

KUSHTET E PËRGJITHSHME TË SIGURIMIT “SHËNDET PRIVAT”

Neni 1 Parashikime të përgjithshme

Sigurimi i shëndetit 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) deklaramet me shkrim të bëra nga aplikanti në kërkesën për sigurim dhe në dokumenta të tjera përkatëse.

Në rast të kombinimit të mbulimit Shëndet Privat 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 së dëmit.

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/rimbursojë vlerën e shpenzimeve mjekësore të domosdoshme dhe kryera për shkak të sëmundjes, shtatëzani të parashikuar si rast i mbulueshëm në këtë kontratë sigurimi dhe që nuk përfshihet në kushtet përjashtimore nga mbulimi me sigurim.

Neni 3 Përcaktime

Aksident - Një ngjarje e papritur dhe e paparashikuar që ndodh nga ndikimi i faktorëve të jashtëm dhe pa vullnetin e të Siguruarit, e identifikueshme për sa i përket kohës dhe vendit të ndodhjes, që ka impakt trupor të drejtpërdrejtë të jashtëm dhe të dhunshëm mbi të Siguruarin; Aksidenti duhet të vërtetohet me procesverbal aksidenti dhe me raport mjekësor të paraqitjes në urgjencë brenda 24 orëve nga ndodhja e ngjarjes. Në rast demtimesh në punë, duhet që aksidenti të vërtetohet me procesverbal aksidenti në punë nga Inspektoriati Shtetëror i Punës, në bazë të ligjit Nr. 9634, datë 30.10.2006. Në rast se, si pasojë e aksidentit i siguruari ka dëmtime të rënda trupore apo ka rezultuar humbje jete, aksidenti duhet të vërtetohet me vendim të organeve kompetente sipas ligjit (gjykata, prokuroria, policia);

Anëtar i familjes -Antar i familjes i të Siguruarit do të quhen bashkëshortët dhe fëmijët e tij apo të saj që jetojnë me të;

Gjendje Para-ekzistuese - 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 rastfillimi apo përkeqësimi papritmas i një sëmundjeje të rëndë 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;

Evakuim Mjekësor / Riatdhesim Emergjent - Zakonisht evakuimi do të kryhet në vendin më të afërt ku mund të merret trajtimi i përshtatshëm mjekësor ose që mund të jetë vendi i rezidencës së të Siguruarit (riatdhesim). Në raste emergjencash të tilla duhet të kontaktohet SIGAL për të miratuar transportimin.

Medikamentet: 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 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 që tregtohen në parafarmaci (jo farmaci) apo integroret ushqimore/dietike si 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;

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

Patologji gjatë shtatëzaniës - gjendje (kur shtatëzania nuk nderpritet) diagnoza e të cilës është e dallueshme nga shtatëzania, përkeqesohet nga shtatëzania, por nuk shkaktohet nga ajo;

Kujdesi parandalues - përfshin ekzaminime mjekësore që kryhen në kushte rutine, para shfaqjes të simptomave të sëmundjes, për të parandaluar sëmundjen dhe kontrollet e zakonshme mjekësore për të cilat Policëmbajtësi dhe SIGAL kanë rënë dakord paraprakisht.

Kontroll diagnostikues - përfshin ekzaminime mjekësore me rekomandim mjekësor nga një specialist, që kryhen në kushte shfaqjes së rezultateve laboratorike apo imazherike jashtë norme me qëllim identifikimin e diagozës që mund të ketë ndikuar në ndryshimin e vlerave laboratorike apo imazheve radiologjike të dyshimta

Kujdesi psikiatrik - është kujdesi për një gjendje mendore që është diagnostikuar nga një psikiater dhe që është e renditur në një sistem ndërkombtar klasifikimi gjendjesh të këtyre, si p.sh. Manuali DSM-IV apo Klasifikimi Ndërkombtar i Sëmundjeve ICD-10;

Kujdesje të zakonshme shtatëzanie - do të quhen të gjitha përkujdesjet e zakonshme për shtatëzanië 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;

Kufiri i mbulimit - është vlera maksimale e shpenzimeve për çdo përfitim të përcaktuar në veçanti në Listën përkatëse të Përfitimeve, që Siguruesi do të paguajë gjatë periudhës së sigurimit 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 të përcaktuar në policë për ngjarje dhe as limitin e maksimal vjetor të përcaktuar në policë;

Mjek- Çdo ushtrues i profesionit mjekësor që ka një diplomë të njohur nga shteti, apo një diplomë të barazvlefshme ndërkombetare, për ushtrimin e profesionit mjekësor;

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. 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 përlogaritur nga Siguruesi.

Ofrues Shërbimesh Mjekësore - do të quhet një person fizik apo juridik i licencuar profesionalisht dhe që i ofron shërbime mjekësore pacientëve. Mjekët, spitalet, klinikat, farmacitë, infermieret, mamitë, terapistët fizikë, chiropractor, dhe laboratorët quhen ofrues shërbimesh mjekësore;

Policëmbajtësi - është personi fizik apo juridik që lidh marrëveshjen e sigurimit me Siguruesin;

Periudha e Pritjes - do të quhet një periudhë kohe që nga data e fillimit të mbulimit në sigurim, gjatë të cilës policia e sigurimit nuk mbulon shpenzimet mjekësore të kryera në këtë periudhë. Nuk do të kualifikohet për ndonjë përfitim nga kjo policë çdo sëmundje që shfaq simptomën e parë në këtë periudhë në rastin e të siguruarve të rinj, përveç atyre shpenzimeve të përcaktuara ndryshe në këto Kushte të Përgjithshme.

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;

Pjesa e zbritshme – vlera që duhet të paguhet nga i siguruari në rast të një shpenzimi mjekësor të mbuluar; Sipas përcaktimeve në policën e sigurimit apo në listën e përfitimeve, pjesa e zbritshme mund të aplikohet në vlerë apo në përqindje.

Rehabilitim/Riaftësim: Shërbimet e kujdesit shëndetësor që ndihmojnë në rikthimin e aftësive dhe funksionimin e gjymtyrëve të nevojshme për jetën e përditshme që janë humbur ose dëmtuar për shkaqe të patologjive të rënda (goditje cerebrale ne tru),;

Rrjeti Mjekësor Sigal ekskluziv- do të përfshijë spitalet, qendrat mjekësore, farmacitë, ambulancat, mjekët apo specialistët e çertifikuar që kanë një marrëveshje me SIGAL dhe që janë zgjedhur nga SIGAL për t'i ofruar të Siguaruarve shërbime mjekësore. Konsiderohen ekskluzive ato institucione shëndetësore, ku të siguruarit nuk i nënshtrohen parashikimeve dhe kufizimeve për çmime të arsyeshme dhe të zakonshme. Rrjeti mjekësor ekskluziv është i publikuar në faqen zyrtare të internetit të SIGAL UNIQA. Ndërsa jashtë territorit të Shqipërisë janë klinikat dhe spitalet pjesë e rrjetit mjekësor të UNIQA në Austri;

Rrjeti Mjekësor Sigal - do të përfshijë spitalet, qendrat mjekësore, farmacitë, ambulancat, mjekët apo specialistët e çertifikuar që kanë një marrëveshje me SIGAL dhe që janë zgjedhur nga SIGAL për të dhënë të Siguaruarve shërbime mjekësore. Mjekët e jashtëm të cilët nuk kanë kontratë me kohë të plotë me ofruesin e shërbimeve mjekësore, nuk konsiderohen pjesë e rrjetit mjekësor SIGAL. Çmimet e rrjetit mjekësor SIGAL do t'i nënshtrohen kufizimeve për çmime të arsyeshme dhe të zakonshme.

Sëmundje - Përkeqësim i paqëllimshëm i gjendjes shëndetësore, e diagnostikuar nga një mjek, që nuk është rrjedhojë e një aksidenti. Komplikacionet që zhvillohen gjatë shtatëzarisë ose lindjes konsiderohen sëmundje.

Shtatzani - Gjendja fizike e një gruaje nga ngjizja e fëmijës deri tek lindja së bashku me të gjitha pasojat fizike që lidhen me të.

Spital - 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 dhe të plagosurit; 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 paaftë (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 nuk do të konsiderohen si spitale.

Shpenzime të arsyeshme dhe të zakonshme. Cmimet e shërbimeve mjekësore, të cilat janë të krahasueshme me cmimet që aplikojnë klinikat e rrjetit mjekësor ekskluziv në shtetin ku jepen;

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 sigurt, 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.

Trajtim Dentar Emergjent – trajtim dentar, që kryhet në mënyrë urgjente në një klinikë ose kirurgji dentare për të lehtësuar dhimbjen. Trajtimi duhet të kryhet brenda 24 orësh nga fillimi i simptomave;

Trajtim në Shtëpi - do të quhet kujdesi, që jepet në shtëpinë e të siguruarit nga një infermiere menjëherë pas daljes nga spitali dhe që është këshilluar nga një mjek.

Trajtim me shtrim në spital – Çdo qëndrim mbi 24 orë të njëpasnjëshme në një spital, si pasojë e këshillës, dhe nën mbikëqyrjen dhe kujdesin e një mjeku.

Transplant Organi – do të quhet procedura klinike e transplantimit të organeve/indeve të mëposhtëme: palca e kockës, kornea e syrit, zemra, valvula e zemrës, mushkria, veshka, mëlçia, inde muskulore/skeletike, pankreasit, paratiroidet. Shpenzimet për gjetjen dhe marrjen në zotërim të organeve nuk mbulohen nga kjo policë.

B. SIGURIMI

Neni 4 Përfitime

Përfitimet nga ky sigurim përcaktohen në policë, në listën e përfitimeve si dhe në shtojcat e saj. Kjo policë mbulon shpenzimet për trajtime, të cilat njihet se kanë aftësi diagnostikuese, stabilizuese apo përmirësuese dhe të cilat janë të nevojshme nga ana mjekësore dhe nuk janë në fazë eksperimentale. Kjo policë mbulon shpenzimet që janë të zakonshme dhe të arsyeshme për përkujdesjen sipas vendit ku jepen. Në rast se SIGAL gjykon që shpenzimet janë të tepuara, SIGAL ruan të drejtën të paguajë vetëm një shumë që e quan të zakonshme dhe të arsyeshme për trajtimin e dhënë duke u referuar në cmimet rrjetit mjekësor ekskluziv. SIGAL ruan të drejtën që të pezullojë apo të mos paguajë shpenzimet e plota ose të pjesëshme në rast të:

- Mospagimit të primit të sigurimit;
- Mosrespektimit të këtyre Kushteve të Përgjithshme;
- Dyshimit për mashtrim.

Neni 5 Persona të Siguruar

a) Person i Siguruar mund të jetë çdo individ si edhe anëtar i familjes se 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

b) Mund të bëjnë pjesë në grup edhe anëtarët e familjes të të siguruarve për të cilët paguhet primi përkatës i sigurimit.

Neni 6 Territori i mbulimit në sigurim

Sigurimi do të jetë i vlefshëm brenda kufijve të zonës gjeografike të përcaktuar në Policën e Sigurimit, ose në Listën e Përfitimeve. Zona e mbulimit Europe përfshin të gjitha shtetet anetare të Bashkimit Europian në momentin e nënshkrimit të kësaj kontrate, si dhe shtetet që do të anetaresohen gjatë vlefshmerisë së kësaj kontrate. Zona e mbulimit Ballkan përfshin shtetet: Shqipëri, Bosnia dhe Herzegovina, Bullgaria, Kroacia, Kosova, Mal i Zi, Maqedonia e Veriut, Rumania, Serbia dhe Sllovenia.

Neni 7 Përjashtime të mbulimit në sigurim

Ngjarjet, aksidentet apo sëmundjet e mëposhtëme nuk mbulohen nga ky sigurim, përveçse në rast marrëveshjeje me shkrim me SIGAL:

- 1) shpenzimet mjekësore, që rrjedhin nga kushte paraekzistuese sipas përcaktimit "Gjendje Paraekzistuese Neni 3";
- 2) Kujdesi parandalues, check up vjetor Çdo pasojë apo shpenzim mjekësor që rezulton si pasojë e një aksidenti.
- 3) Çdo pasojë apo shpenzim mjekësor që rezulton si pasojë e një aksidenti.
- 4) pasojat e sëmundjeve që rrjedhin nga një veprim i qëllimshëm i të siguruarit, si për shembull vetëplagosja pavarësisht nga shëndeti mendor i të siguruarit, ose një përpjekje e dukshme e keqtrajtimit të vetvetes;
- 5) sëmundje gjatë kohës që i siguruari është në shërbim ushtarak, apo është anëtar vullnetar i forcave ushtarake gjatë luftës, sepse mbulimi i sigurimit pezullohet në kushte lufte;
- 6) kontrolli, si dhe/ose trajtimi i kërkuar si pasojë e pjesëmarrjes në sporte profesionale, ose të rrezikshme;
- 7) sipas parashikimeve të Nenit 7, plagët apo lëndimet e shkaktuara nga ushtrimi i aviacionit amator, aksidentet e fluturimit apo hedhjes nga mjete fluturuese me ose pa motor, si dhe kur fluturimi apo hedhja kryhet duke shkelur rregullat e përcaktuara nga organet përkatëse, apo pa marrë lejen e organeve përkatëse dhe kur nuk është kryer sigurimi shtesë për rrezikun përkatës;
- 8) pasojat e trazirave apo kryengritjeve nëse duke marrë pjesë në to, i siguruari ka thyer ligjet në fuqi. Po kështu nuk do të mbulohen edhe pasojat e zënkave;
- 9) kurat e rinisë apo bukuri (kirurgji apo trajtime estetike) nuk do të mbulohen me përjashtim të kirurgjisë plastike nëse është e nevojshme si pasojë e një aksidenti të ndodhur pasi i siguruari u përfshi në kontratën e sigurimit; nuk do të mbulohen trajtimi kirurgjikal i devijacionit të septumit nazal dhe kirurgjitë që janë rrjedhojë, apo që shkaktohen nga ky devijacion; investigimi për intoleranca ushqimore, logopedia dhe geriatriks, aparati i dëgjimit apo implantet kokleare dhe trajtimi afatgjatë i alergjive;
- 10) shërbimet mjekësore, që vijnë si pasojë e dentimit të meniskut apo ligamentit gjatë vitit të parë dhe të dytë të sigurimit.
- 11) sëmundje që rrjedhin drejtpërdrejt nga krime apo veprimtari të kundraligjshme të kryera në mënyrë të vetëdijshme;
- 12) sëmundje të shkaktuara nga shërbimi në ushtri jashtë vendit;
- 13) dëmtimet e shkaktuara direkt ose indirekt nga lufta, pushtimi, veprime të armikut të jashtëm, veprime luftarake apo të ngjashme me to pavarësisht nëse është shpallur lufta ose jo, lufta civile, kryengritje, trazira, turbullira civile që marrin përpjestimin e një kryengritjeje popullore, kryengritje ushtarake, rebelimi, revolucioni, pushteti ushtarak ose i usurpuar, ose çdo veprim i çdo personi që vepron në emër të ose në lidhje me çdo organizatë me veprimtari që ka si drejtim përmbyshjen me forcë të qeverisë de juro apo de facto ose që ta influencojë atë me anë të terrorizimit apo dhunës;
- 14) dëmtime të shëndetit si pasojë e rrezatimit jonik si dhe rreziqeve të energjisë bërthamore në rast aksidentesh të mëdha. Megjithatë, pasojat e radioterapisë të këshilluar nga mjeku do të mbulohen; kontracepsioni për meshkuj apo femra, sterilizimi dhe kujdesi për probleme seksuale, kthim mbrapsht i sterilizimit, hetimi dhe kujdesi për infertilitetin, operacione për ndryshimin e seksit;
- 15) Trajtimi për sëmundjet veneriane (seksualisht të transmetueshme SST) ose AIDS dhe të gjitha sëmundjet e shkaktuar nga virusi HIV AIDS dhe / ose që kanë lidhje me të;
- 16) të gjithë trajtimet të marra me indikacion të drejtpërdrejtë ruajtjen, trajtimin apo përmirësimin e shëndetit të fetusit;
- 17) përkujdesi ndaj alkoholizmit, varësisë ndaj drogave, lëndëve të tjera që shkaktojnë varësi dhe çdo pasojë e drejtpërdrejtë ose jo e drejtëpërdrejtë e tyre
- 18) çdo pasojë apo shpenzim mjekësor që vjen si pasojë e një sëmundjeje apo aksidenti të shkaktuara nga ndikimi i alkoolit apo substancave narkotike;
- 19) lentet, skeletet dhe xhamat optikë dhe kirurgjinë radiale keratomike në rast miopie, astigmatism, hipermetropi, apo presbyopi;
- 20) kontrolle të zakonshme dentare dhe protezat dentare;
- 21) shpenzimet për gjetjen dhe marrjen në dorëzim të organeve për transplant;

- 22) 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 infermierore, 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.
- 23) shpenzimet për problemet e zhvillimit mendor dhe fizik;
- 24) trajtimi i obezitetit apo peshës së tepërt;
- 25) dializa dhe mosfunksionimi i veshkave;
- 26) 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 percaktohen 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.
- 27) 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;
- 28) Nuk ka mbulim për qëndrime në institucione që kryesisht janë të specializuara për rehabilitim;
- 29) Trajtimi eksperimental si dhe ato procedura diagnostike, terapeutike dhe/ose kirurgjikale siguria dhe besueshmëria e të cilave nuk janë vërtetuar shkencërisht;
- 30) Evakuimi me ambulancë ajrore në kushtet e pandemive, endemive, epidemive;
- 31) Çdo pasojë apo shpenzim mjekësor si pasojë e një aksidenti që nuk mund të vërtetohet nga i siguruari;
- 32) shpenzimet e paarësishme dhe panevojshme të kryera nga i siguruari; të gjitha shpenzimet mjekësore spitalore në rastin kur limiti për ngjarje është ezauruar ;

Neni 8 Mbulimi nga palë të treta

- a. Kur të kërkohe 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 drejta të plota të subrogimit.

C. SHPENZIMET

Neni 9 Shpenzime të mbuluara në sigurim/ Lista e Përfitimeve

SIGAL në përputhje me përcaktimet e listës së Përfitimeve të rënë dakord midis palëve, zonës së mbulimit, kufijve të mbulimit dhe kushteve këtu do të paguajë shpenzimet për përfitimet që synojnë të diagnostikojnë dhe të kurojnë sëmundje.. SIGAL nuk do të paguajë / rimbursojë asnjë shpenzim që nuk është i listuar/përcaktuar në listën e Përfitimeve dhe shpenzimet e kryera brenda periudhës së pritjes apo nën pjesën e zbritshme të përcaktuar në këto kushte dhe në listën e përfitimeve ose skedulit e policës së sigurimit. Shpenzimet konsiderohen të mbuluara në rast se janë të listuara në listën e përfitimeve:

- a) Shpenzimet mjekësore të kryera gjatë periudhës së shtrimit në klinikë apo spital. Zërat e këtyre shpenzimeve detajohen në listën e përfitimeve dhe përbëhen nga shpenzimet e akomodimit në një qëndër mjekësore private, të kujdesit intensiv, për marrjen me qira të pajisjeve mjekësore, shpenzimet për mjekun apo kirurgun e autorizuar dhe të aftë të japë kujdes mjekësor; shpenzimet për medikamente, mjekime, proteza të brendshme për shkak të ndërhyrjeve kirurgjikale; shpenzimet për strehimin e një prindi që shoqëron një të mitur të siguruar në spital; pagesë në shumë monetare fikse në rast kur ndërhyrja kirurgjikale apo shtrimi në spital ndodhin në struktura publike
- b) Shpenzimet mjekësore pa shtrim në spital të cilat përbëhen nga kontrolle mjekësore nga mjekë të përgjithshëm apo specialistë, teste dhe analiza të ndryshme laboratorike dhe radiologjike diagnostikuese të rekomanduara, fizioterapise dhe kirurgjisë ditore të rekomanduara nga një mjek.

c) Shpenzimet e ndryshme të transportit si pasagjer në rastet kur udhëtimi kryhet për arsye shtrimi në spital si edhe shërbimi i ambulancës rrugore në rastet e urgjencave shëndetësore kur janë të nevojshme nga ana mjekësore dhe sipas kufijve të mbulimit të përcaktuara në listën e përfitimeve.

Shërbimet rehabilituese dhe shërbimet aftësuese (fizioterapi) do të mbulohen siç thuhet në listën e përfitimeve dhe vlerësohen si më poshtë: Shërbimet e terapisë fizike rehabilituese (PT) konsiderohen të nevojshme nga ana mjekësore kur plotësohen të GJITHA kriteret e mëposhtme: Terapia ka për qëllim rivendosjen (jo përmirësimin dhe as përshtatjen) e funksioneve të cilat janë dëmtuar ose humbur përgjithmonë si rezultat i sëmundjes, dëmtimit, humbjes së një pjese të trupit; dhe terapia ofrohet për kushte që kërkojnë njohuri, aftësi dhe gjykim unik të një terapisti fizik për edukimin dhe trajnimin dhe ky i fundit është pjesë e planit të kualifikuar të trajtimit; si edhe ka pritshtëri që terapia të rezultojë në një rivendosje të nivelit të funksioneve anatomike brenda një periudhe kohe të arsyeshme dhe të parashikueshme; si edhe 1. Shërbimet e një individi nuk mund të pritë që të përmirësohen vetëvetiu dhe gradualisht me rifillimin e aktiviteteve normale; dhe 2. Potenciali i pritshëm i riaftesimit do të ishte i rëndësishëm në lidhje me shtrirjen dhe kohëzgjatjen e shërbimit të terapisë që kërkohet për të arritur një potencial të tillë;

ç) Shpenzimet rutinë për kujdesin gjatë shtatzanisë dhe lindjes, qoftë kjo natyrale apo çezariane dhe shërbimet që marrin gratë gjatë shtatzënisë (kujdesi para lindjes), gjatë gjithë shtatzanisë, lindjes dhe pas lindjes, dhe kujdesit për foshnjat e sapolindura. Hospitalizimi gjatë shtatzënisë dhe/ose lindjes do të rimbursohet si kujdes dhe me limitet për ngjarje që aplikohen në kuadër të shtatzanisë;

d) Shpenzimet spitalore për sëmundjet e rënda, ku përfshihen tumoret malinje, ndëhyrjet në zemër (riparim dhe zëvendësim valvulash dhe by pass) transplant nga një dhurues i gjallë, ndërhyrje në kokë dhe shtyllën kurrizore. Nëse shpenzimet për këto sëmundje janë në kushte jo spitalore, do të aplikohen limitet në seksionin pa shtrim në spital, përveç rasteve të kemioterapisë dhe radioterapisë të cilat do të klasifikohen si shpenzime spitalore në cdo rast.

dh) shpenzime dentare, optike, dhe shpenzime të tjera të përcaktuara në listën e përfitimeve sipas kufijve të mbulimit.

e) Shpenzimet për medikamente dhe mjekime apo fasha, me ose pa shtrim në spital, të marra në përputhje me rekomandimin e lëshuar nga një mjek i licencuar, i cili duhet të përmbajë edhe diagnozën e sëmundjes që po trajtohet. Do të përfshihen këtu edhe pajisjet mjekësore të rekomanduara nga mjeku për trajtimin e rastit si proteza të jashtme, kollare, rrjeta ortopedike e të ngjashme me to por jo aparatat matese si aparat tensioni, diabeti, fisha diabeti, aparat aerosoli etj.

f) shpenzimet në kuadër të COVID 19 dhe pandemive, këtu do të përfshihen mbulimi në formën e shpërblimit monetar në shumë fikse në rast mjekimi në shtëpi, ose në spital sipas rekomandimit të mjekut, ose në formën e rimbursimit. Nuk përfshihen në shpenzime për medikamente, medikamentet e kemioterapisë. Shpenzimet e panevojshme nga ana mjekësore (për shembull shpenzimet për telefon privat, konsulte dieticieni, psikologu, terapi ushtrimore në palester apo pishina, shpenzime për testin e intolerancës ushqimore e të ngjashme me to si edhe shpenzimet e pa justifikuar me një rekomandim mjekësor) nuk do të mbulohen. Shpenzimet për blerjen apo marrjen me qira të protezave, dhe aparateve të nevojshme ortopedike kur këshillohen nga mjeku si pasojë e një ngjarjeje të mbuluar nga ky sigurim.

Neni 10 Pjesa e zbritshme dhe kufijtë e mbulimit

Pjesa e zbritshme e rënë dakort midis palëve në këtë kontratë dhe e përcaktuar në policë do të zbritet nga përfitimet e sigurimit për çdo të siguruar. Kjo pjesë e zbritshme është vjetore; për vlerë shërbimi, ose për cdo ngjarje; Në rastin kur pjesa e zbritshme aplikohet si pjesë e zbritshme vjetore ajo zbritet në vitin përkatës sigurues për shumën e përcaktuar në rastin që shpenzimet mjekësore të paraqitura për rimbursim mbulohen (edhe nëse kërkesa paraqitet vitin pasues).

Në rastin kur pjesa e zbritshme aplikohet si pjesë e zbritshme për ngjarje ajo zbritet vetëm njëherë për secilën ngjarje pavarësisht vitit sigurues në shumën e përcaktuar në rastin që shpenzimet mjekësore të paraqitura për rimbursim mbulohen.

Në rastin kur pjesa e zbritshme aplikohet si pjesë e zbritshme për vlerë shërbimi, mbulohen vetëm shërbimet mjekësore me cmim me të lartë se vlera e pjesës së zbritshme.

“**Limiti maksimal**” do të thotë: Përgjegjësia e Siguruesit për të gjitha kostot dhe kompensimet dhe shpenzimet e pagueshme në lidhje me të gjitha ngjarjet e ndodhura gjatë çdo periudhe dëmshpërblimi, nuk do të kalojë shumën e përcaktuar në formular si Limiti maksimal.

“**Limiti për ngjarje**” – shumën maksimale që siguruesi paguan për të gjitha dëmet që rezultojnë nga një ngjarje e vetme. Ky limit aplikohet për të gjitha ngjarjet e mbuluara nga policja 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 policja e sigurimit është e rinovuar, pra është aktive.

Neni 11 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 12 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 se lejuar të vonesës policja qëndron në fuqi. Nëse primi nuk paguhet deri në fund të kësaj periudhe vonese, atëherë policja përfundon dhe data e fundit të mbulimit është data kur primi duhet të ishte paguar. Pas përfundimit të afatit: - Polica konsiderohet e pavlefshme, dhe - Mbulimi i përfituar nga policja përfundon.

Neni 13 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 14 Autorizimi paraprak

Për përfitimet e mëposhtëme duhet të merret autorizim paraprak nga SIGAL:

- Trajtim me shtrim në spital;
- Kirurgji pa shtrim në spital;
- Trajtim në shtëpi (infermier);
- Evakuim Mjekësor / Riatdhesim Emergjent;
- Transporti për trajtim jashtë Shqipërisë;
- Kthimi i trupit të pacientit në Shqipëri ;

Formulari i Autorizimit paraprak duhet të shkarkohet në faqen e web të Siguruesit dhe duhet të ketë bashkengjitur të gjitha dokumentat mbështetës përfshirë këtu formën e plotësuar në çdo zë autorizimit paraprak, raportin mjekësor dhe një vlerësim paraprak të shpenzimeve mjekësore. SIGAL miraton ose jo marrjen e shërbimit për të cilin kërkohet autorizim paraprak, të paktën 24 (njëzet e katër) orë përpara datës së planifikuar për këtë shërbim. Nëse nuk është marrë autorizim paraprak, atëherë SIGAL ruan të drejtën të paguajë vetëm **70%** të shumës së pretenduar për demshperblim në se trajtimi/ shërbimi mjekësor mbulohet nga policja dhe shuma e shpenzimit është e arsyeshme dhe e 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.

Neni 15 Njoftimi i rastit të sigurimit/procedura e trajtimit të dëmit

Të gjitha kërkesat për demshperblim duhet të paraqiten duke përdorur formularë të miratuar nga SIGAL. Formularët duhet të plotësohen dhe të nënshkruhen nga i siguruari, duhet të shoqërohen me faturat/recetat origjinale të detajuara të shërbimit/eve mjekësore të përfituar 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 demshperblim për fëmijët nën 18 vjeç duhet të paraqiten dhe nënshkruhen nga një prind apo kujdestar ligjor. I Siguruari/kërkuesi i demshpërblimit mban përgjegjësi për saktësinë e kërkesës për demshperblim 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 demshperblim. I siguruari zotohet të bëjë gjithshka të mundur që do të ndihmojë në përcaktimin e natyrës dhe shkallës së një sëmundjeje. 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 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 demshpërblimit paguhet në monedhë në të cilën është faturuar shërbimi mjekësor i marrë, përjashtuar rastet kur bihet dakord ndryshe midis palëve.

A. Shërbime mjekësore nga Rrjeti Mjekësor Sigal me Garanci Pagesë

Duke respektuar parashikimet e Nenit 14 si edhe shërbimet e përcaktuara në kontratë për të cilat i Siguruari mund të kerkoje Garanci Pageze, ndiqet kjo procedure:

- I Siguruari duhet të kontaktoje një anëtar të Rrjetit Mjekësor Sigal për të marrë shërbimin e nevojshëm shëndetësor;
- I Siguruari dërgon tek SIGAL formularin " Kërkesë per Asistence/Garanci Pageze, 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 Pageses shumën për t'u paguar duke marrë parasysh edhe:
- Kufijtë e mbulimit,
- Pjesën e zbritshme, bashkesigurimin,
- Shpenzimet e pambuluara (shërbime të pambuluara, kushte paraekzistuese dhe shpenzime të panevojshme nga ana mjeksore).

B. Shërbime mjeksore nga Rrjeti Mjekësor Sigal pa Garanci Pageze

- Në rast se, i siguruari ka paguar vetë institucionin mjekësor, pjesë e Rrjetit mjekësor SIGAL për shërbimin mjekësor të marrë, i Siguruari rezervon të drejtën të paraqesë kërkesë për rimbursim shpenzimesh mjeksore në përputhje me parashikimet në këto kushte.

C. Shërbime mjeksore nga ofrues shërbimesh që nuk janë pjesë e rrjetit mjekësor SIGAL

- SIGAL nuk do të kryejë pagesa të drejtpërdrejta tek ofruesit e shërbimeve mjeksore që nuk janë pjesë e rrjetit mjekësor Sigal por, duke respektuar kufijtë dhe kategoritë e Listës së Përfitimeve, do të rimbursojë shpenzimet e arsyeshme dhe të zakonshme për shërbimin e nevojshëm që i është dhënë të siguarit, **deri në 85%** të kufirit përkatës për shërbimin në fjalë sipas Listës së Përfitimeve. Pavarësisht pikave të Nenit 14, çdo kërkesë për dëmshpërblim duhet ti njoftohet SIGAL menjëherë dhe jo më vonë se 30 ditë pasi rrethanat e kërkesës i janë bërë të ditura të siguarit. Çdo shumë e paguar nga SIGAL dhe e pranuar pa të drejtë nga i siguruari duhet ti rikthehet menjëherë SIGAL.

Neni 16 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 mjeksore 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 perkatëse dhe të dhënat respektive për çdo ndryshim.

Neni 17 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 18 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, çdo mesazh apo dërgim informacioni nga policëmbajtësi ose i siguruari, duhet të drejtohet drejtpërdrejt Zyrrave 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 19 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 shtatzaninë 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. 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 20 Mbulimi në sigurim

- SIGAL do të vendosë nëse një aplikues do të pranohet të sigurohet sipas mbulimit të plotë, të pjesshëm apo nuk do t'i 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 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.

Neni 21 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.

Neni 22 Minimizimi i shpenzimeve

- 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.

F. TË NDRYSHME

Neni 23 Sekret i 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 24 Kalimi (cedimi) i të drejtave

I siguruari i kalon (cedon) SIGAL të gjitha të drejtat deri në shumën e përgjithshme të përfitimeve të paguara në favor të 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 25 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 dhënien e informacioneve përcaktuese në vlerën e primit. Nëse deklaratat e të siguruarit do të jenë të pasakta në ato pika që përcaktojnë primin, SIGAL do t'i dërgojë të siguruarit 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 çliuar nga detyrimet kontraktuale. Nëse të dhënat saktësohen, SIGAL do t'i komunikojë të siguruarit 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 nëse SIGAL mund të paraqesë prova, atëherë i siguruari mund të përjashtohet nga mbulimi në sigurim në mënyrë të menjëhershme.

Neni 26 Përfundimi i sigurimit në grup

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

Neni 27 Juridiksioni

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

Neni 28 Dispozita te Fundit

- Në rast se ka interpretime të ndryshme për këto Kushte të Përgjithshme, atëherë publikimi në Shqip do të ketë përparësi në interpretim.

PROCEDURAT NË RAST DËMI

Procedurat e paraqitura me poshte do te jene te vlefshme dhe te pandryshueshme gjate gjithë kohezgjatjes se marreveshjes se mbulimit me sigurim.

Per qellime te zbatimit te kesaj kontrate, Komunikimet me Siguruesin do te mbahen nepermjet adreses infoshendet@uniqa.al. Nese i siguruari nuk merr pergjigje dhe/ose zgjidhje nga ky kontakt brenda 2 diteve pune, atehere drejtohet ne adresen e burimeve Njerezore te Bankes ABI.

Pajisja me kartat e sigurimit dhe perfitimet

I siguruari me policen e shendetit privat do te pajiset me karten elektronike te sigurimit te shendetit Sigal, nepermjet aplikacionit Teleshendet, e cila permban barcode dhe emer mbiemer te personit te siguruar.

Te gjithë personat e siguruar kane te drejte qe kundrejt paraqitjes se kartes se sigurimit ne klinikat e rrjetit mjekesore SIGAL UNIQA, te perfitojne sherbimin mjekesor pa qene e nevojshme qe te kryejne pagesa **vetem per shtrimet ne spital dhe emergjencat shendetesore.**

Per sherbime te tjera, karta ka vetem funksionin e identifikimit te personit te siguruar per aplikimin e cmimeve si pacient i siguruar prane SIGAL UNIQA.

Përse më shërben karta e sigurimit? Gjithmonë trego që je i siguruar, trego kartën e sigurimit.

Karta e sigurimit i lëshohet të siguruarit në mënyrë që ai të identifikohet si i tillë nëpër klinika dhe spitale sa herë ka nevojë për sherbime mjekësore. Sa herë që e tregoni kartën e sigurimit përfitoni jo vetëm asistencë në rast emergjence mjekësore, por edhe çmime me zbritje për çdo shërbim mjekësor që merrni.

Nëse tregoj kartën e sigurimit paguaj apo jo në klinikat/spitalet e rrjetit mjekësor?

Si rregull i përgjithshëm, i siguruari paguan sa herë kërkon një shërbim mjekësor dhe pastaj faturat e tij mjekësore i aplikon për rimbursim. I siguruari nuk paguan vetëm kur:

- ◆ SIGAL ka lëshuar një Garanci Pageze ku ka marrë përsipër faturën ose;
- ◆ Ju jeni paraqitur në spital me emergjencë mjekësore dhe SIGAL ka marrë dijeni për këtë

Nëse lexoj barcode në kartën e sigurimit ku orientohem?

Pasi lexoni barcode në kartë, ju drejtoheni tek <https://clients.sigal.com.al>. ky link nëse hyni me nr e kartës tuaj që është i vendosur pas / (SDXXXX) dhe datëlindjen tuaj si fjalëkalim, shikoni në kohë reale, procesin e rimbursimit, nga momenti që rregjistrohet deri në rimbursim.

Kujdes! Ju nuk do të merrni e-mail, nëse praktika juaj për rimbursim, ka mangësi në dokumentacion. Prandaj qëndroni gjithmonë të loguar në <https://clients.sigal.com.al> dhe ndiqni shpesh statusin e praktikës tuaj për rimbursim.

SI JANË PROCEDURAT E RIMBURSIMIT?

SHKARKO KËTU FORMULARIN PËR RIMBURSIM

<https://sigal.com.al/kerkese-per-rimbursim-shendet/#shendet-privat>

Sa herë do të kërkon rimbursim për shpenzimet mjekësore, duhet të keni parasysh:

- a) Kujdesuni që në përfundim të procedurave mjekësore, të merrni faturat tatimore fiskale dhe kuponin fiskal të rregullt.
- b) Ruani të gjitha faturat dhe dokumentat mjekësore dhe kur t'i paraqisni për rimbursim rradhitini në rend kronologjik.
- c) Ruani të gjitha dokumentat mjekësore (psh. Përgjigje analizash, raporte mjekësore, rekomandimet etj.) dhe i rradhisni ato krahas faturave në rend kronologjik.

Kujdes! Sa herë që mjeku ju lëshon një rekomandim, ai duhet të jetë i plotësuar jo vetëm me emërtimet e analizave për t'u kryer por edhe me arsyet (diagnoza) pse është lëshuar ky rekomandim. Në mënyrë që analizat në kuadër të diagnostikës të mbulohen, ju duhet të paraqisni evidenca mjekësore për vlera laboratorike ose imazherike të alteruara. Në të kundërt, nëse analizat rekomandohen bazuar në simptomatologji, ato do të klasifikohen në kuadër të check up vjetor (kujdesit parandalues).

- d) Plotësoni ne çdo zë dhe nënshkruani kërkesën për rimbursim, pasi ajo t'ju kete mberritur ne e-mail.
- e) Mbani kopje të dokumentave të dorëzuara, për referencën tuaj;
- f) Kujdesuni që dokumentat për rimbursim të dorëzohen në zarf të mbyllur ne adresen: SIGAL UNIQA Group AUSTRIA / Departamenti I Demeve
Adresa: Qendra e Biznesit SIGAL, Bullevardi Zogu i I, Nr. 1, Tirane
jo më vonë se 30 ditë nga data e shërbimit të fundit mjekësor.
- g) Kujdesuni që dokumentat për rimbursim të dorëzohen nëse shuma për rimbursim e kalon vlerën 5000 lekë. Nëse shuma nuk e kalon vlerën 5,000 Lekë atëherë i siguruari i ruan faturat dhe nëse dhe i paraqet ato në krye të tre (3) muajve.

SA KOHË ZGJASIN PROCEDURAT E RIMBURSIMIT?

- a) SIGAL rezervon **15 ditë kohë pune** për të shqyrtuar dokumentacionin e paraqitur për rimbursim. SIGAL dërgon një njoftim me shkrim në rast se ka mangësi në dokumentacion, por nuk mban përgjegjësi dhe nuk kryen rimbursim nëse ka mangësi ne dokumentacion;
- b) SIGAL e njofton të siguruarin me një e-mail në momentin e rimbursimit të vlerës. Nëse vlera e rimbursuar është më e vogël se ajo e paraqitur në kërkesat për rimbursim, SIGAL shpjegon në njoftimin me shkrim arsyet.
- c) Nëse ndër arsyet lexoni "Pjesa e zbritshme". Kjo është vlera e faturave mjekësore për shërbime të marra jashtë Shqipërisë e cila nuk rimbursohet nga kontrata e sigurimit. Vlera e pjesës së zbritshme është fikse dhe aplikohet vetëm njëherë në vit. Ajo është zë i veçantë në listën tuaj të përfitimeve. Psh. nëse pjesa e zbritshme është 50 Euro dhe faturat e paraqitura për rimbursim janë 100 Euro, rimbursimi do të bëhet në masën 50 Euro.
- d) Per rastin e pageses se vleres fikse – perfitimi i shtatzanise, i siguruari paraqet tek SIGAL kerkesen per rimbursim te shoqeruar me kopje te karteles - vertetim lindje bebi ne spital publik apo privat.

Kujdes: Lexo dhe plotëso me kujdes të gjithë zërat e kërkesës për rimbursim si edhe bashkëngjitini asaj të gjitha provat fiskale dhe mjekësore që justifikojnë shpenzimin mjekësor të kryer.

NË CILAT RASTE SIGAL MUND TË MË LËSHOJË NJË GARANCI PAGESË?

SHKARKO KËTU FORMULARIN PAGESË DIREKTE

<https://sigal.com.al/kerkese-per-rimbursim-shendet/#shendet-privat>

Sa herë i/e siguruari/a kërkon lëshimin e garancisë së pagesës duhet të ketë parasysh:

- a) Të dërgojë një njoftim në formën e kërkesës me shkrim (e-mail) duke dorëzuar Formën e Asistencës dhe të gjitha dokumentat mjekësore justifikuese:
 - Formulari I plotësuar ne web dhe dokumentacioni justifikues dergohen me e-mail per te mundesuar hapjen e praktikës
 - Dokumentacini fizik dergohet ne zyrat e SIGAL per te mundesuar trajtimin e 2 dosjes ne perputhje me udhezimet e Siguruesit per trajtimin e demit.
- b) Për shërbime të planifikuara, procedura e njoftimit duhet të ndiqet minimalisht 5 ditë përpara planifikimit të shërbimit mjekësor.
- c) Garancia e pageses do te leshohet nese shuma totale e shpenzimeve parashikohet te jete 20,000 leke apo me shume, jo me vone se 5 dite nga njoftimi sipas pikes (b) me siper, por ne cdo rast perpara dates se planifikuar per sherbimin mjeksor.

Kujdes! E-mail do te konsiderohet vetëm në rastet kur shërbimi mjekësor është rekomanduar në formë emergjente. Për të gjitha rastet e tjera, kërkesa për asistencë duhet të dorëzohet me zarf të mbyllur dhe e shoqëruar nga dokumentat mjekësore mbështetëse në zarf të mbyllur në zyrat qëndrore të SIGAL.

PËR CILAT SHËRBIME MË DUHET PATJETËR TË KËRKOJ AUTORIZIM PARAPRAK NGA SIGAL?

Autorizimi paraparak duhet të kërkohet nepermjet formularit per garanci pagese ne linkun <https://sigal.com.al/kerkese-per-rimbursim-shendet/#shendet-privat> për shërbimet mjekësore si më poshtë:

- Trajtim me shtrim në spital;
- Kirurgji ditore;
- Shërbim infermierie;
- Evakuim mjekësor;
- Transport jashtë Shqipërisë;
- Riatdhesim i trupit.

SI AKORDOHET PËRFITIMI NË RAST SHTRIMI NË SPITAL (NDËRHJRJE KIRUGJIKALE) PUBLIK?

Mbulimi në spital publik akordohet në rastet kur:

- a) I siguruari i nënshtrohet në spital një ndërhyrje kirurgjikale
- b) Përfitimi ne formen e shperblimit fiks akordohet kur i siguruari fillon dhe përfundon trajtimin në spital publik
- c) Në rastet kur i siguruari i kombinon shërbimet midis spitalit publik dhe spitalit privat, nuk I akordohet përfitim në formën e shpërblimit fiks, por i rimburohen shërbimet e faturuara në spital privat, sipas parashikimeve në listën e përfitimeve;
- d) SIGAL rezervon **15** ditë kohë pune për të shqyrtuar dokumentacionin e paraqitur për rimbursim. SIGAL dërgon një njoftim me shkrim në rast se ka mangësi në dokumentacion, por nuk mban përgjegjësi dhe nuk kryen rimbursim nëse ka mangësi ne dokumentacion;
- e) SIGAL e njofton të siguararin me një e-mail në momentin shpërblimin e vlerës.
- f) I siguruari paraqet tek SIGAL kerkesen për rimbursim te shoqeruar me kopje te karteles - të shtrimit në spital;
- g) I siguruari për ndërhyrje kirurgjikale të trajtuar në spital public nuk paraqet fatura për rimbursim edhe në rastin kur të tilla mund të disponojë;

Kujdes! Lexo dhe plotëso me kujdes të gjithë zërat e kërkesës për rimbursim si edhe bashkëngjitini asaj të gjitha provat fiskale dhe mjekësore që justifikojnë shpenzimin mjekësor të kryer.

Kujdes!

- **Gjithmonë merrni shërbime në rrjetin mjekësor të SIGAL, përndryshe faturat rimburohen deri në 85%. Në varësi të çmimit të shërbimit mjekësor që ju është aplikuar, SIGAL rezervon të drejtën të referohet çmimeve referencë që aplikojnë çmimet e klinikave/spitaleve të rrjetit mjekësor;**
- **Gjithmonë verifikoni nëse shërbimi mjekësor që keni nevojë të merrni kërkon Autorizim Paraprak nga SIGAL. Për këto shërbime, nëse nuk ndiqet procedura e Autorizimit Paraprak, SIGAL rezervon të drejtën të rimburojë deri në 70% të faturës mjekësore. Në varësi të çmimit të shërbimit mjekësor që ju është aplikuar SIGAL rezervon të drejtën të referohet çmimeve referencë që aplikojnë çmimet e klinikave/spitaleve të rrjetit mjekësor;**
- **Verifikoni gjithmonë nëse periudha e pritjes ka mbaruar. Në vitin e parë të sigurimit për këtë kontratë sigurimi, aplikohet periudhë pritje. Periudhe kjo gjatë së cilës rimburohen vetëm shërbimet mjekësore emergjente, pra nuk rimburohen shërbime të planifikuara (si psh. Check up apo kontrole mjekësore diagnostikuese si CT, MRI etj)**

Gjithmonë tregoni kartën e sigurimit kur merrni shërbime mjekësore. Klinikat/Spitalet e rrjetit mjekësor SIGAL aplikojnë çmime preferenciale për të siguruarit SIGAL. Nëse nuk prezantoheni si i siguruar dhe rrjedhimisht ju aplikohen çmimet standard. Për këtë diferencë në çmim, SIGAL nuk kryen rimbursim.

(Psh: nëse çmimi që aplikohet kur tregoni kartën SIGAL është 300 leke dhe kur nuk identifikoheni si i siguruar është 500 Leke, për diferencën 200 Leke, SIGAL nuk mban përgjegjësi. Prandaj identifikimi me kartë SIGAL është detyrim që duhet të zbatohet nga i siguruari)

Adresa zyrtare ku dorëzohen aplikimet shoqëruar me dosjen fizike të dokumentave sipas procedurës së detyrueshme:

SIGAL UNIQA Group AUSTRIA
Qendra e Biznesit SIGAL, Bulevardi Zogu i I, Nr. 1, Tirane
Departamenti i Demeve
Email : infoshendet@uniqa.al