

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 në parashikimet e policës së sigurimit; b) legjislacionin Shqiptar për çështjet që nuk parashikohen në paragrafin a); c) deklaratimet me shkrim të bëra nga aplikanti në kërkesën për sigurim dhe në dokumenta të tjera përkatëse. 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, shtatëzanisë dhe kujdesit parandalues dhe diagnostikues të parashikuar si rast i mbulueshëm në këtë kontratë sigurimi dhe që nuk përfshihet në kushtet përjashtimore nga mbulimi me sigurim.

Në rastin e aksidenteve, sigurimi mbulon shpenzimet nëse ka edhe një policë sigurimi aksidentesh dhe vetëm sipas përcaktimeve të shpenzimeve mjekësore në rast aksidenti.

Neni 3

Përcaktime; 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 rast fillimi 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 shtatëzanisë** – gjendje shëndetësore, që përfshin abortin me indikacion të mjekut apo miss abort, shtatëzaninë ektopike, fetus mortuum in utero, hemorragjitë e pas lindjes, retensioni placentar, ruptura dhe inversioni uterin; **Patologji gjatë shtatëzanisë** - gjendje (kur shtatzania nuk nderpritet) diagnoza e të cilës është e dallueshme nga shtatzania, përkeqesohet nga shtatzania, por nuk shkaktohet nga ajo; **Kontroll diagnostikues** - përfshin ekzaminime mjekësore me rekomandim mjekësor nga një specialist, që kryhen në kushte shfaqjes së rezultateve laboratorike apo imazherike jashtë norme (të alteruara) me qëllim identifikimin e diagnozës që mund të ketë ndikuar në ndryshimin e vlerave laboratorike apo imazheve radiologjike të dyshimta **Kujdesi parandalues** - përfshin ekzaminime mjekësore me rekomandim ose jo, që kryhen në kushte rutine, para ose gjatë shfaqjes së simptomave klinike me qëllim identifikimin e gjëndjes aktuale mjekësore. Policëmbajtësi dhe SIGAL mund të kenë dakord për një listë të paracaktuar ekzaminimesh, por në cdo rast, i sigurari ka të drejtë që me iniciativën e tij ose me rekomandim të mjekut t'a personalizojë listën e kontrolleve mjekësore në kuadër të kujdesit parandalues deri në limitin e vendosur në dispozicion në listën e përfitimeve. **Kujdesi psikiatrik** - është kujdesi që ofrohet në kushte shtrimi në spital për një gjendje mendore që është diagnostikuar nga një psikiater dhe që është e renditur në një sistem ndërkombtar klasifikimi gjëndjesh të këtilla, 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 shtatëzaninë dhe lindjen

duke përfshirë këtu kujdesin para lindjes dhe 40 ditë pas lindjes për nënën, 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 e përcaktuar në policë për ngjarje dhe as limitin e maksimal vjetor; **Mjek**- Çdo ushtrues i profesionit mjekësor që ka një diplomë të njohur nga shteti, apo një diplomë të barazvlefshme ndërkombtare, për ushtrimin e profesionit mjekësor; **Ngjarje**: Të gjitha ngjarjet, gjëndjet 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/gjëndje (psh shtatzani). 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 nga Siguruesi, për periudhën e re të sigurimit në vazhdim dhe krahas pagesës së një primi shtesë, i përlogaritur nga Siguruesi. **“Limiti maksimal vjetor”** 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 një periudhe Sigurimi, nuk do të kalojë shumën e përcaktuar në formular si Limiti maksimal.

“Limiti maksimal për ngjarje” – shuma 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 polica e sigurimit që kanë nevojë për shtrim në spital. Çdo shpenzim mjekësor që do të rezultojë për dhe si rezultat i së njëjtës ngjarje do të konsiderohet si shpenzim për të njëjtën ngjarje dhe do të mbulohet deri në limitin për ngjarje edhe nëse shpenzimet mjekësore shtrihen përtej vitit të sigurimit me kushtin që polica e sigurimit është e rinovuar, pra është aktive.

Ofrues Shërbimesh Mjekësore - do të quhet një person fizik apo juridik i licensuar profesionalisht dhe që i ofron shërbime mjeksore pacientëve. Mjekët, spitalet, klinikat, farmacitë, infermieret, mamitë, terapistët fizikë, chiropractor, dhe laboratorët quhen ofrues shërbimesh mjekësore; **Policëmbajtësi** - është personi fizik apo juridik që lidh marrvëshjen 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 polica 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 te

kontratës sigurimit, e cila përcaktohet në Policën e sigurimit dhe nuk mund të jetë me 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 listën e përfitimeve, pjesa e zbritshme mund të aplikohet në vlerë apo në përqindje. **Rehabilitim/Riaftësim:** Shërbimet e kujdesit shëndetësor/terapitë fizike (fizioterapi) 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 Siguruarve 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 Siguruarve 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. **Sëmundje e rëndë** – Përfshihen në këtë kategori **A-Trajtimi i kancerit:** Trajtimi: 1. Çdo tumori malinj përfshirë leuçeminë, sarkomën dhe limfomën e karakterizuar nga rritja dhe shtrirja e pakontrolluar e qelizave malinje dhe 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 kanceror në qelizat që klasifikohen citologjikisht ose histologjikisht si dysplasia e klasës së lartë ose dysplasia 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 me synimin për të korrigjuar ngushtimin ose bllokimin e një ose më shumë arterieve koronare me procedure by pass-grafts. Megjithatë, përcaktohet se trajtimet do të përjashtohen nëse: Sëmundja koronare trajtohet me teknika të tjera përvec 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 tumoreve beninje të vendosura në shtyllën kurrizore (Medulla spinalis). **E - Transplantim 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 kompatibël. Trajtimet e mëposhtme do të përjashtohen: - Transplanti në kushtet kur bëhet i nevojshëm si pasoje e një sëmundje të mëlçisë së alkolizuar; - Transplanti me procedurë kirurgjikale të vetë transplantimit; - Cdo transplant kur i siguruari është një dhurues për një palë të tretë (i pa mbuluar nga polica); - 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 transplantimi i qelizave staminale duke përdorur gjakun nga kordoni i kërthizës **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.** Çmimet e shërbimeve mjekësore, të cilat janë të krahësueshme me çmimet që aplikojnë klinikat e rrjetit mjekësor ekskluziv pavarësisht shtetit ku i siguruari merr shërbim; **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 Emergjent** – trajtim, që kryhet në mënyrë urgjente në një klinikë ose kirurgji

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 tepëruara, 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 pjesëme në rast të: a) Mospagimit të primit të sigurimit; b) Mosrespektimit të këtyre Kushteve të Përgjithshme ; c) 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 Ballkan përfshin shtetet: Shqipëri, Bosnia dhe Herzegovina, Bullgaria, Kroacia, Kosova, Mal i Zi, Maqedonia e veriut, Rumania, Serbia dhe Sllovenia.

Neni 7

Përrjashtime të mbulimit në sigurim –

SIGAL nuk do te paguaje / rimbursojë asnjë shpenzim që nuk është i listuar/përcaktuar në listën e Përrfitimeve, që nuk është në përputhje me objektin e kësaj kontrate sigurimi, shpenzimet e kryera brenda periudhes së pritjes apo nën pjesën e zbritshme të përcaktuar në këto kushte dhe në listën e përrfitimeve ose skedulit e policës së sigurimit. Ngjarjet, aksidentet apo sëmundjet e mëposhtëme nuk mbulohen nga ky sigurim, përvecse në rast marrëveshje me shkrim me SIGAL: 1) shpenzimet mjekësore, që rrjedhin nga kushte paraekzistuese sipas përcaktimit "Gjendje Paraekzistuese Neni 3"; 2) pasojat e sëmundjeve që rrjedhin nga një veprim i qëllimshëm i të siguruarit, si për shembull vetëplagosja pavarisht nga shëndeti mendor i të siguruarit, ose një përrpjekje e dukshme e keqtrajtimit të vetvetes; 3) sëmundje gjatë kohës që i siguruari është në shërbim ushtarak, apo është antar vullnetar i forcave ushtarake gjatë luftës, sepse mbulimi i sigurimit pezullohet në kushte lufte; 4) pasojat e plagëve apo lëndimeve që rrjedhin nga pjesmarrja aktive në gara me mjete motorike në tokë, apo në ujë, apo nga stërvitja në pistën e garave ose nga pjesëmarrja aktive në gara sportive të një natyre të rrezikshme. Pasojat nga sporte të tjera jo-profesionale do të mbulohen; 5) kontrolli, si dhe/ose trajtimi i kërkuar si pasojë e pjesmarrjes në sporte profesionale, ose të rrezikshme; 6) sipas parashikimeve të Nenit 7, plagët apo lëndimet e shkaktuara nga ushtrimi i aviacionit amator, aksidenteve të 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) aksidentet e transportit ajror do të mbulohen vetëm nëse i siguruari ndodhet në një mjet fluturues me një çertifikatë të vlefshme fluturimi dhe që drejtohet nga një pilot i aftë dhe i liçensuar për llojin e avionit. I siguruari mund të jetë gjithashtu edhe drejtues i mjetit përsa kohë që është i liçensuar për mjetin përkatës dhe i aftë për t'a drejtuar; 9) 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; 10) kurat e rinisë apo bukurisë (kirurgji apo trajtime estetike) nuk do të mbulohen; nuk do të mbulohen trajtimi kirurgjikal i devijacionit të septumit nazal dhe kirurgjitë që janë rrjedhojë, apo që shkaktohen nga ky devijacion; investigimi për intoleranca ushqimore, logopedia dhe geriatriks, aparati i dëgjimit apo implantet kokleare dhe trajtimi afatgjatë i alergjive; 11) Shërbimet mjekësore, që vijnë si pasojë e demtimit të meniskut apo ligamentit dhe që ndodhin në vitin e vitin e parë dhe të dytë të sigurimit. 13) sëmundje të shkaktuara nga shërbimi në ushtri jashtë vendit; i)

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 uzurpuar, 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; 15) 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; 16) Trajtimi për sëmundjet veneriane (seksualisht të transmetueshme SST) ose AIDS dhe të gjitha sëmundjet e shkaktuara nga virusi HIV AIDS dhe / ose që kanë lidhje me të; 17) të gjithë trajtimet të marra me indikacion të drejtpërdrejtë ruajtjen, trajtimin apo përmirësimin e shëndetit të fetusit; 18) përkujdesi ndaj alkoholizmit, varësisë ndaj drogave, lëndëve të tjera që shkaktojnë varësi dhe çdo pasojë e drejtpërdrejtë ose jo e drejtëpërdrejtë e tyre 19) çdo pasojë apo shpenzim mjekësor që vjen si pasojë e një sëmundje të shkaktuara nga ndikimi i alkolit apo substancave narkotike; 20) lentet, skeletet dhe xhamat optikë dhe kirurgjinë radiale keratomike në rast miopie, astigmatism, hipermetropi, apo presbyopi; 21) kontrole të zakonshme dentare dhe protezat dentare; 22) shpenzimet për gjetjen dhe marrjen në dorëzim të organeve për transplant; 23) Shërbimet mjekësore që i siguruari ofron si dhurues i organit, ku përfshihen: a) procedura e hetimit me ekzaminime për vendndodhjen kur i siguruari është dhurues. B) Shërbimet spitalore që ofrohen për dhuruesin e organit, duke përfshirë strehimin në një dhomë spitalore, ose seksion spitalor, ushqim, shërbime të përgjithshme infermiere, shërbime të rregullta të ofruara nga stafi i Spitalit, testet laboratorike dhe përdorimi i pajisjeve dhe objekteve të tjera spitalore, sendet për përdorim personal gjatë procesit të heqjes së organit ose indeve që duhet të transplantohen. 24) shpenzimet për problemet e zhvillimit mendor dhe fizik; 25) trajtimi i obezitetit apo peshës së tepërt; 26) dializa dhe mosfunksionimi i veshkave; 27) **procedurat in vitro**, dhimbjet e lindjes që nuk rezultojnë në lindje të fëmijës, gjakrrjedhje të rastësishme, pushim të këshilluar 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. 28) 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; 29) Nuk ka mbulim për qëndrime në institucione që kryesisht janë të specializuara për rehabilitim; 30) Trajtimi eksperimental si dhe ato procedura diagnostike, terapeutike dhe/ose kirurgjikale siguria dhe besueshmëria e të cilave nuk janë vërtetuar shkencërisht; 31) Evakuimi me ambulancë ajrore në kushtet e pandemive, endemive, epidemive; 33) shpenzimet e paarsyshme dhe panevojshme të kryera nga i siguruari; të gjitha shpenzimet mjekësore spitalore në rastin kur limiti për ngjarje është ezauruar; anomalitë kromozomike dhe procedura serklazh;

Neni 8

Mbulimi nga palë të treta - a. Kur të kërkohet pagesa e shpenzimeve mjekësore, apo rimbursimi i pagesës, Sigal duhet të njoftohet nëse i siguruari mbulohet nga një policë tjetër sigurimi, apo plan sigurimi shëndeti. Në këto raste, SIGAL do të bashkërendojë pagesën dhe nuk do të jetë përgjegjës për më shumë se pjesën që i takon proporcionalisht. b. Nëse kërkesa për rimbursim, apo pagesë të shpenzimeve mbulohet plotësisht, apo pjesërisht nga një program i financuar nga një organ qeveritar (shembull: programi i vaksinimit), atëherë SIGAL nuk do të jetë përgjegjës për pjesën e mbuluar. c. Policëmbajtësi dhe i siguruari zotohen të bashkëpunojnë me SIGAL dhe ta lajmërojnë menjëherë mbi çdo kërkesë apo të drejtë veprimi ndaj palëve të treta. Gjithashtu, policëmbajtësi dhe çdo i siguar 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 objektit të kontratës dhe kushteve këtu do të paguajë shpenzimet për përfitimet që synojnë të diagnostikojnë dhe të kurojnë sëmundje dhe pasojat e tyre. Shpenzimet konsiderohen të mbuluara në rast se janë të listuara në listën e përfitimeve dhe janë në përputhje me objektin e kontratës së sigurimit:

I siguruari në fillim të vitit të sigurimit, zgjedh nëse shërbimet mjekësore për të cilat sigurohet preferon t'i ketë të mbuluara në masën 100%. 90% ose 80%. Në varësi të masës së mbulimit që i siguruari preferon do të trajtohen të gjitha faturat mjekësore që paraqiten dhe % e mbulimit do të llogariten në përputhje me ngjarjet e mbuluara, limitet e mbulimit dhe pas aplikimit të pjesës së zbritshme, nëse kjo aplikohet.

Siguruesi do të mbulojë shpenzimet mjekësore **që kërkojnë shtrim në spital** deri në limitin e përzgjedhur nga i siguruari dhe listës së përfitimeve të përzgjedhur e cila do të jetë pjesë përbërese e policës së sigurimit. Këtu përfshihen: a. Akomodimi në dhomë (dhomë private në rastin e opsionit "Gold" ose dhomë dyshe në rastin e opsionit "Silver" dhe "Standard") Nëse i siguruari me opsionet "Silver" dhe "Standard" akomodohet në dhomë private, Siguruesi do të mbulojë deri në koston e një dhome dyshe. b. Tarifat e kirurgut, specialistëve, anestesizistëve dhe infermierëve. Siguruesi do të mbulojë maksimumi një specialist të secilës kategori në sallë, nëse për shkak të gjendjes shëndetësore në sallë do të kërkohet më tepër se një kirurg, atëherë i siguruari duhet të kërkojë Autorizim paraprak në të kundërt masa e mbulimit do të kufizohet deri në 70% të koston. Protezat dhe pajisje mjekësore të ngjashme. Siguruesi do të mbulojë protezat e brendshme për shkak të një sëmundje të mbuluar. Nuk përfshihen në mbulim protezat e jashtme, protezat për rikonstrukcionin e gjirit, protezat kokleare për dëgjimin, dhe protezat në rast se i siguruari ka menisk të dëmtuar në dy vitet e para të sigurimit; c) Kujdes intensiv. Kujdesi paliativ do të mbulohet dhe do të dëmshpërlehet me një **shpërblim monetar fiks** max 50 Euro dita pavarësisht shërbimeve që i rekomandohen të siguruarit; si edhe shpenzime akomodimi për një prind që shoqëron një të mitur, max 50 Euro dita, për një periudhë max 10 ditë shtrimi në spital. Përfiton prindi, fëmija i të cilit po trajtohet për një ngjarje, që mbulohet nga policia e sigurimit dhe i cili është i siguruar. d) Ilaçet e këshilluara nga mjeku dhe fashat; Kontrolle diagnostifikuese, duke përfshirë ato patologjike, rreze X, skane CT, skane MRI, skane PET; Përfitim monetar fiks për çdo ditë qëndrimi në spital. Max 100 Euro dita për një periudhë max 10 ditë në rast se i siguruari është shtruar në një strukturë, e cila nuk faturon shërbimet e ofruara (psh. Spital publik) dhe max 300 Euro dita për një periudhë max 10 ditë në rast se i siguruari është shtruar në një strukturë për të kryer ndërhyrje kirurgjikale, e cila nuk faturon shërbimet e ofruara (psh. Spital publik); e) Shërbimin e ambulancës ajrore deri në një max prej 10,000 Euro vetëm në territorin e mbulimit të përcaktuar në policën e sigurimit, në rastin kur shërbimi i kërkuar nuk ofrohet në shtetin ku i siguruari gjendet dhe gjendja mjekësore është jetë kërcenuese (evakuim mjekësor) dhe gjendja nuk ka lidhje me pandemi apo endemi; Nëse zona e mbulimit është Shqipëri, atëherë përfitimi i ambulancës ajrore nuk aplikohet.

Siguruesi do të mbulojë shpenzimet mjekësore **që nuk kërkojnë shtrim në spital** deri në limitin e përzgjedhur nga i siguruari dhe listës së përfitimeve të përzgjedhur e cila do të jetë pjesë përbërese e policës së sigurimit. Këtu përfshihen: Vizitat me mjekun e përgjithshëm Siguruesi do t'i mbulojë pa limit gjatë vitit të sigurimit nëpërmjet platformës Teleshëndet. Në rast se i siguruari do të zgjedhë mjek të përgjithshëm të tjerë, përtej platformës, masa e mbulimit do të kufizohet në 2 vizita në vit përfshihet këtu edhe vizita që kryhet në kuadër

të check up vjetor. Vizitat me mjekun specialist, Siguruesi do të mbulojë kontrollet diagnostikuese që mjeku specialist rekomandon si edhe tarifën e konsultës me mjekun specialist nëse i siguruari paraqet vlera jashtë normave në ekzaminimet e kryera për të cilat duhet të investigohet më tej, përfshihen këtu ekzaminimet diagnostikuese patologjike dhe radiologjike. SIGAL do të mbulojë max dy vizita me mjekun specialist në kuadër të folloë up për të njëjtën diagnozë gjatë vitit të sigurimit. Vizita me mjekun specialist në kuadër të opinionit të dytë mjekësor dhe tarifa e tij nuk mbulohet nga kontrata e sigurimit me përjashtim të rasteve kur i siguruari është diagnostikuar me një sëmundje, e cila kërkon ndërhyrje kirurgjikale dhe vizita me mjekun specialist kryhet në kuadër të saj ose të opinionit të dytë mjekësor për të; Kirurgji ditore; Shërbimet rehabilituese dhe shërbimet aftësuese 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 pritshmëri 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 pritët që 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;

Siguruesi do të mbulojë shpenzimet mjekësore që kërkojnë trajtim me medikamente vetëm në paketën Gold dhe Silver deri në limitin e përzgjedhur nga i siguruari për shërbime ambulatore dhe listës së përfitimeve të përzgjedhur e cila do të jetë pjesë përbërëse e policës së sigurimit. Këtu përfshihen: Medikamentet apo fasha 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. Në rastet kur i siguruari dëshiron mbulim edhe për vitaminat, vaksinat, apo trajtim të rekomanduar nga mjeku me përbërës që përmbajnë përbërës aktiv bimor, por që njihet si e vetmja mënyrë për të trajtuar një diagnozë të mbuluar nga kjo policë siguri, atëherë shpenzimet do të jenë subjekt i një pjese të zbritshme prej 50 Euro në muaj. Vaksinat që trajtojnë një patologji e cila nuk trajtohet me medikamente. Shpenzimet për vakcina do të jenë subjekt i pjesës së zbritshme 200 Euro për çdo vaksinë. Injeksionet: Do të përfshihen këtu edhe pajisjet mjekësore të rekomanduara nga mjeku për trajtimin e sëmundjes si proteza të jashtme, kollare, rrjeta

ortopedike e te ngjashme me to por jo aparaturat matese si aparat tensioni, diabeti, fisha diabeti, aparat aerosoli etj

Siguruesi do të mbulojë shpenzimet **në kuadër të shtatzanisë** në paketën Gold për nënën e siguruar e cila ka qenë e siguruar për 10 muaj të pandërprerë. Shërbimet mund të jenë të tilla, që kërkojnë apo nuk kërkojnë shtrim në spital deri në limitin e përzgjedhur nga i siguruari **për shërbimet ambulatory** dhe listës së përfitimeve të përzgjedhur e cila do të jetë pjesë përbërese e policës së sigurimit. Këtu përfshihen:

- Analizat laboratorike të rekomanduara nga mjeku obstetër gjinekolog
- Kontrollat me echo obstetrike
- Ilaçet e rekomanduara dhe fashat në kuadër të shtatzanisë
- Proçedurën e amniocentezës
- Proçedurën e NIPT
- Shërbimet mjekësore që i jepen nënës, menjëherë pas lindjes së bebit
- Shërbimet mjekësore për lindjen, lindje natyrale ose cezariene
- Proçedurat për investigimin apo trajtimin e infertilitetit në rastet kur i/e siguruarja i kërkon këto shërbime pasi kanë kaluar 24 muaj të njëpasnjëshme në skemë dhe është nën 41 vjeç.
- Vaksinat e bebit të cilat nuk ofrohen nga programi i sistemit publik shëndetësor në rastin kur bebi është marrë në sigurim
- Shërbimet mjekësore për trajtimin e bebit të sapo lindur, i cili konsiderohet një person i pa siguruar për të cilin do të pranohet hyrja në skemën e sigurimit pasi të jetë plotësuar pyetësori shëndetësor pasi ka mbushur një muaj nga lindja.
 - Në rastet kur nëna e siguruar nuk paraqet fatura për rimbursim ndjekjen e shtatzanisë apo të lindjes, me kushtin që periudha e pritjes është maturuar, e siguruarja përfiton një shpërblim monetar prej 800 Euro për ngjarje.

Në rast se i siguruari diagnostikohet me një sëmundje që mbulohet nga kjo policë sigurimi dhe nëse është e nevojshme nga ana mjekësore, atëherë Siguruesi do të mbulojë deri në limitin e përzgjedhur nga i siguruari për shërbime ambulatory: Shërbimin e ambulancës rrugore në territorin e mbulimit të përcaktuar në policën e sigurimit, në rastin kur i siguruari nuk mund të transportohet pa asistencë mjekësore; Biletën e avionit për udhëtimin, nëse zona e mbulimit nuk përfshin vetëm Shqipërinë në një shtetet që parashikohen në zonën e mbulimit të përcaktuar në listën e përfitimeve, dhe udhëtimi ndermerret për arsye hospitalizimi të një sëmundjeje që mbulohet nga kjo policë sigurimi dhe max për ngjarje do të limitohet në 350 Euro;

Siguruesi do të mbulojë shpenzimet **Shërbime mjekësore në kuadër të sëmundjeve të rënda:** Ky mbulim ka një periudhë pritje prej 180 ditësh pritje për t'u aktivizuar për të siguruarit e rinj në skemën e sigurimit. Në rast se diagnoza e sëmundjes së rëndë shfaq simptomën e parë, apo diagnostikohet gjatë periudhës së pritjes, atëherë diagnoza klasifikohet si paraekzistuese dhe nuk kualifikohet për sigurim

Në rast se i siguruari ka kartën "Gold" dhe diagnostikohet me një sëmundje të rëndë, atëherë ky i fundit do të rimbursohet për shpenzimet e trajtimit mjekësor dhe shpenzime të tjera të lidhura me këtë diagnozë me ose pa shtrim në spital deri në limitin e përcaktuar për ngjarje. Këtu përfshihen

- Shërbimet spitalore sipas faturës;
- Shërbimet për akomodimin në hotel dhe biletën e avionit për pacientin dhe një të afërm që e shoqëron në rastin se trajtimi merret jashtë vendit;
- Shpenzimet për medikamentet deri në në limitin e përcaktuar për ngjarje në listën e përfitimeve
- Rikonstruksion plastik në rastet e mastektomisë
- Shërbimi i opinionit të dytë mjekësor deri në një limit prej 2,000 Euro vetëm për opsinin "Gold"; Opinioni i dytë mjekësor është një shërbim që organizohet nga SIGAL UNIQA, dhe në rastet kur opinionin mjekësor organizohet nga vetë i siguruari, shpenzimet nuk do të konsiderohen.

Nëse i siguruari, nuk ka kartën Gold, por ka kartën Silver ose Standard diagnostikohet me tumor malinj ose tumor benign në kokë dhe nuk paraqet fatura mjekësore për mbulim, sipas këtij seksioni, atëherë Siguruesi, në varësi të paketës së sigurimit të përzgjedhur, do të përfitojë zgjerim të zonës së mbulimit dhe rimbursim të shpenzimeve mjekësore deri në 5,000 Euro për Kartën Standard, 10,000 Euro për kartën Silver;

Siguruesi do të mbulojë shpenzimet **Shërbime mjekësore në kuadër të kujdesit për shëndetin/ kujdes parandalues:**

Kontrolle në kuadër të kujdesit parandalues vjetor Konsiderohen kontrolle në kuadër të kujdesit parandalues vjetor të gjitha analizat që i siguruari kryen, me qëllim kontrollin rutinë të shëndetit pa ose nën simptoma mjekësore të pa diagnostikuara me ekzaminime të mëparshme.

Mund të përfshihen në këtë kuadër analiza që synojnë të diagnostikojnë sëmundjet malinje, si psh. PAP test (ekzaminim që identifikon kancerin në qafën e mitrës tek femrat), PSA (ekzaminim që identifikon kancerin në prostatë tek meshkujt), Kontrolli i gjirit për tumor malinj (që mund të jetë echo gjiri ose mamografi në varësi të rekomandimit mjekësor dhe moshës), Kanceri në zorrën e trashë (që përfshin një kolonoskopi për femra ose meshkuj mbi 50 vjeç njëherë në 5 vjet), kontroll me dermatoskopi (ekzaminim që identifikon kancerin në lëkurë për persona mbi 18 vjeç), DEXA

(ekzaminim që identifikon osteoporozën tek meshkujt dhe femrat për femrat pas menopauzës ose meshkuj mbi 50 vjeç njëherë në 5 vjet) HbA1C (ekzaminim i gjakut për të identifikuar diabetin)

Të siguruarit në këtë limit mund të përfshijnë edhe shpenzime dentare ose shpenzime optike, dhe për fizioterapi (pavarësisht diagnozës), ose konsulta me dieticiënë (max 4) në rast të diagnostikimit me diabet ose me psikologë (max 30 ditë në vit) në rast të rekomandimit nga psikiatri. Në këtë rast i siguruari do të ketë një pjesë të zbritshme prej 50 Euro për gjëndje.

Alternativa e Mjekësisë Akupunkturë, homeopathy, ose osteopati. Siguruesi do të mbulojë trajtimin për këto procedura me kushtin që i siguruari vuan një diagnozë për të cilën trajtimi nëpërmjet mjekësisë tradicionale nuk ka dhënë efekt. Në këtë rast i siguruari do të ketë një pjesë të zbritshme prej 50 Euro

Neni 10

Pjesa e zbritshme dhe kufinj të 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 siguar. Kjo pjesë e zbritshme është: a) vjetore; b) për vlerë shërbimi, c) ose për çdo 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 çmim me të lartë se vlera e pjesës së zbritshme.

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 së lejuar të vonesës policat qëndron në fuqi. Nëse primi nuk paguhet deri në fund të kësaj periudhe vonese, atëherë policat përfundon dhe data e fundit të mbulimit është data kur primi duhej të ishte paguar.

Pas përfundimit të afatit: - Polica konsiderohet e pavlefshme, dhe - Mbulimi i përfituar nga polica 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 ditës 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

Para nënshkrimit të kontratës, i siguruari do të përzgjedhë mënyrën e realizimit të shërbimit gjatë periudhës së zbatimit të policës së sigurimit, nëse i siguruari do të ketë nevojë për shërbime mjekësore.

Në rastin e procedurës me pagesë direkte: Siguruesi do të ofrojë mbulim të menjehershëm të faturës së shërbimeve mjekësore me kushtin, që shërbimi po merret në klinika / spitale me të cilat Siguruesi ka marrëveshje bashkepunimi deri në limitet maksimale të mbulimit dhe në përputhje me masën e mbulimit dhe çmimet e arsyshme dhe të zakonshme mjekësore. I siguruari në këtë rast ka detyrimin që të plotësojë formularët e Siguruesit në ambjentet e institucionit mjekësor, si edhe të firmosë faturat mjekësore për shërbimet mjekësore të marra.

Në rastin e procedurës me pagesë direkte në kushtet e njoftimit/autorizimit paraprak: Siguruesi do të ofrojë mbulim të faturës së shërbimeve mjekësore me kushtin, që shërbimi po merret në institucione mjekësore me të cilat Siguruesi ka marrëveshje bashkëpunimi dhe për të cilat i siguruari ka ndjekur procedurën e njoftimit paraprak nëpërmjet formularëve dhe / ose platformës për telefona celularë të Siguruesit. I siguruari në këtë rast ka detyrimin që të plotësojë formularët si edhe t'i bashkëngjisë atyre të gjitha dokumentat mjekësore mbështetëse, të cilat i mundësojnë Siguruesit vlerësimin e saktë në përputhje me objektin e sigurimit, përqindjeet e mbulimit dhe limitet maksimale të mbulimit dhe listën e çmimeve të arsyeshme dhe të zakonshme;

Në rastin e procedurës me rimbursim: Siguruesi do të ofrojë rimbursim të faturës së shërbimeve mjekësore. I siguruari në këtë rast ka detyrimin që të plotësojë formularët si edhe t'i bashkëngjisë atyre të gjitha dokumentat mjekësore mbështetëse, të cilat i

mundësojnë Siguruesit vlerësimin e saktë në përputhje me objektin e sigurimit, përqindjet e mbulimit dhe limitet maksimale të mbulimit dhe listën e çmimeve të arsyeshme dhe të zakonshme;

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 ëeb të Siguruesit ose në platformat për telefona celularë dhe duhet të ketë bashkëngjitur të gjitha dokumentat mbështetës përfshirë këtu formën e plotësuar në çdo zë autorizimit paraprak, raportin mjekësor dhe një vlerësim paraprak të shpenzimeve mjeksore. SIGAL miraton ose jo marrjen e shërbimit për të cilin kërkohet autorizimi paraprak, të paktën 24 (njëzet e katër) orë përpara datës së planifikuar për këtë shërbim. Nëse nuk është marrë autorizimi paraprak, atëherë SIGAL ruan të drejtën të paguajë vetëm 70% të shumës së pretenduar për dëmshperblim në se trajtimi/ shërbimi mjekësor mbulohet nga policia dhe shuma e shpenzimit është e arsyeshme dhe e zakonshme për trajtimin apo procedurën mjekësore të kryer. Në rast urgjence mjeksore, 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/proçedura e trajtimit të dëmit - Të gjitha kërkesat për dëmshperblim 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 këto dokumenta do të mbulohen nga i Siguruari. Kërkesat për dëmshperblim për fëmijët nën 18 vjeç duhet të paraqiten dhe nënshkruhen nga një prind apo kujdestar. I Siguruari/kërkuesi i dëmshperblimit mban përgjegjësi për saktësinë e kërkesës për dëmshperblim 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 dëmshperblim. I siguruari zotohet të bëjë gjithshka të mundur që do të ndihmojë në përcaktimin e natyrës dhe shkallës së një sëmundjeje apo pasojat. 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 dëmshpërblimit paguhet në monedhë në të cilën është faturuar shërbimi mjekësor i marrë, përjashtuar rastet kur bihet dakord ndryshe midis palëve.

Neni: Përdorimi i Aplikacionit për Aplikimin e Dëmeve

Të siguruarit kanë të drejtë të përdorin aplikacionin për depozitimin e kërkesave për dëmshpërblimi, i cili është i disponueshëm në App Store dhe Play Store.

Të siguruarit mund të depozitojnë kërkesat për dëmshpërblim nëpërmjet aplikacionit, duke plotësuar formularët e nevojshëm dhe duke ngarkuar dokumentacionin e kërkuar. Kërkesat e depozituara përmes aplikacionit do të merren në konsideratë sipas kushteve dhe rregullave të përcaktuara në policën e sigurimit.

Të siguruarit duhet të sigurojnë që informacioni i dhënë në aplikim të jetë i saktë dhe i plotë për të shmangur vonesa në procesimin e kërkesës.

Në rast nevojë për ndihmë gjatë përdorimit të aplikacionit, të siguruarit mund të kontaktojnë shërbimin e klientit të kompanisë.

Ky nen është i detyrueshëm për të gjitha palët e përfshira dhe rregullon përdorimin e aplikacionit për aplikimin e dëmeve.

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 shëndetsore të pacientit, nëse këto të dhëna shërbejnë për të përcaktuar të drejtën e të siguruarit për përfitime. SIGAL do të ketë të drejtë të kërkojë çertifikata mjekësore dhe dokumente të tjera, si edhe të organizojë kontrollin mjekësor të të siguruarit nga një ose më shumë mjekë të zgjedhur nga SIGAL. Policëmbajtësi do të vërë në dijeni Siguruesin për çdo ndryshim në listen e personave të siguar, shtesat apo paksimet perkatese dhe të dhënat respektive për 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 perfundimit 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 anëtarëve të Rrjetit Mjekësor Sigal për një trajtim, atëherë SIGAL do të njoftojë me shkrim të siguruarin 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 drejtpërdrejtë Zyrate Qendrore të SIGAL në Tiranë. SIGAL do të adresojë çdo mesazh apo informacion në adresën më të fundit të njoftuar nga policëmbajtësi ose i siguruari.

E. DATA E FILLIMIT, KOHËZGJATJA DHE PËRFUNDIMI

Neni 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 shtatëzaninë dhe trajtimin psikiatrik dhe semundjet malinje. Megjithatë, gjatë kësaj periudhe do të mbulohen shpenzimet që lindin nga trajtime të nevojshme si pasojë e shkaqeve urgjente. 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 dhe pandemi të tjera 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 te 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, c) në rastin kur Siguruesi ka analizuar të dhenat shëndetësore të personit të siguruar brenda afatit 7 ditor të aktivizimit të policës së sigurimit dhe nuk e kualifikon si individ të siguroshëm, individët ose individët që kanë kryer blerjen dhe i kthen në llogari të siguruari shumën monetare të paguar.

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

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

Neni 24

Kalimi (cedimi) i të drejtave - I siguruari i kalon (cedon) SIGAL të gjitha të drejtat deri në shumën e pergjithshme të përfitimeve të paguara ne favor te tij/saj. I siguruari është i detyruar të konfirmoje 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 siguarit do të jenë të pasakta në ato pika që përcaktojnë primin, SIGAL do t'i dërgojë të siguarit një kërkesë për të saktësuar të dhënat e gabuara, kosto e së cilës do të paguhet nga i siguruari. Nëse kërkesa nuk do të respektohet pas përfundimit të një periudhe 30 ditore që nga postimi i saj, SIGAL do të jetë i çliruar nga detyrimet kontraktuale. Nëse të dhënat saktësohen, SIGAL do t'i komunikojë të siguarit një prim përfundimtar të llogaritur në bazë të të dhënave të ndryshuara, të pagueshëm në mënyrë retroaktive dhe brenda 30 ditëve. Nëse i siguruari shkel një nga detyrimet kontraktuale të tij/saj, SIGAL do të çlirohet nga çdo përgjegjësi, përveçse nëse ka prova që shkelja ishte e paqëllimshme, ose që nuk ndikoi sadopak mbi madhësinë e dëmit, ose mbi të drejtat dhe detyrimet e SIGAL. Në rast abuzimi, mashtrimi ose përpjekje për abuzim apo mashtrim dhe 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 siguar del nga një kontratë sigurimi në grup sepse ai/ajo nuk i përket më grupit të personave të përcaktuar në mënyrë kontraktuale si të siguar, ose sepse kontrata përfundon, ai/ajo do të ketë të drejtë të marrë pjesën në sigurimin individual shëndetësor të ofruar nga SIGAL. SIGAL ruan të drejtën të informojë të siguarin me shkrim për mundësinë e pjesëmarrjes në sigurimin individual shëndetësor.

Neni 27

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

Neni 28

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