atëherë polica përfundon dhe data e fundit të mbulimit është data kur primi duhej të ishte paguar. Pas përfundimit të afatit: - Polica konsiderohet e pavlefshme, dhe - Mbulimi i përfutur nga polica përfundon.

Neni 8

Modifikimi i primit

SIGAL do të ketë të drejtë të ndryshojë primin në fillim të një viti të ri sigurimi. Nëse primi ndryshohet, SIGAL do të vërë në dijeni policëmbajtësin për kushtet e reja brenda jo më pak se 30 ditëve para përfundimit të vitit të sigurimit. Policëmbajtësi do të ketë të drejtë të përfundojë kontratën në fund të vitit të sigurimit në fjalë. Që ky përfundim të jetë i vlefshëm, SIGAL duhet të lajmërohet para datës së fundit të vitit të sigurimit, në të kundërt SIGAL do të ketë të drejtë të konsiderojë se policëmbajtësi është dakort me ndryshimet e kontratës.

D. KËRKESA PËR DËMSHPËRBLIM

Neni 9

Njoftimi i rastit të sigurimit/proçedura e trajtimit të dëmit

Në rast ndodhje të rastit të sigurimit, i siguruari duhet të bëjë gjithshka të mundur brenda fuqive të tij/saj për të kufizuar nivelin e shpenzimeve

Të gjitha kërkesat për dëmshpërblim duhet të paraqiten duke përdorur formularë të miratuar nga SIGAL ose aplikacionin dixhital të Siguruesit për telefona celularë.

Kërkesat duhet të plotësohen nga i siguruari, duhet të shoqërohen me faturat/recetat origjinale të detajuara të shërbimit/eve mjekësor të përfutur si dhe duhet të shoqërohen nga çdo dokument mbështetës që kërkon SIGAL. Të gjitha shpenzimet e nevojshme për keto dokumenta do të mbulohen nga i Siguruari. Kërkesat për dëmshpërblim për fëmijët nën 18 vjeç duhet plotësohen nga një prind apo kujdestar. I Siguruari/kërkuesi i dëmshpërblimit mban përgjegjësi për saktësinë e kërkesës për dëmshpërblim të paraqitur. Gjithashtu i Siguruari/kërkuesi duhet, me aq sa mundet, të vërtetojë që faturat i përkasin trajtimit të dhënë. I Siguruari/kërkuesi duhet të ndihmojë SIGAL, ose shoqërinë e asistencës së zgjedhur nga SIGAL që të marrë të dhënat e nevojshme për shqyrtimin e kërkesës për dëmshpërblim. I siguruari zotohet të bëjë gjithshka të mundur që do të ndihmojë në përcaktimin e natyrës dhe shkallës së sëmundjeve. Nëse i kërkohet, ai/ajo duhet të pranojë një kontroll mjekësor të kryer nga një mjek i zgjedhur nga SIGAL si dhe duhet të pranojë të shtrohet në spital nëse përmirësimi shëndetësor varet nga kjo gjë. I Siguruari duhet të kontaktojë një mjek brenda një periudhe kohë të arsyeshme pas një aksidenti apo shfaqjes së një sëmundjeje. SIGAL ruan të drejtën të shqyrtojë të dhënat mjekësore dhe të lidhet drejtpërdrejtë me ofruesit e shërbimeve mjekësore, mjekët e familjes, mjekët që kanë dhënë trajtimin mjekësor, terapistët dhe spitalet. Vlera e

dëmshpërblimit paguhet në monedhë në të cilën është faturuar shërbimi mjekësor i marrë, përjashtuar rastet kur bihet dakord ndryshe midis palëve.

Vlera e dëmshpërblimit paguhet në përputhje me masën e mbulimit të paraqitur në Listën e përfitimeve, limitin maksimal të shprehur në policë, çmimet e arsyeshme dhe të zakonshme për atë shërbim

a. Shërbime mjekësore me garanci pagese

Nëse i siguruari ka zgjedhur këtë metodologji të procesimit të kërkesës / ve për dëmshpërblim, atëherë :

Duke respektuar shërbimet e përcaktuara në policë për të cilat i Siguruari mund të kërkojë Garanci Pagese, ndiqet kjo procedure: - I Siguruari duhet të kontaktojë një anëtar të **Rrjetit Mjekësor Sigal** për të marrë shërbimin e nevojshëm shëndetësor; - I Siguruari, ose një person i autorizuar plotëson “ Kërkesë për Asistencë/Garanci Pagese, të plotësuar në të gjithë rubrikat; SIGAL, komunikon me anëtarin e Rrjetit Mjekësor lidhur me kostot respektive të shërbimit mjekësor që i siguruari planifikon të marrë dhe dërgon Garancinë e pagesës duke konfirmuar vlerën e shërbimit i cili do t'i faturohet SIGAL dhe që do të paguhet nga SIGAL në favor të Spitalit/Klinikës SIGAL, do të përcaktojë në Garancinë e Pagesës shumën për t'u paguar duke marrë parasysh edhe: - Kufijtë e mbulimit, - Pjesën e zbritshme, bashkesigurimin, - Shpenzimet e pambuluara, - cmimet e arsyeshme dhe të zakonshme (shërbime të pambuluara, kushte paraekzistuese dhe shpenzime të panevojshme nga ana mjeksore).

I siguruari ka detyrimin të firmosë faturën në përfundim të shërbimeve të marra, në të kundërt Siguruesi rezervon të drejtën të mos paguajë faturën ndaj Ofruesit të shërbimeve shëndetësore;

b. Shërbime mjekësore me rimbursim

Në rast se, i siguruari ka zgjedhur këtë metodologji të procesimit të kërkesës / ve për dëmshpërblim atëherë ai për cdo shërbim pagan vetë institucionin mjekësor, pjesë ose jo e Rrjetit mjekësor SIGAL për shërbimin mjekësor të marrë, i Siguruari rezervon të drejtën të paraqesë kërkesë për rimbursim shpenzimesh mjekësore në përputhje me parashikimet në këto kushte.

Pavarësisht pikave të Nenit 14, çdo kërkesë për dëmshpërblim duhet t'i njoftohet SIGAL menjëherë dhe jo më vonë se 30 ditë pasi rrethanat e kërkesës i janë bërë të ditura të siguruarit. Çdo shumë e paguar nga SIGAL dhe e pranuar pa të drejtë nga i siguruari duhet të rikthehet menjëherë SIGAL.

c. Shërbime mjekësore me garanci pagese, kundrejt procedurës së autorizimit paraprak

Nëse i siguruari ka zgjedhur këtë metodologji të procesimit të kërkesës / ve për dëmshpërblim, atëherë :

Duke respektuar shërbimet e përcaktuara në policë për të cilat i Siguruari mund të kërkojë Autorizim paraprak me qëllimin për t'u pajisur me garanci pagese, ndiqet kjo procedure:

I siguruari plotëson në cdo zë kërkesën për Autorizim paraprak dhe bashkëngjijtë gjitha dokumentat mbështetës, raportin mjekësor dhe një vlerësim paraprak të shpenzimeve mjeksore. E dërgon kërkesën pranë SIGAL UNIQA. SIGAL miraton ose jo marrjen e shërbimit për të cilin kërkohet autorizimi paraprak, të paktën 24 (njëzet e katër) orë përpara datës së planifikuar për këtë shërbim.

Në rast miratimi të kërkesës SIGAL, do të përcaktojë në Garancinë e Pagesës shumën për t'u paguar duke marrë parasysh edhe: - Kufijtë e mbulimit, - Pjesën e zbritshme, bashkesigurimin, - Shpenzimet e pambuluara, - cmimet e arsyeshme dhe të zakonshme (shërbime të pambuluara, kushte paraekzistuese dhe shpenzime të panevojshme nga ana mjeksore).

Nëse nuk është marrë autorizimi paraprak, atëherë SIGAL ruan të drejtën të mos paguajë shumën e pretenduar për dëmshpërblim nëse trajtimi/ shërbimi mjekësor mbulohet nga policia dhe shuma e shpenzimeve janë të arsyeshme dhe të zakonshme për trajtimin apo procedurën mjekësore të kryer. Në rast urgjence mjekësore, kur kujdesi duhet

të jepet në mënyrë të menjëhershme, SIGAL duhet të njoftohet brenda 24 orëve për shpenzimet që përfitojnë mbulim.

d. Shërbime mjekësore vetëm pranë institucioneve mjekësore të përzgjedhura nga Siguruesi

Në rast se, i siguruari ka zgjedhur këtë metodologji të procesimit të kërkesës / ve për dmëshpërblim atëherë ai për cdo shërbim ai paguan vetë në institucionin mjekësor të përzgjedhur nga SIGAL vetëm për vlerën e faturës e cila nuk mbulohet sipas % të mbulimit të parashikura në policën e sigurimit.

I Siguruari për këtë diferencë të paguar mund të të paraqesë kërkesë për rimbursim shpenzimesh mjekësore në përputhje me parashikimet në këtë policë vetëm në rast se masa e mbulimit ofruar nga Qendra shëndetësore është me e vogël se % e përcaktuar në këtë policë sigurimi.

e. Shërbime mjekësore nëpërmjet shpërblimit fiks

Në rast se, i siguruari ka zgjedhur këtë metodologji të procesimit të kërkesës / ve për dmëshpërblim atëherë ai për cdo shërbim mjekësor që merr nuk paraqet fatura mjekësore, por paraqet vetëm dokumentat mjekësore që vërtetojnë se i është nënshtruar procedurave mjekësore.

Siguruesi, në varësi të përcaktimeve në policën e sigurimit i akordon të siguarit një shpërblim monetar fiks.

Neni 10

Detyrimi për informim

I Siguruari merr persiper ti paraqesë SIGAL të gjitha të dhënat që janë te nevojshme në vlerësimin e kërkesës për dëmshpërblim. SIGAL do të ketë të drejtë të kërkojë të dhëna nga mjekët që merren aktualisht ose që janë marrë me trajtimin e gjendjes shëndetësore të pacientit, nëse këto të dhëna shërbejnë për të përcaktuar të drejtën e të siguarit për përfitime. SIGAL do të ketë të drejtë të kërkojë çertifikata mjekësore dhe dokumente të tjera, si edhe të organizojë kontrollin mjekësor të të siguarit nga një ose më shumë mjekë të zgjedhur nga SIGAL. Policëmbajtësi do të vërë në dijeni Siguruesin për çdo ndryshim në listen e personave të siguar, shtesat apo paksimet perkatese dhe të dhënat respektive për cdo ndryshim.

Neni 11

Fshehja e informacionit

Nëse i siguruari nuk përmbush detyrimin për të informuar, ai/ajo do të humbasë të drejtën për të përfituar deri në momentin kur ai/ajo rifillon ta respektojë këtë detyrim. SIGAL do të përcaktojë një periudhë shtesë prej 14 ditësh, gjatë të cilave i siguruari duhet të përmbushë detyrimet e tij/saj. Pas përfundimit të këtij afati, të gjitha pagesat e përfitimeve do të ndërpriten.

Neni 12

Mesazhe dhe adresa

Në rast se paraqitet një kërkesë për dëmshpërblim, ose në rast se SIGAL njoftohet nga një prej antarëve të Rrjetit Mjekësor Sigal për një trajtim, atëherë SIGAL do të njoftojë me shkrim të siguarin për pjesën e pagueshme nga i siguruari si edhe për pjesën që mbulohet nga SIGAL, sipas përcaktimit të SIGAL. Që të jenë të vlefshëm, cdo mesazh apo dërgim informacioni nga policëmbajtësi ose i siguruari, duhet të drejtohet drejtpërdrejtë Zyrate Qendrore të SIGAL në Tiranë.

SIGAL do të adresojë çdo mesazh apo informacion në adresën më të fundit të njoftuar nga policëmbajtësi ose i siguruari.

E. DATA E FILLIMIT, KOHËZGJATJA DHE PËRFUNDIMI

Neni 13

Kohëzgjatja dhe përfundimi

- a) Kjo policë hyn në fuqi në orën 24:00 të datës së shënuar në policë si datë e fillimit të periudhës së sigurimit dhe përfundon në orën 24:00 të datës së shënuar në policë si datë e përfundimit të kontratës.
- b) Për të gjithë individët që sigurohen për herë të parë si dhe për të gjitha planet e reja të sigurimit do të zbatohet një periudhë pritjeje prej 45 ditësh, e cila nuk përfshin shtatëzaninë dhe trajtimin psikiatrik dhe semundjet malinje. Megjithatë, gjatë kësaj periudhe do të mbulohen shpenzimet që lindin nga trajtime të nevojshme si pasojë e shkaqeve urgjente apo aksidenteve. Periudha e pritjes që aplikohet për shtatzani normale dhe/ apo komplikime të saj është 10 muaj; Periudha e pritjes që aplikohet për trajtimin psikiatrik është 24 muaj, periudha e pritjes që aplikohet për kemioterapi dhe radioterapi është 6 muaj. Periudha e pritjes lidhet me datën e fillimit të periudhës së parë të sigurimit. Periudha e pritjes që aplikohet për COVID – 19 është 15 ditë nga data e marrjes në sigurim për herë të parë. Periudha e pritjes mund të mos zbatohet nëse, me miratimin e Siguruesit policëmbajtësi transferohet menjëherë nga një kontratë e njëjtë sigurimi në grup me një shoqëri tjetër sigurimi të shëndetit.
- c) Kontrata e sigurimit do të rinovohet vetvetiu çdo vit përveçse nëse përfundohet nga njëra prej palëve tre muaj para datës të përfundimit. d) Pas çdo rasti sigurimi për të cilin kryhet një rimbursim, SIGAL do të ketë të drejtë të përfundojë mbulimin e të siguruarit, ose nëse e gjykon të nevojshëm, të të gjithë grupit pas pagesës së dëmshpërblimit përkatës, ndërsa policëmbajtësi do të ketë të drejtë të përfundojë kontratën brenda 14 ditëve që nga marrja e dëmshpërblimit. Nëse kontrata përfundohet nga SIGAL, atëherë përgjegjësia e SIGAL përfundon në fund të vitit të sigurimit në fjalë. Nëse policëmbajtësi përfundon kontratën, atëherë përgjegjësia e SIGAL përfundon me marrjen e njoftimit për përfundimin.

Neni 14

Përfundimi i mbulimit në sigurim - Mbulimi përfundon: a) kur i siguruari nuk përcaktohet më si një person i siguruar nga policëmbajtësi, sipas përcaktimeve në Nenin 5; b) kur kontrata e sigurimit përfundohet apo pezullohet si pasojë e mospagimit të primit apo kësteve të tij.

F. TË NDRYSHME

Neni 15

Sekreti mjekësor

I siguruari çliron nga detyrimi i sekretit profesional të gjithë mjekët me të cilët ai/ajo është këshilluar para apo gjatë periudhës së sigurimit, për të mundësuar dhënien e informacioneve SIGAL dhe mjekëve të caktuar nga SIGAL. SIGAL zotohet ta trajtojë në mënyrë konfidenciale të gjithë informacionin e dhënë, duke përfshirë këtu rezultatet e kontrolleve dhe analizave që mund ti bëhen të ditur.

Neni 16

Mbulimi nga palë të treta

- a. Kur të kërkohet pagesa e shpenzimeve mjekësore, apo rimbursimi i pagesës, Sigal duhet të njoftohet nëse i siguruari mbulohet nga një policë tjetër sigurimi, apo plan sigurimi shëndeti. Në këto raste, SIGAL do të bashkërendojë pagesën dhe nuk do të jetë përgjegjës për më shumë se pjesën që i takon proporcionalisht.
- b. Nëse kërkesa për rimbursim, apo pagesë të shpenzimeve mbulohet plotësisht, apo pjesërisht nga një program i financuar nga një organ qeveritar (shembull: programi i vaksinimit), atëherë SIGAL nuk do të jetë përgjegjës për pjesën e mbuluar.
- c. Policëmbajtësi dhe i siguruari zotohen të bashkëpunojnë me SIGAL dhe ta lajmërojnë menjëherë mbi çdo kërkesë apo të drejtë veprimi ndaj palëve të treta. Gjithashtu, policëmbajtësi dhe çdo i siguruar do ta njoftojnë SIGAL plotësisht dhe do të ndërmarrin çdo hap të arsyeshëm ndaj palëve të tjera për të kërkuar dëmshpërblim dhe për të mbrojtur interesat e SIGAL d. Në çdo rast, SIGAL do të ketë të drejtë të plotë të subrogimit.

Neni 17

Kalimi (cedimi) i të drejtave

I siguruari i kalon (cedon) SIGAL të gjitha të drejtat deri në shumën e pergjithshme të përfitimeve të paguara ne favor te tij/saj. I siguruari është i detyruar të konfirmojë me shkrim, nëse kërkohet, kalimin e të drejtave në favor të SIGAL, në të kundërt sigurimi do të përfundojë.

Neni 18

Shkelja e detyrimeve kontraktuale

SIGAL do të ketë të drejtë të verifikojë të dhënat e paraqitura nga i siguruari, i cili për këtë qëllim, duhet të lejojë dhenien e informacioneve përcaktuese ne vleren e primit. Nëse deklaratat e të siguarit do të jenë të pasakta në ato pika që përcaktojnë primin, SIGAL do ti dërgojë të siguarit një kërkesë për të saktësuar të dhënat e gabuara, kosto e së cilës do të paguhet nga i siguarari. Nëse kërkesa nuk do të respektohet pas përfundimit të një periudhe 30 ditore që nga postimi i saj, SIGAL do të jetë i ciliuar nga detyrimet kontraktuale. Nëse të dhënat saktësohen, SIGAL do ti komunikojë të siguarit një prim përfundimtar të llogaritur në bazë të të dhënave të ndryshuara, të pagueshëm në mënyrë retroaktive dhe brenda 30 ditëve. Nëse i siguruari shkel një nga detyrimet kontraktuale të tij/saj, SIGAL do të çlirohet nga çdo përgjegjësi, përveçse nëse ka prova që shkelja ishte e paqëllimshme, ose që nuk ndikoi sadopak mbi madhësinë e dëmit, ose mbi të drejtat dhe detyrimet e SIGAL. Në rast abuzimi, mashtrimi ose përpjekje për abuzim apo mashtrim dhe në se SIGAL mund të paraqesë prova, atëherë i siguruari mund të përjashtohet nga mbulimi ne sigurim në mënyrë të menjëhershme.

Neni 19

Përfundimi i sigurimit në grup

Kur një i siguar del nga një kontratë sigurimi në grup sepse ai/ajo nuk i përket më grupit të personave të përcaktuar në mënyrë kontraktuale si të siguar, ose sepse kontrata përfundon, ai/ajo do të ketë të drejtë të marrë pjesën në sigurimin individual shëndetësor të ofruar nga SIGAL. SIGAL ruan të drejtën të informojë të siguarin me shkrim për mundësinë e pjesëmarrjes në sigurimin individual shëndetësor.

Neni 20 Juridiksioni - Kjo policë dhe shtesat e saj i nënshtrohen legjislacionit të Republikës së Shqipërisë. Cdo mosmarrveshje që lind nga kjo policë do të zgjidhet nga Gjykata e Rrethit Tiranë, si vendi ku ndodhet Drejtoria e Përgjishme e SIGAL.

Neni 21 - Në rast se ka interpretime të ndryshme për këto Kushte të Përgjithshme, atëherë publikimi në Shqip do të ketë përparsi në interpretim. **Prevalence e interpretimit për anekset**

Neni 22 – Cmime të arsyeshme dhe të zakonshme

Lloji i shërbimit	Në rast paraqitje fature mjekësore	Në rast kërkesë për shpërblim fiks
Shtrim në spital		
Vizita mjekësore mjek specialist		
Skaner / Rezonancë		
Analiza laboratorike		
Ndjekje shtatzanie		
Lindje		
Shpenzime për bebin e siguar		
Medikamente		
Vizitë mjekësore psikolog		
Fizioterapi		
Fizioterapi rehabilituese		

Sherbim i infermierit në shtëpi		
Shërbim i marrjes së analizave në shtëpi		
Opinion i dytë mjekësor		
Kujdes për dhëmbët		
Kujdes për shikimin		
Pajisje të jashtme ortopedike		