

KUSHTET E PËRGJITHSHME TË SIGURIMIT “JETË PLUS”

Neni 1 Parashikime të përgjithshme

Sigurimi “Jetë Plus” bazohet në: a) këto Kushte të Përgjithshme Sigurimi (këtu më poshtë do të quhen “Kushtet e Përgjithshme”), në kushte shtesë, si edhe ne 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.

Në rast të kombinimit të mbulimit Jetë Plus me mbulime të tjera në sigurim, përcaktimi do të kryhet në formularin e policës së sigurimit. Kushtet shtesë, nëse aplikohen, do të krijojnë efekte juridike nëse është paguar primi përkatës i sigurimit.

Siguruesi nuk është i detyruar të paguajë shumën e sigurimit, nëse vërtetohet, se policëmbajtësi, apo i siguruari kanë dhënë informata të pa sakta në kërkesën për sigurim dhe kjo ka ndikuar në rëndimin e masës dëmit.

Neni 2 Objekti i sigurimit

Në përputhje me parashikimet e kushteve të përgjithshme dhe kategoritë e kufijtë e përcaktuar në Listën e Përfitimeve objekti i kësaj Police Sigurimi është t'i ofrojë të siguruarit mbulimin për shërbimet dhe shpenzimet mjekësore për trajtimin e sëmundjes/eve të mbuluara si edhe procedurat mjekësore, kur plotësohen të gjitha kushtet e mëposhtme:

- Procedura mjekësore kryhet gjatë periudhës së mbulimit;
- Sëmundja nuk është sëmundje para-ekzistuese;
- Diagnostikimi që çon në procedurën mjekësore konfirmohet nga me një opinion i dytë mjekësor;
- Sëmundja ose gjendja përkatëse nuk është diagnostikuar ose trajtuar dhe asnjë simptomë e ngjashme nuk është dokumentuar nga ana mjekësore në 10 vitet para datës së fillimit ose në datën e përfshirjes, ose gjatë Periudhës së Pritjes/Përrjashtimit të përcaktuar në këtë policë.
- Trajtimi është i domosdoshëm nga ana mjekësore;
- Shpenzimet janë brenda Limitit maksimal dhe kufijve të përcaktuar në Kushtet e Veçanta;
- Trajtimi është organizuar nga kompania e Sigurimit në përputhje me Procedurën e Kërkesave;
- Shpenzimet mjekësore kryhen jashtë Shqipërisë me përjashtim të shpenzimeve të ilaçeve të mbuluara siç është parashikuar në Klauzolën përkatëse.
- Shpenzimet për çdo procedurë diagnostike mjekësore, trajtim, shërbime, furnizime ose receta mbulohen nga Polica e Sigurimit.

Neni 3 Përcaktime të përgjithshme

Forma e aplikimit: Formular i cili plotësohet nga Policëmbajtësi ose i siguruari në mënyrë që të regjistrohet kërkesa për sigurim

Konsulent Kardiolog: Një mjek i cili është i specializuar dhe i njohur zyrtarisht si kardiolog nga Urdhri I Mjekut vendas në diagnostikimin dhe trajtimin e sëmundjeve ose gjendjeve të zemrës dhe enëve të gjakut.

FURTHER: FURTHER Underwriting International SLU (“FURTHER”), një kompani që organizon shërbimet e mëposhtme mjekësore të lidhura me Policën e Sigurimit: Shërbimi i Opinioneve të Dytë Mjekësore dhe Shërbimi Organizimit Mjekësor.

Shërbimi i Opinioneve të Dytë Mjekësore: Një opinion i dytë mjekësor në lidhje me sëmundjet e mbuluara. Kjo përfshin dhënien e një raporti të dytë të opinionit mjekësor, pas mbledhjes dhe shqyrtimit të detajuar të të dhënave mjekësore të pacientit, nga një specialist mjekësor ekspert.

Shërbimi i organizimit mjekësor: Një shërbim ku FURTHER, në lidhje me një dëm të miratuar organizon të gjitha detajet në lidhje me trajtimin mjekësor të një individi. Kjo përfshin Mbikëqyrjen e çështjes dhe asistencën me organizimin e udhëtimit dhe akomodimit për individin dhe çdo shoqëruar të përshtatshëm.

Pretendim: do të konsiderohet njoftimi i rastit në rast se sëmundja ose procedura mjekësore e kërkuar klasifikohet si e mbulueshme në klauzolën VI, duke i lejuar të siguruarit akses në përfitimet e kësaj police.

Data e Fillimit së policës së sigurimit: Data e rënë dakord midis palëve dhe e shënuar si e tillë në formularin e policës së sigurimit. Data e fillimit të sigurimit përkon me datën e pagesës së primit të sigurimit

Anëtar familje: (1) Partneri i Policëmbajtësit (2) një fëmijë i pamartuar i varur nga Policëmbajtësi ose bashkëshorti i Policëmbajtësit (duke përfshirë një fëmijë biologjik, ose një fëmijë të adoptuar ligjorisht). Vendbanimi kryesor i bashkëshortit ose i fëmijës së pamartuar të varur duhet të jetë i njëjtë me Policëmbajtësin nëse palët nuk bien dakord ndryshe. Përkufizimi i "varur" i nënshtrohet kushteve dhe kufizimeve në vijim: - Termi "anëtar familje" përfshin një fëmijë të pamartuar të varur që është mbi 18 vjeç, por më pak se 35 vjeç, nëse: fëmija nuk është rregullisht i punësuar në orar të plotë ose nuk punon në baza të vetëpunësimit. Fëmija është student me kohë të plotë; Fëmija kryesisht varet nga Policëmbajtësi ose nga Partneri i tij/saj për mbështetje dhe kujdes

Mjek: Profesionist, i cili është ligjorisht i autorizuar për të ushtruar profesionin e mjekut Përrjashtim: Kjo është një situatë ose kusht i përcaktuar që nuk mbulohet nga Polica e Sigurimit dhe për të cilën Shoqëria e Sigurimeve nuk është e detyruar të paguajë në rast të një Pretendimi. Përrjashtimet janë të renditura në Klauzolën VI të kësaj Police sigurimi; Periudha e pritjes/përrjashtimit: Nuk do të kualifikohen për ndonjë Përfitim nga kjo policë sigurimi nga çdo sëmundje e shfaqur, trajtuar apo që ka shfaqur simptomën e parë 180 ditë nga data e fillimit ose nga përfshirja e një të siguruari të ri.

Data e përfundimit së policës së sigurimit: Data në të cilën mbulimi në sigurim sipas kësaj Police do të nuk jetë më efektiv dhe kjo date është shënuar në Formularin e Policës së sigurimit

Pyetësi i Shëndetsor: Formulari i plotësuar dhe i nënshkruar nga i siguruari para formalizimit të Policës, i cili është bazë për analizën e riskut. Në rastin e të miturve, forma mund të plotësohet dhe të nënshkruhet nga personi madhor ose kujdestari ligjor i të siguruarit I siguruari: Personi i caktuar në Kushtet e Veçanta për të cilat është formalizuar Polica, duke përfutur nga të drejtat e kësaj Kontrate, por edhe duke marrë detyrimet e Kontratës në mungesë të Policëmbajtësit;

Kompania e Sigurimeve: Personi juridik që merr përsipër rrezikun sipas kushteve kontraktuale të ri-sigurimit që ka me kompaninë FURTHER DHE SIRUIS RE;

Kushtet e Veçanta: Dokumenti i cili është pjesë e Policës së sigurimit dhe tregon detajet e të siguruarit dhe Policëmbajtësit si dhe emrin e anëtarit të familjes të mbuluar nga Polica, si dhe Shuma e Siguruar, Primi, data e fillimit dhe data e përfundimit

Partneri: Bashkëshorti ligjor, partneri civil ose, nëse është i pamartuar, dikush mbi 18 vjeç që jeton me Policëmbajtësin dhe financiarisht është i varur nga Policëmbajtësi (ose të dyja varen financiarisht nga njëra-tjetra). Partneri nuk mund të jetë një i afërm i poseduesit të policës, përveç bashkëshortit ligjor ose partnerit civil dhe Policëmbajtësi mund të emërojë vetëm një person si partner. Ata mund të jenë me seks të njëjtë ose të kundërt Polica e sigurimit: Dokumentacioni me shkrim i cili detajon kushtet e kontratës së sigurimit, duke përfshirë këtu Termat dhe Kushtet e Përgjithshme të Policës; Formularin e Aplikimit,

GENERAL TERMS AND CONDITIONS “LIFE PLUS INSURANCE”

Article 1 General provisions

The “Life Plus” insurance is based on:

- a) The present General Insurance Conditions (hereinafter referred to as the ‘General Conditions’), any existing complementary conditions, as well as the provisions contained in the policy and any existing supplements there to;
- b) The Albanian legislation for the issues not provided for in paragraph a);
- c) Written statements made by the applicant in the insurance application and other relevant documents.

Each insurance coverage is specific as defined in the insurance policy and it creates legal effects and is covered by the insurer only if it is marked with "YES" in the relevant column and the relevant insurance premium is paid according to each insurance coverage. The insurer is not obliged to pay the insured sum if it is proven that the policyholder or the insured has provided incorrect information in the insurance claim or has influenced the aggravation of the damage measure by his actions or omissions.

Article 2 Object of insurance

The Object of this Policy is to provide the Insured with cover for the services and medical expenses in respect of treatment for Covered Diseases and Medical Procedures, when all the following conditions are met: fi The procedure is performed during the period of cover; The Disease is not a Pre-Existing Disease or condition The Disease is not reported, diagnosed or treated, and no related symptoms or findings (signs) are medically documented during the Exclusion Period.

The treatment is Medically Necessary;

The expenses and monetary Benefits are within the Sum Insured and limits stated in the Particular Conditions;

The treatment is arranged by FURTHER in accordance with the Claims Procedure; The medical expenses arise outside Albania with the exception of the Medication expenses

A. The expenses for any medical diagnostic procedures, treatment, services, supplies or prescriptions are covered by the Policy

Article 3 General definitions

1. Application Form: Form that the Insured and/or the Policyholder must complete in order to apply for the Policy.

2. Consultant Cardiologist: A Doctor is specialized and who is officially recognized as cardiologist by the local medical board in diagnosing and treating diseases or conditions of the heart and blood vessels.

3. Benefits: The extent or degree of service and coverage the Insured is entitled to receive under the Policy.

4. FURTHER: FURTHER Underwriting International SLU (“FURTHER”), a company that arranges the following medical services associated with the Policy: Second Medical Opinion service and Medical Concierge service. Second Medical Opinion service: A second medical opinion in respect of covered conditions. This involves the provision of a second medical opinion report, following the collection and a detailed review of a patient’s medical records, by an expert medical specialist. Medical Concierge service: A service whereby Further, in respect of an approved claim arranges all details relating to the medical treatment of an individual. This includes oversight of the case and assistance with travel and accommodation arrangements for the individual and any eligible companion.

5. Claim: The notification by the Insured to FURTHER of a Disease confirmed under the process stated in Clause VI as a Covered Disease or requiring a Covered Medical Procedure, allowing the Insured access to the Benefits of the Policy.

6. Commencement Date: The date coverage starts that is shown in the Particular Conditions.

7. Dependents: Dependent: (1) The Policyholder’s Partner or (2) an unmarried dependent child of the Policyholder or the Policyholder’s spouse (including a natural child, stepchild or a legally adopted child). The principal place of residence of the spouse or unmarried dependent child must be with the Policyholder unless the Insurance Company approves other arrangements. The definition of “dependent” is subject to the following conditions and limitations: The term “dependent” shall not include any unmarried dependent child over 18 years old, except as stated in the next paragraph

The term “dependent” shall include an unmarried dependent child who is 18 years of age or older, but less than 35 years of age, if: a. the child is not regularly employed on a full-time basis or does not work on a self-employed basis and b. the child is a full-time student and. c. the child is primarily dependent upon the Policyholder or Policyholder’s Partner for support and care.

8. Doctor: Professional who is legally authorized to practice medicine.

9. Exclusion: This is a stipulated situation or condition which is not covered by the Policy and for which the Insurance Company is not obliged to pay in the case of a Claim. The Exclusions are listed in Clause VI of this Policy.

10. Exclusion Period: 180 days, from the Commencement Date or from the inclusion of a new Insured, during which any disease diagnosed, treated or showing their first related medically documented symptoms will not be eligible for any Policy Benefits during the life time of the Policy.

11. Expiry Date: The date on which the Insured’s cover under this Policy will lapse and cease to be effective as shown in the Particular Conditions.

12. Health Questionnaire: Form completed and signed by the Insured prior to the formalization of the Policy which is the basis for the risk analysis conducted by the Insurance Company. In the case of minors, the form could be completed and signed by the Policyholder, or legal guardian of the Insured.

13. Insured: The person designated in the Particular Conditions for whom the Policy was formalized, benefitting from the rights of this Contract, but also assuming the obligations of the Contract in the absence/default of the Policyholder.

14. Insurance Company: Legal entity assuming the risk under the contractual terms of the insurance.

15. Particular Conditions: Document which forms part of the Policy and shows the Insured and Policyholder’s details and the name of any Dependents covered by the Policy, as well as Sum Insured, Premium, Commencement and Expiry Date.

16. Partner: The legal spouse, civil partner or, if unmarried, someone over 18 who lives with the Policyholder and is financially dependent on the Policyholder (or both are financially dependent on each other). The Partner cannot be a relative of the Policyholder, other than the legal spouse or civil partner, and the Policyholder can only name one person as Partner. They can be the same or opposite sex.

17. Policy: The written documentation which details the conditions of the insurance contract, including these General Policy Terms and Conditions, the Application Form, Health Questionnaire and the Particular Conditions, as well as any appendix or addendum that may be included, if necessary, to modify or alter these documents.

Pyetësorin e Shëndetit dhe Kushtet e Veçanta, si dhe çdo shtojcë që mund të përfshihet nëse është e nevojshme për të modifikuar ose ndryshuar këto dokumente;

Policëmbajtësi: Personi fizik ose juridik që aplikon dhe pranon Kushtet e Policës dhe i cili është i detyruar ligjërisht për detyrimet e kësaj Police, me përjashtim të detyrimeve që për shkak të natyrës së tyre ndikojnë tek i Siguruarit;

Prim: Çmimi i sigurimit, shuma që vendos Shoqëria e Sigurimeve për t'u paguar nga Policëmbajtësi. Frekuenca e pagesës detajohet në Kushtet e Veçanta. Fatura që do të lëshohet do të përfshijë të shpenzimet administrative dhe taksat;

Shuma e siguruar: Shuma maksimale e pagueshme, siç përcaktohet në Kushtet e Veçanta në rast të Sëmundjeve të Mbuluara ose Procedurave Mjekësore të deklaruara sipas Klauzolës III të kësaj Police Sigurimi

Terrorizmi: nënkupton një akt ose kërcënim dhune ose një akt të dëmshëm për jetën e njerëzve, pronën e prekshme ose të paprekshme ose infrastrukturën me qëllimin për të ndikuar në ndonjë qeveri ose ndërmarrje tregtare, ose për të vënë në frikë publikun ose çdo pjesë të tij

Përcaktime Mjekësore

Mjekësia Alternative: Sistemet, praktikat dhe produktet e kujdesit mjekësor dhe shëndetësor që aktualisht nuk konsiderohen si pjesë e mjekësisë konvencionale ose trajtimeve standarde, duke përfshirë por pa u kufizuar në: akupunkturën, aromaterpinë, mjekësinë kirapraktike, mjekësinë homeopate, mjekësinë naturopatike, Ayurveda, mjekësia tradicionale kineze dhe mjekësia osteopate

Çrregullime të njohjes: Çrregullime që dëmtojnë ndjeshëm funksionin njohës të një individi deri në pikën ku funksionimi normal në shoqëri është i pamundur pa trajtim, siç përcaktohet nga versioni më i fundit i Manualit Diagnostik dhe Statistikor të Çrregullimeve Mendore (DSM-V).

Trajtimi Eksperimental: Një trajtim, procedurë, kurs trajtimi, pajisje, ilaç ose produkt farmaceutik, i destinuar për përdorim mjekësor ose kirurgjik, i cili nuk është pranuar universalisht si i sigurt, efektiv dhe i përshtatshëm për trajtimin e sëmundjeve ose lëndimeve nga organizatat e ndryshme shkencore të njohur nga bashkësia ndërkombëtare mjekësore, ose që është duke kaluar nëpër studime, hulumtime, testime ose është në çdo fazë të eksperimentimit klinik

Kujdesi mëtejshëm: Çdo kujdes mjekësor, trajtim, mjekim ose shërbim i mëtejshëm pas Trajtimit jashtë vendit që përdoret për: a) të identifikuar nëse i Siguruarit ka të ngjarë të vuajë nga një sëmundje ose gjendje mjekësore në të ardhmen ose b) parandaloni shfaqjen ose rishfaqjen e sëmundjes ose gjendjes mjekësore në të ardhmen por ku aktualisht nuk ka simptoma dhe/ose gjetje (shenja) klinike dhe/ose të dukshme.

Spital: Një organizatë private ose publike e autorizuar ligjërisht për të ofruar trajtim mjekësor për sëmundjet ose lëndimet trupore, të pajisura me mjete materiale / teknologjike dhe personel të përshtatshëm për të ofruar diganostikim dhe/apo ndërhyrje kirurgjikale dhe ofron ndjekje nga mjekët dhe personeli mjekësor 24 orë në ditë

Shtrim në spital: Një qëndrim në një Spital ose klinikë që zgjat edhe gjatë natës;

Lëndim: Dëmtimi fizik që ka pësuar i Siguruarit

Sëmundja: Çdo çrregullim trupor, funksionit apo strukturës së organeve me shenja dhe simptoma të identifikueshme dhe karakteristike, ose ndryshime të qëndrueshme anatomike. Për më tepër, një diagnozë duhet dhënë nga një mjek i regjistruar ligjërisht në qëndrën e tij mjekësore; 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 njëjtës shkak që prodhoi një Sëmundje të mëparshme ose një shkak të lidhur, Sëmundja do të konsiderohet si vazhdimësi dhe jo si sëmundje e veçantë;

Të nevojshme nga ana mjekësore: shërbimet ose furnizimet e kujdesit shëndetësor të cilat: i përshkruhen të Siguruarit me qëllim të shëritimit të një sëmundjeje të mbuluar ose organizimit të një procedure mjekësore të mbuluar, që do të thotë se këto shërbime dhe furnizime të kujdesit shëndetësor përmirësojnë gjendjen mjekësore të të Siguruarit dhe jo thjesht përmirëojnë simptomat e tij ose përmirësojnë cilësinë e jetës së të Siguruarit; dhe janë në përputhje në llojin, frekuencën dhe kohëzgjatjen me diagnozën e Sëmundjes sipas udhëzimeve shkencore të bazuara në SHBA, Mbretërinë e Bashkuar dhe ose Europë (veçanërisht Udhëzimet e Praktikës Klinike të NCCN në Onkologji do të zbatohen për referencë në trajtimin e Kancerit-Klauzola III-A); dhe janë provuar të jenë efektive në përmirësimin e rezultateve shëndetësore siç përcaktohet nga provat shkencore (literaturë e botuar mjekësore dhe hetime të botuara në revista të rishikuara nga kolegët), dhe me kosto efektive në krahasim me trajtimet alternative, duke përfshirë mungesën e trajtimit. Fakti që një mjek mund të rekomandojë, të përshkruajë, të urdhërojë ose të miratojë, një shërbim ose furnizim nuk përcakton domosdoshmërisht në vetvete që një shërbim ose furnizim i tillë është i nevojshëm nga ana mjekësore sipas kësaj Police;

Ilaçet: Çdo substancë ose kombinim i substancave që mund të përdoren ose të administrohen për të siguruarit ose me qëllim të rivendosjes, korrigjimit ose modifikimit të funksioneve fiziologjike duke ushtruar një veprim farmakologjik, imunologjik ose metabolik ose për të bërë një diagnozë mjekësore, që mund të merret vetëm me një recetë mjekësore nga një mjek dhe i shitur nga një farmacist i licensuar. Një recetë e lëshuar për një ilaç me emrin e markës është i vlefshëm për një medikament gjenerik me të njëjtë përbërës aktivë dhe force dozimi si versioni i markës;

Kanceri jo invaziv ose "in situ": Tumori malinj, i kufizuar në epitelin ku ka lindur dhe nuk ka pushtuar stromën ose indet përreth;

Sëmundjet para ekzistuese: Çdo sëmundje ose gjëndje e të Siguruarve që është diagnostikuar, trajtuar ose që ka treguar simptoma të dokumentuara edhe nga ana mjekësore brenda 10 viteve para datës së fillimit;

Çertifikata paraprake mjekësore: miratimi me shkrim, i lëshuar nga kompania e sigurimeve, e cila përfshin konfirmimin e mbulimit sipas kushteve të Policës para se të kryhen shërbimet mjekësore në spitalin që ndodhet jashtë Shqipërisë, për çdo trajtim, shërbime, furnizime ose receta që lidhen me një pretendim;

Proteza: Një pajisje e cila zëvendëson të gjithë ose një pjesë të një organi ose një pjesë të një organi ose zëvendëson të gjithë ose një pjesë të funksionit të një pjesë të pafuqishme ose jofunksionale të trupit; Kirurgjia rindërtuese: Procedurat që synojnë të rindërtojnë një strukturë për të korrigjuar humbjen e funksionit të saj.

Kirurgjia: Të gjitha ndërhyrjet invazive që kryhen me një qëllim diagnostikim ose trajtimin e një gjendje shëndetësore, të kryera nëpërmjet prerjes apo mjeteve të tjera invazive, që kryhen nga një kirurg në një Spital dhe që normalisht kërkon përdorimin e një salle operacioni

Trajtimi jashtë vendit: Trajtimi i nevojshëm mjekësor i organizuar nga FURTHER jashtë Shqipërisë dhe që i paguhet nga kjo Polici Sigurimi

Neni 4 Sëmundje dhe procedura mjekësore të mbuluara

Sëmundjet dhe procedurat mjekësore në vijim janë të mbuluara nga Polica e Sigurimit A-Trajtimi i kancerit - Trajtimi i: 1. Çdo tumori malinj përfshirë leuçeminë, sarkomën dhe limfomën e karakterizuar nga rritja dhe shtrirja e pakontrolluar e qelizave malinje dhe

18. Policyholder: The person or legal entity that applies for and accepts the Policy and who is legally bound to the obligations of this Policy, with the exception of the obligations that due to their nature affect the Insured.

19. Premium: The price of the insurance, the amount due to the Insurance Company. The frequency of the payment is detailed in the Particular Conditions. The receipt will include surcharges and taxes.

20. Sum Insured: The maximum amount payable as defined in the Particular Conditions in the event of a Covered Diseases or Medical Procedures stated under Clause III of this Policy.

21. Terrorism: means an act or threat of violence or an act harmful to human life, tangible or intangible property or infrastructure with the intention or effect of influencing any government or commercial enterprise, or of putting the public or any section of the public in fear.

B) Medical Definitions

1. Alternative Medicine: Medical and health care systems, practices, and products that are not presently considered to be part of conventional medicine or the standard treatments, including but not limited to: acupuncture, aromatherapy, chiropractic medicine, homeopathic medicine, naturopathic medicine, Ayurveda, traditional Chinese medicine and osteopathic medicine 2. Cognitive Disorders: Disorders that significantly impairs the cognitive function of an individual to the point where normal functioning in society is impossible without treatment, as defined by the latest version of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V). 3. Experimental Treatment: A treatment, procedure, course of treatment, equipment, medicine or pharmaceutical product, intended for medical or surgical use, which: 4. has not been universally accepted as safe, effective and appropriate for the treatment of Diseases, or Injuries by the various scientific organizations recognized by the international medical community, or 5.

which is undergoing study, research, testing or is at any stage of clinical experimentation. 6. Follow-up Care Any medical care, treatment, Medication or screening service post Treatment Abroad used to: identify whether the Insured is likely to suffer from a Disease or Medical Condition in the future or prevent the Disease or Medical Condition from occurring or reoccurring in the future but where no clinical and/or apparent symptoms and/or findings (signs) are currently present. 7. Hospital: A private or public organization legally authorized to provide medical treatment for Diseases or bodily Injuries, equipped with the material/technological means and adequate staff to provide diagnosis and surgical interventions, and attended by Doctors and medical staff 24 hours a day. 8. Hospitalization: Treatment for a Covered Diseases and/or Medical Procedures with at least one overnight stay at a Hospital or clinic. 9. Injury: Physical damage inflicted to the body of the Insured. 10. Disease: Any disorder of the body, system, or organ structure or function with identifiable and characteristic set of signs and symptoms, or consistent anatomic alterations. Additionally a diagnosis has to be made by a Doctor legally registered in his practice. 11. A Disease will be considered to be all the Injuries and effects arising from the same diagnosis, as well as all the ailments due to the same cause or related causes. If an ailment is due to the same cause that produced a previous Disease or a related cause, the Disease shall be considered as a continuation of the previous one and not as a separate Disease.

12. Medically Necessary: healthcare services or supplies which are: prescribed to the Insured for the purpose of curing a Covered Disease or arranging a Covered Medical Procedure, meaning that those healthcare services and supplies improve the Insured's medical condition and not merely alleviate its symptoms or improve the Insured's quality of life; and consistent in type, frequency and duration with the diagnosis of the Disease according to scientifically US, UK and or European based guidelines specifically the NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology will be applied for reference on Cancer treatment-Clause III-A); and proven to be effective in improving health outcomes as determined by scientific evidence (published medical literature and investigations published in peer-reviewed journals), and cost-effective compared to alternative treatments, including no treatment. The fact that a Doctor may recommend, prescribe, order or approve, a service or supply does not, in and of itself, necessarily establish that such service or supply is Medically Necessary under this Policy. 13. Medication: Any substance or combination of substances which may be used in, or administered to the Insured either with a view to restoring, correcting or improving physiological functions, or with the purpose of contributing to establishing a medical diagnosis. The medication must be only obtainable with a medical prescription given by a Doctor and dispensed by a licensed pharmacist. A prescription made for a brand-name Medication is valid for a generic Medication with the same active ingredients, strength and dosage form as the brand-name version.

14. Non-invasive or "in situ" Cancer: Malignant tumor which is limited to the epithelium where it originated and did not invade the stroma or the surrounding tissues.

15. Pre-Existing Diseases: Any Diseases or medical condition of the Insured which were reported, diagnosed, treated or which showed related medically documented symptoms or findings (signs) within the 10 years prior to the Commencement Date (or the relevant inclusion date of the Insured).

16. Preliminary Medical Certificate: Written approval, issued by FURTHER and/or the Insurance Company, which includes confirmation of cover under the Policy prior to the Treatment Abroad being performed in the indicated Hospital, for any treatment, services, supplies or prescriptions relating to a Claim.

17. Prosthesis: A device which replaces all or part of an organ or replaces all or part of the function of an inoperative or malfunctioning part of the body.

18. Reconstructive Surgery: 19. Procedures that are intended to rebuild a structure in order to correct its loss of function.

20. Surgery: All operations with a diagnostic or therapeutic purpose, carried out through incision or other means of internal entry, by a surgeon at a Hospital and which normally requires the use of an operating theatre.

21. Treatment Abroad: Medically Necessary treatment arranged by FURTHER out of Albania and paid for by this Policy.

Article 4 Covered diseases and medical procedures

The following Diseases and medical procedures are covered by the Policy:

A - Cancer treatment

The treatment of:

1. Any malignant tumor including leukemia, sarcoma and lymphoma characterized by the uncontrolled growth and spread of malignant cells and the invasion of tissues;

2. Any In-situ Cancer which is limited to the epithelium where it originated and did not invade the stroma or the surrounding tissues.

3. Any pre-cancerous change in the cells that are cytologically or histologically classified as high grade dysplasia or severe dysplasia. However, please note treatment for the following forms of cancer will be excluded:

Any tumor in the presence of Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS).

pushtimi i indeve; 2. Çdo Kancer In-situ i cili është i kufizuar në epitelin ku ka origjinën dhe nuk ka pushtuar stromën ose indet përreth.

3. Çdo ndryshim para kanceroz në qelizat që klasifikohen citologjikisht ose histologjikisht si displasia e klasës së lartë ose displasia e rëndë. Megjithatë, përcaktohet se format e mëposhtme të tumorit malinj do të përjashtohen nëse: Tumori është zhvilluar në prezencë të AIDS. Është tumor jo melanomë e lëkurës dhe në rastin kur biopsia tregon se nuk janë pushtuar shtresa të lëkurës përtej epidermës;

B - Kirurgji koronare me anashkalim (ri-vaskulariteti i miokardit)

Ndërhyrja kirurgjikale nën këshillën e një mjeku Kardiolog për të korrigjuar ngushtimin ose bllokimin e një ose më shumë arterieve koronare me procedurë by-pass-grafts. Megjithatë, përcaktohet se trajtimet do të përjashtohen nëse: Sëmundja koronare trajtohet me teknika të tjera përveç by-pass të koronareve sic janë përshebull, angioplastika, stentat.

C - Ndërrimi ose riparimi i valvulave të zemrës.

Ndërhyrja kirurgjikale nën këshillën e një mjeku Kardiolog për të zëvendësuar ose riparuar një ose më shumë valvola të zemrës, pavarësisht nëse kjo procedurë kirurgjikale kryhet me hapje të krahërorit, ndërhyrje minimale kardiake nëpërmjet një kateteri.

D - Neurokirurgji.

Kuptimi: 1. Çdo ndërhyrje kirurgjikale e trurit ose çdo strukture tjetër intrakraniale (të kokës); 2. Trajtimi i tumorave benignë të vendosura në shtyllën kurrizore (Medulla spinalis).

E - Transplantimi i organeve nga dhurues të gjallë.

Transplantimi kirurgjik në të cilin i siguruari merr një veshkë, një segment të mëlçisë, një lob me pulmonar ose një seksion të pankreasit nga një dhurues tjetër që jeton dhe që është kompatibil. Trajtimet e mëposhtme do të përjashtohen: - Transplanti në kushtet kur bëhet l nevojshëm si pasojë e një sëmundje të mëlçisë së alkoolizuar; - Transplanti me procedurë kirurgjikale të vetë transplantimit; - Cdo transplant kur i siguruari është një dhurues për një palë të tretë (1 pa mbuluar nga policia); - Cdo transplant nga një dhurues që ka humbur jetën; - Cdo transplant që kërkon trajtim me qeliza staminale; - Transplanti në rast se kjo mundësohet si pasojë e blerjes së organeve

F - Transplantimi i palcës së kockave. Kuptimi i transplantimit të palcës së kockës (BMT) ose transplantimit të qelizave staminale të gjakut (PBSCT) të qelizave të palcës së eshtrave tek i siguruari me origjinë nga: - i siguruari (transplantimi i palcës së eshtrave autologe); ose; - nga një dhurues i pajtueshëm i gjallë (transplantimi i palcës së palcës së kockave alogjene). Haemopoietic transplant i qelizave staminale duke përdorur gjakun nga kordoni i këthizës. Neni 5 Shërbime, shpenzime dhe pagesa monetare të mbuluara

1. Shërbime të mbuluara përpara fillimit të trajtimit jashtë Shqipërisë. Opinioni i dytë mjekësor: I siguruari ka të drejtë të kërkojë kompaninë FURTHER, në kohën e njoftimit të rastit të dëmit konfirmim e diagnostik të dhënë, procedurës kirurgjikale të propozuar ose planit të trajtimit të dhënë nëse ajo është sëmundje dhe procedurë që mbulohet nga kjo policë sigurimi.

2. Shpenzime mjekësore të mbuluara gjatë trajtimit jashtë vendit. Kjo policë sigurimi rimbursuar shpenzimet e mëposhtme për trajtimin jashtë vendit (deri në kufijtë e treguar në Kushtet e Veçanta) që kanë lidhje me Sëmundjet e Mbuluara dhe Procedurat Mjekësore të nevojshme të detajuara në këtë policë dhe në certifikatën Mjekësore paraprake;

1. Nga një Spital, në lidhje me:

1.1 Akomodimi, ushqimi dhe shërbimet e përgjithshme infermierike të ofruara gjatë qëndrimit të të siguruarit në një dhomë, ose në një seksion të Spitalit ose në njësinë e kujdesit intensiv ose monitorimit;

1.2 Shërbime të tjera spitalore duke përfshirë ato të siguruar në seksionin Ambulator të spitalit/në repartin e urgjencës spitalore, si dhe shpenzimet që kanë të bëjnë me koston e shtrimit shtesë për shoqëruesin në rast se spitali e ofron këtë tipologji akomodimi duke përfshirë Këtu edhe përkthyesin;

1.3 Përdorimi i një dhome operimi dhe të gjitha shërbimet e përfshira në të.

2. Nga një klinikë ditore ose qendër mirëqënie, por vetëm nëse trajtimi, kirurgjia ose receta do të ishin mbuluar sipas kësaj Police edhe nëse shërbimi do të jepet në një Spital.

3. Nga një mjek, në lidhje me ekzaminimin, trajtimin, kujdesin mjekësor ose kirurgjinë.

4. Për vizitat e mjekëve gjatë shtrimit në spital;

5. Për shërbimet e mëposhtme mjekësore dhe kirurgjike, trajtimet ose recetat:

5.1 Për anestezi dhe administrim të anesteziës, me kusht që ato të kryhen nga një anestezist i kualifikuar;

5.2 Analiza laboratorike dhe patologjike, rrezet x për qëllime diagnostike, radioterapi, izotopë radioaktive, kimioterapi, elektrokardiografi, echokardiografi, mielelogramë, elektroencefalogramë, angiogramë, tomografi kompjuterike dhe analiza dhe trajtime të tjera të ngjashme të nevojshme për diagnostikimin dhe trajtimin e sëmundjes së mbuluar ose procedurë mjekësore, kur kryhet nga një mjek ose nën mbikëqyrjen mjekësore; Transfuzionet e gjakut, administrimi i plazmës dhe serumit;

5.4 Shpenzimet që lidhen me përdorimin e oksigjenit, aplikimin e injeksioneve edhe atyre intravenoze

5.5. Radioterapia, terapia me energji të lartë për reduktimin e tumorave ose eliminimin e qelizave kancerogjene me rreze x ose rreze gama si edhe pjesëza radiacioni të cilat përdoren për trajtimin e qelizave kancerogjene të cilat shpërndahen nëpërmjet një aparature jashtë trupit (radioterapi e jashtme) ose nga një material radioaktiv i futur në trup afër qelizave kancerogjene (brachytherapy);

5.6 Kirurgjia rikonstruktive për të riparuar ose rindërtuar një strukturë trupore të dëmtuar ose të hequr me procedurë mjekësore, e cila është organizuar dhe paguar nga kjo policë sigurimi; 5.7 trajtimi për komplikimet apo efektet anësore të lidhura direkt me procedurat mjekësore të organizuara dhe paguara nga kjo policë sigurimi që: a. kërkojnë kujdes të menjëhershëm mjekësor në një spital ose klinikë dhe; b. kërkojnë të adresohen para se i siguruari të deklrohet se mund të dalë nga spitali për të udhëtuar, për t'u kthyer në Shqipëri pas përfundimit të sesionit të trajtimit jashtë vendit.

5.8 Për ilaçe të lëshuara me recetë mjekësore, ndërsa i siguruari është shtruar në spital për trajtimin e sëmundjes së mbuluar ose procedurës mjekësore. Medikamentet e përshkruara për trajtimin postoperativ mbulohen deri në 30 ditë nga data kur i siguruari ka përfunduar fazën e trajtimit të marrë jashtë Shqipërisë dhe vetëm kur ato janë blerë para i siguruari të kthehet në Shqipëri.

7. Për transfertat dhe transportin me ambulancë rrugore ose ajrore, dhe ku përdorimi i tyre është rekomanduar nga një mjek dhe është miratuar paraprakisht nga FURTHER.

8. Shërbimet që i ofrohen dhuruesit të organit gjatë procesit të heqjes së një organi që do të transplantohet tek i Siguruari, që rrjedh nga:

8.1 Procedura e hetimit me ekzaminime për vendndodhjen e dhuruesve të mundshëm Brenda familjes;

8.2 Shërbimet spitalore që ofrohen për dhuruesin e organit, duke përfshirë strehimin në një dhomë spitalore, ose seksion spitalor, ushqim, shërbime të përgjithshme infermierore, shërbime të rregullta të ofruara nga stafi i Spitalit, testet laboratorike dhe përdorimi i pajisjeve dhe objekteve të tjera spitalore (duke përjashtuar sendet për përdorim personal të cilat nuk

Any non-melanoma skin cancer that has not been histologically classified as having caused invasion beyond the epidermis (the outer layer of the skin).

B - Coronary artery by-pass surgery (myocardial re-vascularization)

The undergoing of Surgery on the advice of a Consultant Cardiologist to correct narrowing or blockage of one or more coronary arteries with by-pass grafts. Please note the following treatments will be excluded:

Any coronary disease treated using

techniques other than the by-pass of the coronary arteries, like any kind of angioplasty Surgery, stents.

C - Heart valve replacement or repair

The invasive replacement or repair of one or more heart valves, independent whether this is performed with open chest surgery, minimally invasive or by means of cardiac catheter treatment on the advice of a Consultant Cardiologist.

D - Inter-cranial and specific spinal cord surgery

Any Surgical intervention of the brain or any other intracranial structures;

Treatment of benign tumors located in the spinal

cord (Medulla spinalis)

E - Live-donor organ Transplant

Surgical transplant in which the Insured receives a kidney, a segment of liver, a pulmonary lobe or a section of pancreas from another living compatible donor. Please note the following treatments will be excluded: fi Any transplant when the need for a transplant arises as a consequence of alcoholic liver disease. fi Any transplant when the transplant is conducted as a self-transplant.

Any transplant when the Insured is a donor for a third-party(not covered by the Policy)

Any transplants from a dead donor.

Any organ transplant that involves stem cells treatment.

The transplant made possible by the purchase of donor organs.

F - Bone Marrow Transplant

Bone Marrow Transplantation (BMT) or Peripheral Blood Stem Cell Transplantation (PBSCT) of bone marrow cells to the Insured originating from: fi the Insured (Autologous bone marrow transplant); or fi from a living compatible donor (allogeneic bone marrow transplant). Please note that Haemopoietic Stem Cell transplantation (HCT) using the umbilical cord blood will be excluded.

Article 5 Services, expenses and monetary benefits covered

Services covered prior to receiving Treatment Abroad

Second Medical Opinion Service: The Insured will be entitled to request to FURTHER, at the point of Claim notification, a Second Medical Opinion service for confirmation of the diagnosis of a Covered Disease or Medical Procedure and the assessment of the optimal treatment plan. The Second Medical Opinion service can only be requested once per Claim.

2. Medical expenses covered during Treatment Abroad

The Policy will pay the following medical expenses for Treatment Abroad (up to the limits shown in the Particular Conditions) arising in connection with the Medically Necessary treatment of Covered Diseases and Medical Procedures as per the terms set in the Preliminary Medical Certificate.

1. By a hospital, in respect of: Accommodation, meals and general nursing services provided during the Insured's stay in a room, ward or section of the Hospital or in an intensive care or monitoring unit; fi Other Hospital services including those provided by a Hospital outpatient department (including a medical interpreter), as well as expenses relating to the cost of an extra or companion's bed if the Hospital provides this service; The use of an operating room and all the services included in it.

2. By a day clinic or independent welfare center, but only if the treatment, Surgery or prescription would have been covered under this Policy if provided in a hospital.

3. By a doctor, in respect of examination, treatment, medical care or Surgery.

4. For Doctors' visits during Hospitalization. 5. For the following medical services, treatments or prescriptions:

For anesthesia and administration of an aesthetics, provided they are performed by a qualified anesthetist; Laboratory analysis, pathology and x-rays for treatment preparation purposes, radiotherapy, radioactive isotopes, chemotherapy, electrocardiograms, echocardiography, myelograms, electroencephalograms, angiograms, computerized tomography and other similar tests and treatments required for the treatment of a Covered Disease or Medical Procedure, when performed by a Doctor or under medical supervision; Blood transfusions, administration of plasma and serum.

Expenses relating to the use of oxygen, application of intravenous solutions and injections.

Radiation therapy: high-energy radiation to shrink tumors and kill cancer cells by X-rays, gamma rays, and charged particles are types of radiation used for cancer treatment either delivered by a device outside the body (external-beam radiation therapy), or by radioactive material placed in the body near cancer cells (internal radiation therapy, brachytherapy).

Reconstructive Surgery to repair or rebuild a structure damaged or removed by the medical procedures arranged and paid for by this Policy. fi Treatment for complications or side-effects directly associated with the medical procedures arranged and paid for by this Policy that:

1. demand immediate medical attention in a hospital or clinical setting and 2. require to be addressed prior to the Insured being declared medically fit to travel to return to Albania after the completion of the stage of Treatment Abroad.

6. For Medication applied by medical prescription while the Insured is Hospitalized for treatment of a Covered Disease or Medical Procedure. Medication prescribed for post-operative treatment are covered for 30 days from the date the Insured has completed the Treatment Abroad stage of treatment and only when these are purchased prior to returning to Albania.

7. For transfers and transportation by ground or air ambulances where their use is indicated and prescribed by a doctor and pre-approved by FURTHER.

8. For services provided to a living donor during the process of removal of an organ to be transplanted to the Insured, arising from:

fi The cost of the analysis and test performed to identify the suitable donor within the family members of the Insured; fi Hospital services provided to the donor, including accommodation in a Hospital room, ward or section, meals, general nursing services, regular services provided by Hospital staff, laboratory tests and use of equipment and other Hospital facilities (excluding items for personal use which are not required during the process of removal of the organ or tissue to be transplanted);

For Surgery and medical services for the removal of a donor's organ or tissue to be transplanted to the Insured.

9. For services and materials supplied for bone marrow cultures in connection with a tissue transplant to be applied to the Insured. Cover will only be provided for expenses incurred from the date of issue of the Preliminary Medical Certificate.

janë të domosdoshme gjatë procesit të heqjes së organit ose indeve që duhet të transplantohen);

8.3 Për Kirurgji dhe shërbime mjekësore për heqjen e organeve ose indeve nga dhuruesi i organit dhe që do të transplantohen tek i siguruari.

9. Për shërbimet dhe materialet e furnizuara për kulturat e palcës së eshtrave në lidhje me një transplantim të indeve që do të aplikohen tek i siguruari. Mbulimi do të ofrohet vetëm për shpenzimet e bëra pas datës së lëshimit të Certifikatës së parë Mjekësore.

3. Shpenzime jo mjekësore të mbuluara gjatë trajtimit jashtë vendit. Polica do të paguajë për të mbuluar shpenzimet e mëposhtme jo mjekësore (deri në kufijtë e treguar në Listat e Përfitimëve) që lindin në lidhje me udhëtimin, organizimin e akomodimit të bëra nga FURTHER në mënyrë që t'i sigurojë të Siguararit qasje në trajtimin mjekësor sipas kushteve vendosur në Certifikatën Paraprake Mjekësore.

a. Shpenzimet e udhëtimit për trajtimin jashtë vendit - Për udhëtime jashtë Shqipërisë, të shoqëruesit (deri në dy shoqërues kur pacienti është i/e mitur) gjatë udhëtimit dhe aty ku është e mundur, dhuruesit të gjallë në rast të transplantimit me qëllim të vetëm të marrjes së trajtimit të miratuar nga Kompania e Sigurimeve në Certifikatën Paraprake Mjekësore. Të gjitha marrëveshjet e udhëtimit duhet të bëhen FURTHER dhe kjo e fundit nuk do të paguajë për ndonjë marrëveshje udhëtimi të bërë nga i siguruari ose ndonjë palë e tretë në emër të të siguararit. FURTHER do të jetë përgjegjëse për të vendosur datat e udhëtimit bazuar në orarin e miratuar të trajtimit. Këto data do t'i komunikohen të siguararit për t'i lejuar kohë të mjaftueshme të siguararit për të bërë të gjitha rregullimet e nevojshme Personale.

Në rast se i siguruari ndryshon datat e udhëtimit nga ato të komunikuar nga FURTHER/Kompania e sigurimit, i siguruari do të duhet të kompensojë shoqërinë e sigurimeve për të gjitha kostot organizimit dhe ofrimit të marrëveshjeve të reja të udhëtimit, përveç nëse ndryshimet janë bërë konfirmuar nga Shoqëria e sigurimit dhe janë të nevojshme nga pikëpamja mjekësore. Shpenzimet e udhëtimit të mbuluara do të përfshijnë: - Transportin nga adresa e përhershme e të siguararit në aeroportin e caktuar ose stacionin hekurudhor ndërkombëtar. - Bileta hekurudhore ose ajrore e klasës ekonomike në qytetin e destinacionit të trajtimit dhe transportin në hotelin e përcaktuar. - Transporti nga Hoteli ose Spitali i caktuar në aeroportin e caktuar ose stacionin hekurudhor ndërkombëtar - Bileta hekurudhore ose ajrore e klasës ekonomike dhe transporti pasues në qytetin e adresës së përhershme të të siguararit. Shpenzimet e udhëtimit të mbuluara nuk do të përfshijnë transferimet e rregullta nga Hoteli në Spital ose tek Mjeku që trajton rastin gjatë kohëzgjatjes së trajtimit jashtë vendit.

b. Shpenzimet e akomodimit: Për strehimin, jashtë Shqipërisë, të të siguararit, shoqëruesit të udhëtimit (dy shoqërues kur pacienti i siguruar është i mitur) dhe dhuruesit të gjallë në rast të transplantimit, me të vetmin qëllim të marrjes së trajtimit të miratuar FURTHER/Kompania e sigurimit në Certifikatën Paraprake Mjekësore. Të gjitha aranzhimet e akomodimit duhet të bëhen nga FURTHER dhe kjo e fundit nuk do të paguajë për ndonjë aranzhim akomodimi të bërë nga i siguruari ose ndonjë palë e tretë në emër të të siguararit. FURTHER do të jetë përgjegjëse për të vendosur datat e prenotimit të akomodimit bazuar në orarin e miratuar të trajtimit. Këto data do t'i komunikohen të siguararit për t'i lejuar kohë të mjaftueshme për të siguararit për të bërë të gjitha rregullimet e nevojshme personale. FURTHER do të ofrojë një datë kthimi bazuar në përfundimin e trajtimit dhe afrovimit nga doktori trajtues që i siguruari është i aftë të udhëtojë. Në rast se i siguruari ndryshon datën e udhëtimit nga ato të rezervuara dhe të komunikuar nga Kompania e Sigurimit, i siguruari do të duhet të kompensojë Kompaninë e Sigurimeve për të gjitha shpenzimet e lidhura me organizimin dhe sigurimin e aranzhimeve të reja të akomodimit, përveç nëse ndryshimet janë bërë konfirmuar nga Kompania e sigurimit si të nevojshme nga pikëpamja mjekësore. Marrëveshjet e akomodimit do të përfshijnë: - Rezervime për një dhomë dyshe ose dhomë paradhomë në një hotel me tre ose katër yje duke përfshirë mengjesin. (Zgjedhja e hotelit do të jetë subjekt i disponueshmërisë dhe bazuar në afërsisht me spitalin ose mjekimin brenda një rrezeje prej 10 km.). - Ushqimi dhe shpenzimet e rastit në hotel nuk mbulohen. Përmirësimet e kushteve të dhomës në hotel nuk mund të financohen nga i siguruari.

c. Shpenzimet e ri atdhësimi: Në rast se i siguruari (dhe / ose dhuruesi i gjallë në rastin e transplantit) humbet jetën jashtë Shqipërisë gjatë marrjes së trajtimit të miratuar Kompania e Sigurimeve në certifikatën mjekësore paraprake, kompania e sigurimeve do të paguajë për riatdhësimin e mbetjeve të të ndjerit në Shqipëri. Ky mbulim kufizohet vetëm në ato Shërbime dhe furnizime të nevojshme për të përgatitur trupin e vdekur dhe për ta transportuar në Shqipëri, duke përfshirë: • Shërbimet e ofruara nga kompania funerale që sigurojnë riatdhësimin ndërkombëtar, përfshirë balsamojsen dhe të gjitha formalitetet administrative. • Arkivoli minimal i detyrueshëm • Transporti i mbetjeve të të ndjerit nga aeroporti në vendin e caktuar të varrimit në Shqipëri.

4. Përfitimet monetare që mbulohen gjatë trajtimit jashtë vendit - a. Shpërblim ditor për çdo ditë qëndrimi në spital: Do të ofrohet deri në kufijtë e treguar në Kushtet e Veçanta për çdo 24-orësh të qëndrimit në spital, të miratuar nga FURTHER/Kompania e Sigurimeve në Certifikatën Paraprake Mjekësore dhe të paguar sipas Policës për trajtim jashtë Shqipërisë për një Sëmundje ose Procedurë Mjekësore të Mbuluar.

5. Shpenzimet e mjekimit që mbulohen pas kthimit nga trajtimi jashtë vendit. a. Shpenzimet e mjekimit: Për koston e ilaçeve të blera në Shqipëri, pas trajtimit të një Sëmundjeje të Mbuluar ose Procedurës Mjekësore me kohëzgjatje që zgjat më shumë se 3 netë në Spitalin e miratuar nga FURTHER/Kompania e Sigurimeve në Certifikatën Paraprake Mjekësore dhe të paguar sipas Policës. Mbulimi sipas Policës për këtë Përfitim është në dispozicion vetëm në rastet e mëposhtme: • Që medikamentet të jenë rekomanduar përmes FURTHER/kompanisë së sigurimeve nga Doktori Ndërkombëtar që ka trajtuar të siguararin, sipas nevojës për trajtim të vazhdueshëm. • Medikamentet janë licencuar dhe miratuar nga autoriteti ose agjencia përkatëse mjekësore në Shqipëri, dhe rregullimi dhe administrimi i tij është i rregulluar. • Medikamentet kërkojnë recetë nga një mjek në Shqipëri. • Ilaçet janë në dispozicion për blerje në Shqipëri. • Se asnjë recetë nuk tejkalon një dozë për konsum më të gjatë se 2 muaj. Financimi dhe rimbursimi: Blerja e barnave për këtë seksion E duhet të aranzhohet dhe të paguhet direkt nga i siguruari. Shoqëria e Sigurimeve do të rimbursojë të siguararin pas marrjes së recetës përkatëse, faturës origjinale dhe vërtetimit të pagesës. Nuk mbulohet çdo kosto e ilaçeve e financuar tërësisht nga Shërbimi Shëndetësor Publik i Shqipërisë ose që mbulohet nga ndonjë policë tjetër sigurimi e mbajtur nga Siguruesi; Kur kostoja e ilaçeve është financuar pjesërisht nga Shërbimi Shëndetësor Publik i Shqipërisë ose një policë tjetër sigurimi, kërkesa për rimbursim duhet të dallojë qartë kostot e financuara pjesërisht nga i siguruari.

6. Shpenzimet e ndjekjes së mëtejshme pas kthimit nga trajtimi jashtë vendit. Kujdesi i ndjekjes pas kthimit nga trajtimi jashtë vendit, organizohet nga FURTHER me kërkesë të të Siguararit dhe kryhet nga Mjeku(ët) ndërkombëtar ose ekipi i tyre mjekësor që ka trajtuar të Siguararin. Kujdesi pasues mbulohet për 180 ditë nga data e kthimit të të Siguararit në Shqipëri pasi të ketë përfunduar fazën e Trajtimit Jashtë dhe vetëm kur trajtimi është përkshuar ose rekomanduar nëpërmjet FURTHER dhe nga Mjeku (ët) ndërkombëtarë që kanë trajtuar të Siguararin. Nëse i Siguarari e bën këtë kërkesë, FURTHER do të organizojë gjithashtu aranzhimet e nevojshme të udhëtimit dhe akomodimit sipas kushteve të

3. Non-medical expenses covered during Treatment Abroad

The Policy will pay cover the following non-medical expenses (up to the limits shown in the Particular Conditions) arising in connection with the travel, accommodation arrangements made by FURTHER in order to provide the Insured with access to the medical treatment as per the terms set in the Preliminary Medical Certificate.

A) Travel expenses for Treatment Abroad

For travel outside Albania of the Insured, travelling companion (or two companions, when the Insured receiving treatment is a minor) and where applicable the living donor in the case of transplant with the sole purpose of receiving Treatment Abroad as approved by FURTHER/Insurance Company in the Preliminary Medical Certificate. All travel arrangements must be made by FURTHER and the Insurance Company will not pay for any travel arrangements made by the Insured or any third party on the

Insured's behalf. FURTHER will be responsible for deciding the travel dates based on the approved treatment schedule. These dates will be communicated to the Insured to allow for sufficient time for the Insured to make all the necessary personal arrangements. In the event that the Insured changes the travel dates from those communicated by FURTHER/Insurance Company, the Insured will need to compensate the Insurance Company and/or FURTHER for all the associated costs of organizing and providing new travel arrangements, unless the changes have been confirmed by FURTHER as necessary from a medical standpoint. The travel expenses covered will include:

Transportation from the Insured's permanent address to the designated airport or international rail station.

Economy class rail or air ticket to the city of treatment destination and the transportation to the designated hotel.

Transportation from the designated Hotel or Hospital to the designated airport or international rail station

Economy class rail or air ticket and subsequent transportation to the city of the Insured's permanent address.

The travel expenses covered will not include regular transfers from the Hotel to the Hospital or treating Doctor during the duration of the Treatment Abroad.

B) Accommodation expenses during Treatment Abroad

For the accommodation, outside Albania, of the Insured, travelling companion (or two companions, when the Insured receiving treatment is a minor) and the living donor in the case of transplant, with the sole purpose of receiving Treatment Abroad as approved by FURTHER/Insurance Company in the Preliminary Medical Certificate. All accommodation arrangements must be made by FURTHER and the FURTHER/ Insurance Company will not pay for any accommodation arrangements made by the Insured or any third party on the Insured's behalf. FURTHER will be responsible for deciding the accommodation booking dates based on the approved treatment schedule. These dates will be communicated to the Insured to allow for sufficient time for the Insured to make all the necessary personal arrangements.

FURTHER will provide a return date based on the completion of the treatment and the agreement with the treating Doctor that the Insured is fit to travel. In the event that the Insured changes the dates of travel from those booked and communicated by FURTHER, the Insured will need to compensate the Insurance Company and/or FURTHER for all the associated costs of organizing and providing new accommodation arrangements, unless the changes have been confirmed by FURTHER as necessary from a medical standpoint. The accommodation arrangements will include:

Bookings for a double room or twin bed room in a three or four star hotel, including breakfast. (The choice of hotel will be subject to availability and based on the proximity to the hospital or treating Doctor within a radius of 10 km)

Meals (excluding breakfast) and incidental costs at the hotel are not covered. Upgrades in the hotel cannot be financed by the Insured.

C) Repatriation expenses

In the event the Insured (and/or living donor in the case of transplant) dies outside Albania while receiving Treatment Abroad, the Insurance Company will pay for the repatriation of the deceased's remains to Albania. This coverage is limited to only those services and supplies necessary to prepare the deceased's body and to transport to Albania, including:

The services provided by the funeral company providing the international repatriation, including embalment and all administrative formalities.

The minimum obligatory coffin

The transport of the deceased's remains from the airport to the designated place of burial in Albania.

4. Monetary benefits covered during Treatment Abroad

A) Daily hospitalization indemnity

Up to the limits shown in the Particular Conditions for each full 24-hour period of confinement to the Hospital approved by FURTHER/Insurance Company in the Preliminary Medical Certificate and paid for under the Policy for Treatment Abroad of a Covered Disease or Medical Procedure.

5. Medical expenses covered after returning from Treatment Abroad

1) Medication expenses after returning from Treatment Abroad

For the cost of Medication purchased in Albania, following Treatment Abroad with a duration of more than 3 nights of Hospitalization approved by FURTHER/Insurance Company in the Preliminary Medical Certification and paid for under the Policy Cover under the Policy for this Benefit is only available on the following basis:

- That the Medication has been recommended through FURTHER by the international Doctor(s) that treated the Insured, as necessary for on-going treatment.
- The Medication has been licensed and approved by the corresponding medical authority or agency in Albania, and its prescription and administration is regulated.
- The Medication requires prescription by a Doctor in Albania.
- The Medication is available for purchase in Albania.
- That no prescription exceeds a dose for consumption longer than 2 months. The purchase of the Medication for this section 5) needs to be arranged and paid directly by the Insured. The Insurance Company will reimburse the Insured upon receipt of the relevant prescription, original invoice and proof of payment. Where the cost of Medication has been funded in part by the Public Health Service of Albania or an insurance Policy, the reimbursement request should clearly differentiate those costs partially funded by the Insured.

2) Follow up care after returning from Treatment Abroad

Follow Up Care can be arranged by FURTHER at the request of the Insured to be performed by the international Doctor(s) that treated the Insured or their medical team. Follow-up Care is covered for 180 days from the date the Insured returns to Albania after having completed the stage of Treatment Abroad and only when the treatment is prescribed or recommended through FURTHER and by the international Doctor(s) that treated the Insured. Should the Insured make this request, FURTHER will also arrange the necessary travel and

përshkruara në nenin 5 Seksioni 3 Pikat A) & B) për të Siguruarin dhe shoqëruesin(ët) e caktuar.

Neni 6 Përjashtime

Kjo Policë përjashton: a) Përjashtime të përgjithshme: 1. Shpenzimet e kryera për Sëmundjet ose Procedurat mjekësore që nuk parashikohen si rezultat të mbuluar në mënyrë. 2. Çdo shpenzim për sëmundjet ose lëndimet e prodhuara si rezultat i luftërave, Veprat e Terrorizmit, lëvizjet sizmike, trazirat, përmbytjet, shpërthimet vullkanike, si dhe pasojat e drejtpërdrejta ose të tërthorta të reagimit bërthamor dhe çdo dukuri tjetër të jashtëzakonshme ose katastrofike; si dhe epidemitë e deklaruara zyrtarisht. 3. Shpenzimet e kujdesit shëndetësor të kërkuara për shkak të alkoolit, varësisë nga droga dhe / ose të drogave ; të shkaktuara nga abuzimi i alkoolit dhe / ose përdorimi i drogave psikoaktive, narkotike ose hallucinogjene. Përjashtohen gjithashtu pasojat dhe sëmundjet që vijnë nga tentativa vetëvrasjeje dhe pavetëdijes. 4. Shpenzimet që rrjedhin nga të gjitha Sëmundjet ose gjendjet e shkaktuara me dashje ose që rrjedhin nga veprimet e neglizhencës ose në kushtet e kryerjes së një veprë kriminale Pasojat dhe sëmundjet që rrjedhin nga tentativa për vetëvrasje dhe vetëdëmtimi. 5. Shpenzimet që rrjedhin nga të gjitha sëmundjet ose gjendjet e shkaktuara me dashje ose mashtrim ose që rrjedhin nga aktet e neglizhencës ose pakujdesisë kriminale nga i Siguruarit ose që rezultojnë gjatë kryerjes së një krimi. 6. Një pretendim ku i Siguruarit, para, gjatë ose pas procesit të vlerësimit të dëmit, I përcaktuar nga FURTHER: - nuk ka ndjekur këshillat, recetat ose planin e përcaktuar të trajtimit të mjekut mjek ose - refuzon të marrë ndonjë trajtim mjekësor ose t'i nënshtrohet analizave ose testeve shtesë diagnostike të nevojshme për të vendosur një diagnozë përfundimtare ose plan trajtimi.

b) Përjashtimet mjekësore: 1. gjendjet dhe sëmundjet paraekzistuese; 2. Trajtimi për sëmundjet të cilat janë raportuar, diagnostikuar, trajtuar ose që kanë shfaqur simptoma ose gjetje (shenja) të lidhura me dokumentacionin mjekësor gjatë periudhës së përjashtimit. 3. Trajtimi eksperimental si dhe ato procedura diagnostifikuese, terapeutike dhe / ose kirurgjike, siguria dhe besueshmëria e të cilave nuk janë provuar shkencërisht. 3. Procedurat mjekësore të nevojshme si rezultat i AIDS (sindromi i mungesës së imunitetit të fituar), HIV (virusi i mungesës së imunitetit të njeriut) ose ndonjë kusht që lind prej tyre (përfshirë sarkomën e Kaposit) ose ndonjë trajtim për AIDS ose HIV. 4. Çdo shërbim që nuk është i nevojshëm nga ana mjekësore për trajtimin e sëmundjes së mbuluar ose procedurës mjekësore, siç përshkruhet në Klauzolat III. 5. Pagesat e bëra për çdo trajtim, shërbim, furnizim ose recetë mjekësore për një sëmundje për të cilën trajtimi më i mirë është transplantimi i organeve (klauzola III-E dhe F; 7. Çdo sëmundje ose gjendje mjekësore që është shkaktuar nga procedurat mjekësore të rregulluara dhe të paguara nga kjo Politicë, përveç rasteve kur sëmundja ose gjendja mjekësore në fialë është një sëmundje e mbuluar ose kërkon një procedurë mjekësore të mbuluar të parashikuar në pikën III. 8. Trajtimi për efektet anësore afatgjata, lehtësimin e simptomave kronike ose rehabilitimin (duke përfshirë por pa u kufizuar në fizioterapi, rehabilitimin e lëvizshmërisë dhe terapinë gjuhësore dhe të të folurit). 9. Në lidhje me shpenzimet e mjekimit të mbuluar pas kthimit nga trajtimi jashtë vendit (Klauzola IVSeksioni 5-Pika 1), zbatohen përjashtimet e mëposhtme: • Çdo kosto mjekimi e cila financohet totalisht nga Shërbimi Shëndetësor Publik i Shqipërisë ose që mbulohet nga ndonjë policë tjetër sigurimi e mbajtur nga i Siguruarit. • Kostoja e administrimit të Mjekimit. • Çdo blerje medikamentesh e kryer jashtë Shqipërisë. • Faturat e dorëzuara pranë Shoqërisë së Sigurimeve më shumë se 180 ditë pas blerjes së Mjekimit.

Shpenzime mjekësore të përjashtuara - Çdo shpenzim i bërë i lidhur ose rrjedh nga çdo procedurë diagnostike, trajtim, shërbim, furnizim ose recetë mjekësore të çfarëdo natyre të kryera në Shqipëri, me përjashtim të shpenzimeve të mjekimit të mbuluar. Çdo shpenzim i shkaktuar që rrjedh nga ndonjë procedurë diagnostike, trajtim, shërbim, furnizim ose recetë mjekësore e çdo natyre të shkaktuar në mbarë botën kur i siguruarit, në datën e njoftimit të kërkesës për dëmshpërbim, nuk mund të konsiderohet rezident në Shqipëri sipas legjislacionit lokal. Çdo shpenzim i shkaktuar para lëshimit të Certifikatës Mjekësore Paraprake. Çdo shpenzim i kryer në një spital të ndryshëm nga ai i autorizuar dhe i përmendur në certifikatën mjekësore paraprake.

Procedura e Kërkesave. Çdo shpenzim i kryer në lidhje me shërbimet e izolimit, vendpushimet shëndetësore, klinikat e mjekimit homeopatik, kujdesin shëndetësor në shtëpi ose shërbimet e ofruara në një qendër ose institucion rikuperimi, bujtinë ose shtëpinë e të moshuarve, edhe kur këto shërbime kërkojnë ose nevojiten si rezultat i një Sëmundjeje e mbuluar ose procedurë mjekësore. Çdo shpenzim i bërë për blerjen (ose marrjen me qira) të çdo lloji proteze ose pajisjeje ortopedike, korse, fashë, paterica, pjesë ose organe artificiale, paruke (edhe kur përdorimi i tyre konsiderohet i nevojshëm gjatë trajtimit me kimioterapi), këpucë ortopedike, proteza, dhe pajisje ose sende të tjera të ngjashme, me përjashtim të protezave të gjirit - pas Kirurgjisë së Mastektomisë - dhe valvulave protetike të zemrës që nevojiten si rezultat i një operacioni të rregulluar dhe pagur nga kjo policë. Çdo shpenzim i shkaktuar në blerjen ose marrjen me qira të karrigeve me rrota, kreativeve speciale, pajisjeve të ajrit të kondicionuar, pastuesve të ajrit dhe çdo sendi ose pajisje tjetër të ngjashme. Të gjitha ilaçet të cilat nuk janë shpërndarë nga një farmacist i licencuar ose që mund të merren pa recetë mjekësore. Çdo shpenzim i kryer për përdorimin e Mjekësisë Alternative, edhe kur është përcaktuar në mënyrë specifike nga një Doktor. Çdo tarifë për kujdes mjekësor ose izolim në rastet e Çrregullimeve njohëse, për shkak pleqërie ose dëmtime cerebrale, pavarësisht nga statusi i zhvillimit të tyre. Tarifat e përkthyesit, tarifat telefonike dhe të tjera në lidhje me sendet për përdorim personal ose që nuk janë të natyrës mjekësore, ose për ndonjë shërbim tjetër që u jepet të afërmeve, shoqëruesve ose përcjellësve. Çdo shpenzim i shkaktuar nga i Siguruarit ose nga të afërmit, shokët ose përcjellësit, me përjashtim të atyre që mbulohen shprehimisht. Çdo shpenzim mjekësor që nuk është një pagesë e zakonshme dhe e arsyeshme. Çdo shpenzim në lidhje me akomodimin ose transportimin e organizuar nga vete i Siguruarit

Neni 7 Procedurat e dëmit

Para marrjes së ndonjë trajtimi, shërbimi, në lidhje me një sëmundje të mbuluar ose procedurë mjekësore, siç përcaktohet, i Siguruarit ose çdo person që vepron ligjërisht në emër të tij duhet të veprojë në përputhje me procedurën e mëposhtme:

Njoftim - Kontaktoni FURTHER sa më shpejt të jetë e mundur për të njoftuar një kërkesë të mundshme dhe për të kërkuar shërbimin e opinionit të mjekësor. I Siguruarit do të informohet për hapat e nevojshëm për të përfunduar procesin e Opinionit të Dytë të Mjekësor, përfshirë autorizimin e nënshkruar të Siguruesit, i cili lejon Siguruesin të kërkojë ndonjë test përkatës diagnostikues dhe informacion mjekësor.

Detyrimet e Siguruarit - I Siguruarit është i detyruar të bashkëpunojë me FURTHER duke i ofruar akses falas në dokumentet mjekësore që disponon i Siguruarit ose Mjekët, Spitalet ose objektet e tjera mjekësore përgjegjëse për trajtimin deri në datën e njoftimit të kërkesës. Çdo kërkesë për pretendim do të vlerësohet vetëm për mbulim sipas policës kur të gjithë informacionet e nevojshme të jenë marrë nga i Siguruarit dhe mjekët, spitalet ose objektet e tjera mjekësore përkatëse

Vlerësimi dhe propozimi i spitalit për trajtim - Pas dorëzimit të dokumentave mjekësore dhe epikrizës mjekësore sic kërohet nga FURTHER, i Siguruarit do të njoftohet nëse kërkesa mbulohet sipas Policës. Në rast se i Siguruarit dëshiron të konsiderojë trajtim jashtë vendit, i Siguruarit do të pajiset me një listë të spitaleve të Rekomanduara.

accommodation arrangements on the terms described in Clause IV Section 3 Points A) & B) for the Insured and designated companion(s).

Article 6 Exclusions

This Policy excludes expenses in respect of:

1) Generic exclusions

1. Expenses derived from all Diseases or Medical Procedures not specifically contemplated under Clause III. 2. Any expenses for Diseases or Injuries produced as a result of wars, acts of Terrorism, seismic movements, commotions, riots, floods, volcanic eruptions, as well as the direct or indirect consequences of nuclear reaction and any other extraordinary or catastrophic phenomena; as well as officially declared epidemics.

3. Alcoholism, drug addiction and/or intoxicants caused by the abuse of alcohol and/or the use of psychoactive, narcotic or hallucinogenic drugs 4. The consequences and Diseases arising from attempted suicide and self-harm.

5. Expenses derived from all Diseases or conditions caused intentionally or fraudulently or derived from acts of negligence or criminal imprudence by the Insured or resulting when committing a crime. 6. A Claim where the Insured, prior to, during or after the Claim assessment process established by FURTHER: fi has not followed the advice, prescriptions, or established treatment plan of the treating Doctor or fi refuses to receive any medical treatment or be subject to additional diagnostic analysis or tests necessary to establish a definitive diagnosis or treatment plan.

2) Medical exclusions

1. Treatment for Pre-Existing Diseases. 2. Treatment for Diseases which were reported, diagnosed, treated or which showed related medically documented symptoms or findings (signs) during the Exclusion Period. 3. Experimental Treatment as well as those diagnostic, therapeutic and/or surgical procedures whose security and reliability have not been widely recognized by the international science community 4. Medical procedures needed as a result of AIDS (acquired immune deficiency syndrome), HIV (human immunodeficiency virus) or any condition arising from them (including Kaposi's sarcoma), or any treatment for AIDS or HIV.

5. Any health care service or supply that is not Medically Necessary for the treatment of a Covered Disease or Medical Procedure.

6. Any alternative treatment, service, supply or medical prescription for a Disease or Medical Condition for which the best treatment is a transplant covered by the Policy (Clause III –E) and Clause III-F). 7. Any Disease or Medical Condition which has been caused by the medical procedures arranged and paid for by this Policy save where the Disease or Medical Condition in question is a Covered Disease or requires a Covered Medical Procedure contemplated under Clause III. 8. Treatment for long-term side effects, relief of chronic symptoms, or rehabilitation (including but not limited to physiotherapy, mobility rehabilitation, and language and speech therapy). 9. In relation to the Medication expenses covered after returning from Treatment Abroad (Clause IV- Section 5-Point 1), the following exclusions apply: • Any cost of Medication which is totally funded by the Public Health Service of Albania or that is covered by any other insurance policy held by the Insured. • The cost of the administration of the Medication. • Any purchase of Medication incurred outside Albania. • Invoices submitted to the Insurance Company more than 180 days after purchase of the Medication.

3) Excluded expenses

1. Any expenses incurred in connection with or derived from any diagnostic procedures, treatment, service, supply or medical prescription of any nature incurred in Albania, with the exception of the Medication expenses covered in Clause IV Section 5 Point A.

2. Any expenses incurred in connection with or derived from any diagnostic procedures, treatment, service, supply or medical prescription of any nature incurred worldwide when the Insured, at the point of the relevant claim notification date, cannot be considered a permanent/legal resident in Albania. 3. Any expense incurred before the issuance of the Preliminary Medical Certificate.

4. Any expense incurred in a different Hospital from the authorized and mentioned in the Preliminary Medical Certificate.

5. Any expense incurred without following Clause VI: Claims Procedure. 6. Any expense incurred in respect of confinement services, health resorts, nature cure clinics, home health care or services provided in a convalescence centre or institution, hospice or old people's home, even where such services are required or necessary as a result of a Covered Disease or Medical Procedure.

7. Any expense incurred in the purchase (or hire) of any type of Prosthesis or orthopedic appliances, corsets, bandages, crutches, artificial members or organs, wigs (even where their use is considered necessary during chemotherapy treatment), orthopedic footwear, dentures, trusses and other similar equipment or items, with the exception of breast prostheses -after mastectomy Surgery- and prosthetic heart valves needed as a result of Surgery arranged and paid for by this Policy.

8. Any expense incurred in the purchase or hire of wheelchairs, special beds, air conditioning appliances, air cleaners and any other similar items or equipment.

9. All Medication which has not been dispensed by a licensed pharmacist or which are obtainable without a medical prescription.

10. Any charges made for the use of Alternative Medicine, even where specifically prescribed by a Doctor.

11. Any charges for medical attention or confinement in cases of Cognitive Disorders, senility or cerebral impairment, regardless of the status of their development.

12. Interpreter's fees, telephone and other charges in respect of items for personal use or which are not of a medical nature, or for any other service provided to relatives, companions or escorts. 13. Any expense incurred by the Insured or the relatives, companions or escorts, except those expressly covered.

14. Any medical expense that is not a customary and reasonable charge. 15. Any expenses in respect of accommodation or transportation arranged by the Insured, travelling companion or a living donor.

Article 7 Claims procedure

Prior to receiving any treatment, service, supply or medical prescription in relation to a Covered Disease or Medical Procedure, as defined in Clause III, the Insured, or any person acting legally on his/her behalf, must comply with the following procedure:

1 NOTIFICATION

Contact FURTHER as soon as possible to notify a potential Claim. The Insured will be informed of the steps required to provide FURTHER with all the relevant diagnostic tests and medical documents necessary to evaluate the validity of the Claim. Should the Insured request the Second Medical Opinion service, this service will need to be completed prior to confirmation of cover of the Claim under the Policy.

2 Obligation of the insured

The Insured is obliged to cooperate with FURTHER providing free access to medical documents in the possession of the Insured or the Doctors, Hospitals or other medical

Trajtimi jashtë vendit: Çertifikata paraprake - Me marrjen e konfirmimit të siguruarit për vendimin e tij / saj për të marrë trajtim jashtë vendit në një spital të zgjedhur nga lista e spitaleve të rekomanduara për trajtim, Siguruesi do të organizojë përmes shërbimit që ofron aranzhimet e nevojshme logjistike dhe mjekësore për pranimin korrekt të të siguruarit dhe Certifikata Paraprake mjekësore do të lëshohet dhe do të jetë e vlefshme vetëm për atë Spital. Lista e spitaleve të rekomanduara dhe Certifikata e Parakohshme Mjekësore lëshohen në bazë të gjendjes mjekësore të të siguruarit në kohën e lëshimit. Meqenjëse gjendja shëndetësore e të siguruarit mund të ndryshojë me kalimin e kohës, të dy dokumentet do të kenë një vlefshmëri prej tre muajsh. Në rast se i siguruari nuk zgjedh spitalin nga lista e spitalit të rekomanduar ose nuk fillon trajtimin në spitalin e miratuar të deklaruar në certifikatën mjekësore paraprake brenda tre muajve nga lëshimi, versionet e reja të këtyre dokumenteve ri lëshohen bazuar në shëndetin gjendjen e të Siguararit në atë kohë. Çdo shpenzim i shkaktuar në një Spital tjetër nga ai i përmendur në Certifikatën Paraprake Mjekësore nuk do të mbulohet. Çdo shpenzim i shkaktuar para lëshimit të Certifikatës Paraprake Mjekësore nuk do të mbulohet. Për sa kohë që plotësohen kushtet e Certifikatës Paraprake Mjekësore, Shoqëria e Sigurimeve, sipas Përfitimeve të Policës, do të marrë përsipër drejtpërdrejt shpenzimet mjekësore të mbuluara në Klauzolën IV Seksioni 2 dhe aranzhimet e nevojshme të udhëtimit dhe akomodimit të detajuara në pikën IV të seksionit 3. A) dhe B) subjekt i kufizimeve, përjashtimeve dhe kushteve të detajuara në Politicë Sigurimi.

Pas Kthimit Nga Trajtimi Jashtë Vendit - Faza e trajtimit jashtë vendit do të përfundojë me konfirmimin nga FURTHER se nuk është i nevojshëm dhe nuk është rekomanduar asnjë trajtim tjetër mjekësor nga Mjeku(ët) Ndërkombëtarë. Pas përfundimit të fazës së trajtimit jashtë vendit të trajtimit FURTHER do të organizojë kthimin përfundimtar të të Siguararit dhe shoqëruesit në Shqipëri dhe do t'i paraqesë të Siguararit udhëzimet për të përfunduar nga shpenzimet mjekësore të mbuluara pas kthimit nga trajtimi jashtë vendit.. Këto udhëzime do të bazohen në Rekomandimet nga Mjeku(ët) ndërkombëtar. Me mbërritjen e të Siguararit në Shqipëri, i Siguarari do të ketë të drejtën për: - rimbursohen për shpenzimet e mjekimit dhe; - kërkon FURTHER që të organizoni përkujdesjen në vazhdim gjatë 180 ditëve në vijim; Vlerësimi i kërkesave për dëm pas kthimit nga trajtimi jashtë vendit: Me kthimin përfundimtar të të Siguararit në Shqipëri, pas marrjes së Trajtitimit Jashtë vendit, zhvillimi i gjendjes shëndetësore të të Siguararit mund të përcaktojë që mund të kërkohet një vlerësim i ri për trajtim të mëtejshëm të nevojshëm mjekësor. Me kusht që Polica e të Siguararit të jetë ende aktive në këtë moment, i Siguarari do të ketë të drejtë të kontaktojë FURTHER për të përfunduar këtë vlerësim. FURTHER më pas do t'i konfirmojë sërish të Siguararit hapat e nevojshëm për t'i dhënë FURTHER të gjitha testet përkatëse diagnostikuese dhe dokumentet mjekësore të nevojshme për të përfunduar këtë vlerësim. Në rast se vlerësimi nga FURTHER konfirmon se kërkohet trajtim i mëtejshëm Mjekësor i Nevojshëm për shkak të së njëjtës Sëmundje ose Procedurës Mjekësore të Mbuluar të trajtuar më parë nga Polica, kjo do të vlerësohet më tej. I konfirmohet të Siguararit duke lëshuar një Certifikatë të re Mjekësore Paraprake, me listën që rezulton me spitalet e rekomanduara dhe trajtimet e mundshme jashtë vendit duke u konsideruar si vazhdimësi e të njëjtit pretendim. Vlerësimi mund të kërkojë, kur justifikohet nga pikëpamja mjekësore në pikëpamjen e FURTHER, përfundim i një shërbimi të ri të Opinionit të Dytë Mjekësor. Pas kthimit përfundimtar të të Siguararit në Shqipëri, pas marrjes së këtij episodi të ri të Trajtitimit Jashtë vendit, do të vendoset një periudhë e re prej 180 ditësh për Kujdesjen Vazhduese. Në rast se vlerësimi nga FURTHER vërteton se kjo kërkesë e re është e lidhur me një sëmundje të ndryshme ose procedurë mjekësore dhe për rrjedhojë nuk ka lidhje me pretendimin e mëparshëm, ky skenar do të konsiderohet si një pretendim i ri dhe i veçantë i mundshëm.

Bashkëpunimi - Të siguruarit dhe të afërmit e tij duhet të lejojnë vizitat e mjekëve që punojnë për Kompaninë e Sigurimit dhe çfarëdo kërkesë që konsiderohen të nevojshme nga kompania e sigurimeve, për këtë qëllim mjekët që kanë vizituar dhe kanë marrë pjesë në të siguruarin do të lirohen nga detyrimi ruaj sekretin profesional. Dështimi për të lejuar këto vizita do të konsiderohet nga Shoqëria e Sigurimeve si një heqje e shprehur e së drejtës për të ofruar Përfitimet në kërkesën përkatëse të mbuluar nga Polica.

Kushte te vecanta - (Shtojcë e Kushteve te Pergjithshme)

Mbrojtja e te Dhenave Personale- I siguruari është njohur me deklaratën e privatesise të shoqërisë së sigurimeve dhe autorizon SIGAL UNIQA GROUP AUSTRIA sh.a që të mbledhë dhe përpunojë të dhënat dhe informacionin personal i cili nevojitet për administrimin e kontratës së sigurimit, për dhënie e shërbimeve ndaj të siguruarit dhe përfutuesit përfshirë trajtimin e dëmit, për ofrimin e produkteve apo shërbimeve të reja, bazuar në ligjet përkatëse në fuqi (Ligji Nr. 9887, date 10.03.2008, “Për mbrojtjen e të dhënave personale”) si dhe transferimin e të dhënave personale tek te tretë për qëllime të sigurimit apo biznesi të cilët garantojnë gjithashtu mbrojtjen e të dhënave personale. Ne cdo rast, mbrojtja e te dhenave personale do te behet ne perputhje me rregullat dhe procedurat e percaktuara ne Ligjin Nr. 9887, date 10.03.2008, “Për mbrojtjen e të dhënave personale”.

E Drejta e Informimit -I siguruari ka te drejten te informohet nga Siguruesi mbi kushtet, procedurat dhe afatet e mbulimit dhe/ose perfitimit nga sigurimi, informim i cili fillon para nenshkrimit te kontrates dhe vazhdon gjate periudhes se vlefshmerise se kontrates. Informimi merret nepermjet telefonit, e-mailit, faqes zyrtare ne internet apo broshurave informative te perdoruara nga shoqeria. I siguruari dhe/ose Policëmbajtësi janë informuar nga Siguruesi përpara nënshkrimit të kontratës së sigurimit, duke marrë të gjithë informacionin e nevojshëm në lidhje me te dhenat juridike te siguruesit, llojin perkatës te sigurimit, procedurat, afatet, metodat e trajtimit të kërkesave për dëmshpërbllim, rreziqet e mbuluara dhe të përjashtuara, metodat e llogaritjes, afatet dhe mënyra e pagesës se primit, metodën e llogaritjes së vlerës se kompesueshme dhe çdo informacion tjetër që ka lidhje me kontraten e sigurimit.

E Drejta e te Siguarit Per T'u Ankuar-I siguruari apo persona të tjerë të interesuar, kane te drejte te paraqesin një ankesë pranë shoqërisë së sigurimit, ne rast se çmojne se shoqeria e sigurimit nuk u përmbahet kushteve të vendosura në kontratën e sigurimit. Ankesa mund te paraqitet ne forme elektronike (e-mail) ose me shkrim ne adresen postare te shoqerise. Shoqëria e sigurimit do t'i pergjigjet çdo ankese të depozituar me shkrim apo në formë elektronike dhe do te jap çdo informacion të kërkuar që ka lidhje me kontratën e sigurimit, brenda afateve te percaktuara ne ligj. Kjo kontratë sigurimi hartohet dhe zbatohet në përputhje me kushtet e percaktuara si më sipër, Kodin Civil, Ligjin nr.52 te vitit 2014 “Për veprimtarinë e sigurimeve dhe risigurimeve” Nënshkrimet e palëve në policën e sigurimit dhe/ose pagesa e primit vërtetohen se kanë rënë dakort me informacionin e dhënë paraprakisht, kanë lexuar dhe kuptuar të gjitha termat dhe kushtet e kësaj kontrate sigurimi, dhe pranojnë me vullnet të lirë t'i respektojnë dhe zbatojnë ato. Këto kushte janë njohur dhe pranuar për tu respektuar dhe zbatuar nga përfutuesi i kësaj kontrate i cili është dhe mbajtës i kontratës.

facilities responsible for treatment up to the date the potential Claim was notified. Any Claim request will only be evaluated for cover under the Policy when all the necessary information has been received from the Insured and respective Doctors, Hospitals or other medical facilities.

3 Claim assessment and proposal of hospital for treatment

Upon receipt of all the relevant diagnostic tests and medical history as requested by FURTHER, the Insured will be notified if the Claim is covered under the Policy. In the event that the Insured wishes to consider Treatment Abroad, the Insured will be provided with a list of recommended Hospitals

4 Treatment abroad: the preliminary medical certificate

Upon receipt of the Insured’s confirmation of his/her decision to receive treatment abroad at a Hospital selected from the list of recommended Hospitals for treatment, FURTHER will arrange through the Medical Concierge service the necessary logistical and medical arrangements for the correct admission of the Insured and a Preliminary Medical Certificate will be issued valid only for that Hospital. The list of recommended Hospitals and the Preliminary Medical Certificate are issued on the basis of the medical condition of the Insured at the time of issue. Since the health condition of the Insured may change over time, both documents will have a validity of three months. In the event that the Insured does not select a Hospital from the list of recommended Hospital or does not initiate treatment at the approved Hospital stated in the Preliminary Medical Certificate within three months of issue, new versions

of these documents may be reissued based on the health condition of the Insured at that time. As long as the terms of the Preliminary Medical Certificate are met, the Insurance Company, under the Benefits of the Policy, will directly assume the medical expenses covered in Clause IV Section 2 and the necessary travel and accommodation arrangements detailed in Clause IV Section 3 (Points A) & B) subject to the limitations, exclusions and conditions detailed in the Policy.

5 Return from treatment abroad

The Treatment Abroad stage of treatment will end on the confirmation by FURTHER that no further Medically Necessary treatment is prescribed by the international Doctor(s). Following the completion of the Treatment Abroad stage of the treatment FURTHER will arrange for the final return of the Insured and companion(s) to Albania, and will present the Insured with the guidelines to benefit

from the covered medical expenses after returning from Treatment Abroad detailed in Clause V. These guidelines will be based on the recommendations from the international Doctor(s). Upon arrival of the Insured to Albania, the Insured will be entitled to: fi be refunded for the medication expenses detailed in Clause IV- Section 5-Point A and fi request FURTHER to arrange for Follow Up Care as detailed in Clause IV- Section 5-Point B during the following 180 days.

6 Assessment of claims after return from treatment abroad

Upon the final return of the Insured to Albania, after receiving Treatment Abroad as detailed in Section 5, the evolution of the Insured’s health state may determine that a new assessment for further medically Necessary treatment may be required. Provided the Insured’s Policy is still active at this time, the Insured will be entitled to contact FURTHER to complete this assessment. FURTHER will then confirm again to the Insured of the steps required to provide FURTHER with all the relevant diagnostic tests and medical documents necessary to complete this assessment. fi In the event that the assessment by FURTHER confirms that further Medically Necessary treatment is required due to the same Disease or Covered Medical Procedure previously treated by the Policy, this will be assessed by FURTHER (as detailed in Clause VI- Section 3), confirmed to the Insured by issuing a new Preliminary Medical Certificate, with the resulting list of recommended Hospitals and potential Treatment Abroad (as detailed in Clause VI- Section 3 and 4), being considered as a continuation of the same Claim.

The assessment may require, when medically justified in the view of FURTHER, the completion of a new Second Medical Opinion service. After the final return of the Insured to Albania, after receiving this new episode of Treatment Abroad, a new period of 180 days will be established for Follow Up Care as detailed in Clause IV- Section 5-Point B.

In the event that the assessment by FURTHER establishes that this new request is related to a different Disease or medical procedure and therefore unrelated to the previous Claim, this scenario will be considered as a new and separate potential Claim, and the entire process detailed in this Clause VI will need to be followed.

7 Collaboration

The Insured and his/her relatives must allow visits by doctors working for FURTHER and/or the Insurance Company and any enquiries considered necessary by the Insurance Company, for which purpose the Doctors who have visited and attended the Insured shall be released from the obligation to maintain professional secrecy. Failure to allow these visits will be considered by the Insurance Company as an express waiver of the right to provide the Benefits on the relevant Claim covered by the Policy.