

## KUSHTET E PËRGJITHSHME TË SIGURIMIT "ANTI TUMOR"

**NENI 1 PARASHIKIME TË PËRGJITHSHME** Sigurimi Anti Tumor 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. Kushtet shtesë, nëse aplikohen, do të krijojnë efekte juridike nëse është paguar primi përkatës i sigurimit. Siguruesi nuk është i detyruar të paguajë shumën e sigurimit, nëse vërtetohet, se policëmbajtësi, apo i siguruari kanë dhënë informata të pa sakta në kërkesën për sigurim dhe kjo ka ndikuar në rëndimin e masës dëmit.

**NENI 2 OBJEKTI I SIGURIMIT** - Në përpunje me parashikimet e kushteve të përgjithshme dhe kategoritë e kufijtë e përcaktuar në Listën e Përfitimeve, shoqëria e sigurimeve SIGAL Insurance Group sh.a. Blv. Zog I, Tiranë (këtu më poshtë do të quhet 'SIGAL') ofron dëmshpërblim në formë monetare të menjëhershme, vetëm në rast të diagnostikimit me një nga diagnozat e mbuluara. Kjo policë nuk ka asnjë përfitim tjetër përveç dëmshpërblimit në para deri në maksimumin e shumës së siguruar sipas përqindjeve të përcaktuara për diagnozat e mbuluara: 1. Tumor Malinj Invaziv – 100% e shumës së siguruar. 2. Tumor benign në kokë – 100% e shumës së siguruar **Tumor malinj invaziv (përhapës, depertues, sulumues)** (Diagnostikimi me tumor malinj (i keq) i verifikuar me raport histopatologjik. Tumor i tillë malinj përshin limfomën malinje (tumor i përbërë nga indilimfoide) dhe çrregullime malinje të palcës kockore duke përfshirë leucemijnë (sëmundje e prodhimtë të qelizave të bardha, leukocidojeve). **Tumori benign i trurit që kërkon kirurgji ose që rezultojnë në deficit të përhershëm neurologjik;** Një tumor jo malinj me origjinë nga truri, meningjet ose nervat kraniale brenda kafkës, që konfirmohet nga një neurolog ose neurokirurg. Nëse një tumor i tillë shkakton deficit të përhershëm neurologjik që zgjat të paktën 3 muaj, duhet ose të hiqet në mënyrë neurokirurgjike ose me radiokirurgji dhe nëse është i paoperueshëm duhet të trajtohet me radioterapi. Krizat epileptike nuk konsiderohen si një deficit i përhershëm neurologjik. Diagnoza duhet të konfirmohet nga konsulent neurolog ose neurokirurg dhe rezultati përkatës i testit të imazherisë (CT ose MRI).

**NENI 3 PËRCAKTIME** - Mjek është profesionisti i shëndetësisë, që nuk është vetë i siguruari, nuk ka lidhje me të siguruarin dhe nuk punon për të, i cili aktualisht është i regjistruar në Urdhrin e Mjekut në Shqipëri, ose një autoritet të huaj ekuivalent, për të praktikuar mjekësinë. Policëmbajtësi është individi/subjekti që kërkon të sigurohet dhe/ose që ka cilësuar emrat e personave për t'u siguruar në Formularin e policës së sigurimit e cila është miratuar nga Siguruesi dhe ka detyrimin për pagesën e primit. Moshë e Policëmbajtësit apo përfaqësuesit të autorizuar prej tij duhet të jetë mbi 18 vjeç; **Antarë familje** janë bashkëshorti/a e Policëmbajtësit dhe ose fëmijët e tij. Fëmijët që të konsiderohen të tillë për efekt të këaj police sigurimit duhet të jenë në moshën 21 vjeç; Bashkëshort është personi i martuar me të siguruarin sipas Kodit Familjes, i cili nuk është mbi 80 vjeç në datën e fillimit të policës së sigurimit; Fëmijë është një fëmijë i ligjshëm (përfshirë fëmijet e adoptuar të cilët në datën e fillimit të sigurimit a) janë financiarisht të varur nga Policëmbajtësi dhe nuk janë në marrëdhënie pune; b) janë të pa martuar; c) janë të moshës 1 (një) deri në 20 (njzet) vjeç; **Formulari i policës së sigurimit është dokumenti, i cili konfirmon lidhjen e kontratës së sigurimit, mbulimin në sigurim dhe pranimin e kushteve të kontratës nga të dyja palët.** Në formular cilësohet detyrimisht informacioni për emrin mbiemrin dhe moshën e të siguruarit, data e fillimit të sigurimit, data e përfundimit të policës së sigurimit, periudha e pritjes, shuma e siguruar për çdo të siguruar dhe primi i sigurimit, si edhe ngjarjet e mbuluara me vërtetimin e të cilave siguruesi përbush detyrimin për akordimin e shumës së siguruar. **Këset e primit sigurimit Në rastin kur pagesa me këste miratohet nga Siguruesi dhe cilësohet në Formularin e Policës së sigurimit, këset janë shumat monetare për t'u paguar në baza mujore ose vjetore tek Siguruesi për këtë mbulim në sigurim,**

**Data e fillimit të sigurimit** është data e fillimit të policës së sigurimit e specifikuar në Formularin e policës së sigurimit, e cila përkon me datën e pagesës së primit sigurimit ose kështu të primit sigurimit sipas afatit të caktuar. **Data e fundit e sigurimit** është data kur mbulimi i kësaj police ndalon; Diagnozë është sëmundja e konfirmuar nga një mjek dhe nga ekzaminimet përkatëse. Data e diagnostizimit është data e konfirmuar nga rezultatet e ekzaminimit histopatologjik në rastin e tumorit malinj apo me skaner në rastin e tumorit benign në kokë. **Spital** është një institucion publik ose privat që plotëson kërkesat ligjore të vendit në të cilin operon dhe i cili: Ofron trajtim me shtrim për pacientët; Ofron strukturat dhe pajisjet e duhura mjekësore për të diagnostikuar dhe trajtuar një sëmundje kritike dhe nëse është e nevojshme është në gjendje të kryejë ndërhyrje kirurgjikale; **Shuma e siguruar** është shuma maksimale që akordon Siguruesi për çdo person të siguruar, për të gjitha periudhat e sigurimit dhe për të gjitha diagnozat e mbuluara. Kjo shumë nuk mund të rivendoset dhe as të transferohet nga një i siguruar tek tjetri. Nëse shuma e siguruar i akordohet 100% personit të siguruar njëherë, për shkak të ndodhjes së ngjarjes/ve së sigurimit, atëherë mbulimi për atë të siguruar, përfundon. **Prind** është individi i cili ka përgjegjësi prindërore, këtu përfshihet edhe një kujdestar ligjor.

**Sëmundje paraekzistuese: E tillë konsiderohet diagnoza e tumorit malinj invaziv dhe tumorit benign në kokë, e cila është diagnostikuar ose trajtuar përpara se i siguruari të regjistrohet dhe sigurohet me këtë policë sigurimi. Një gjendje e tillë është e përjashtuar nga mbulimi sipas kësaj police sigurimi, pra i jep të drejtën siguruesit të mos ofrojë mbulim sipas kësaj police.**

**Ngjarjet sigurimi** është diagnostikimi me tumor benign në kokë dhe diagnostikimi histologjik me tumor malinj invaziv i cili konfirmohet nga dy opinione mjekësore, nëse kjo kërkohet nga Siguruesi;

**Periudha e pritjes/përjashtimi:** Nuk do të kualifikohen për ndonjë Përfitim nga kjo policë sigurimi nga çdo sëmundje e shtuar, trajtuar apo që ka shfaqur simptomën e parë 180 ditë nga data e fillimit ose nga përfshirja e një të siguruarit të ri.

**NENI 4 PËRFTIME** - Përfitimet nga ky sigurim përcaktohen në policë, në listën e përfitimeve si dhe në shtojcat e saj.

Pagesa e përfitimeve. Çdo pagesë që ka lidhje me dëmshpërblimet në lidhje me ngjarjet që kjo policë mbulon do t'i paguhet të siguruarit, përveç rasteve të fëmijëve, ku për ta do të paguhet kujdestari ligjor i fëmijës. Në rastin se i siguruari humbet jetën para se pagesa dëmshpërbljeve të kryhet, përfutues do të jenë trashëgimtarët ligjorë dhe dëmshpërblimi në masën e shumës së siguruar e shkarkon Siguruesin nga çdo përgjegjësi që lidhet me këtë police paraveshitë afatit të mbulimit.

**NENI 5 PERSONA TË SIGURUAR** a) Personi i Siguruar mund të jetë çdo individ si edhe anëtar i familjes së tij, aplikimi për sigurim i të cilit është miratuar nga Siguruesi, të dhënat e të cilit janë renditur në policën origjinale të sigurimit dhe në shtojcat e saj, si dhe për të cilin është paguar primi përkatës i sigurimit. Nuk do të pranohen për herë të parë në sigurim të gjithë ata persona që në momentin e aplikimit janë në moshën 80 vjeç e lart, apo që do të arrijnë këtë moshë gjatë periudhës përkatëse të sigurimit për të cilën kërkohet të sigurohen. Nuk do të mund të vazhdojnë të sigurohen me të njëjtat përfitime dhe prime të gjithë ata persona që arrijnë moshën 30 vjeç; 40 vjeç; 50 vjeç; 60 vjeç; 70 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 në çdo vend të botës.

**NENI 7 PËRJASHTIME** Përjashtime të mbulimit në sigurim: Ngjarjet, sëmundjet e mëposhtme nuk mbulojnë nga ky sigurim, përveç në rast marrëveshje me shkrim me SIGAL. **Sëmundjet paraekzistuese.** Konsideron të tilla tumorin malinj invaziv dhe tumorin benign në kokë i diagnostikuar gjatë periudhës së pritjes ose para nënshkrimit të kontratës së sigurimit. Trajtimi për sëmundjet të cilat janë raportuar, diagnostikuar, trajtuar ose që kanë shfaqur simptoma ose gjetje (shenja) të lidhura me dokumentacionin mjekësor gjatë periudhës së përjashtimit.

Çdo sëmundje tjetër përveç tumorit malinj invaziv apo tumorit benign në kokë dhe/ose pa lidhje me të; **Sëmundje malinje që nuk mbulojnë** Të gjithë tumorët, të cilët nga raportit histopatologjik klasifikohen: Tumor in - situ, gjendje pre kanceroze. Klasifikohen ato diagnoza me malinjitet minimal apo potencial minimal për malinjitet. Tumorë të prostatës, përveç atyre të klasifikuar me një pikëzim Gleason më të madh se 6 apo që është shpërndarë klinikisht TNM T2N0M0. Leucemi Limfoide kronike, e klasifikuar sipas sistemit Binet përveç rasteve histologjike të klasifikuara si grada A qe eshte stadi i pare në të cilin nuk nevojitet mjekim Çdo tumor malinj i lëkurës (përveç melanomës malinje, që mbulohet nga kjo kontratë

## GENERAL TERMS AND CONDITIONS "ANTI TUMOR"

**ARTICLE 1 GENERAL PROVISIONS** - The anti-tumor insurance is based on: a) The present General Insurance Conditions (hereinafter referred to as the 'General Conditions'), any existing complementary conditions, as well as the provisions contained in the policy and any existing supplements there to; b) The Albanian legislation for the issues not provided for in paragraph a); b. Written statements made by the applicant in the insurance application and other relevant documents. The insurer is not obliged to pay the insured sum if it is proven that the policyholder or the insured has provided incorrect information in the insurance claim or has influenced the aggravation of the damage measure by his actions or omissions.

**ARTICLE 2 OBJECT OF INSURANCE** - Within the scope of the present general conditions and the categories and limits defined in the List of Benefits, SIGAL Insurance Group sh.a., Blv. Zog I, Tirana (hereby referred to as 'SIGAL') offers immediate monetary compensation, only in case of diagnosis with one of the covered diagnoses. This policy has no other benefit except cash compensation up to the maximum of the insured sum as per the percentages specified for the covered diagnoses. 1. Malignant tumor – 100% of the sum insured. 2. Cranial brain tumor – 100% of the sum insured. **Invasive cancer (spread, invasive, offensive)** - Diagnosis of a malignant (bad) tumour verified with histopathological report. Such cancer includes malignant lymphoma (tumour composed of lymphoid tissue) and malignant bone marrow disorders including leukaemia (disease of white cell production, leukocytes). **Benign brain tumor requiring surgery or resulting in permanent neurological deficiency** - A non-malignant tumour originating from the brain, meninges or cranial nerves inside the skull is confirmed by a neurologist or neurosurgeon. Such a tumour should be considered to require neurosurgical excision/radiosurgery, or if it is inoperable/not treated with radiotherapy cause permanent neurological deficit lasting at least 3 months. Epileptic seizures are not considered a permanent neurological deficit. The diagnosis should be confirmed by the consultant neurologist or neurosurgeon and the respective outcome of the imaging test (CT or MRI).

**ARTICLE 3 DEFINITIONS** - Doctor means a registered medical practitioner who is not the insured or related to the insured, or works for the insured, who is currently registered with the Medical Board in Albania, or foreign equivalent, to practice medicine. Policyholder. The individual or entity requesting the establishment of the contract, named in the Policy Schedule and residing in and has committed to pay the due premiums. To subscribe, the insured must be above 18 years old. Eligible Family Members means the Spouse of the Policyholder and/or the Child or Children up to 21 years old of the Policyholder. Spouse means the legally married spouse of the Policyholder who is not more than eighty (80) years of age on the Effective Date of insurance. Child means a legally dependent child of the Policyholder (including a stepchild and a legally adopted child) who is, on the Effective Date of Insurance: a) wholly dependent on the Policyholder for financial support and not gainfully employed in any way; b) unmarried; and c) between the age of one (1) and twenty (20) years. Policy Schedule means the document provided to the insured confirming cover. The certificate shows the names of the policyholder, the effective date of cover, the annual renewal date, the level of cover purchased and the premium due, waiting periods covered, which forms part of this policy and should be read in conjunction with this policy document. Dues means amount paid monthly (or yearly) to the Insurer in consideration of the policy. Effective Date means the start date of the policy specified in the Policy Schedule – corresponds to the date of receipt by the Insurer of the premium payment sent by the Insured. Expiry Date means the date that cover under this policy stops if shown in the Policy Schedule. Diagnosis means diagnosis of the disease by a doctor and confirmed by the relevant medical examinations. The date of diagnosis is the date the diagnosis is confirmed by pathological and/or histological and radiology examinations for benign brain tumour. Hospital means a public or private institution that meets the legal requirements of the country in which it is located and which: has in-patient accommodation under the supervision of physicians or attached thereto; Facilities and adequate medical equipment to diagnose and treat a critical illness and if necessary, can perform surgical operations in a facility under its control. Insured sum the amount provided is the maximum amount the Insurer allocates to each insured person, for all insurance periods and for all covered diagnoses. This amount cannot be restored or transferred from one insured to another. If the amount provided is awarded 100% to the insured person, due to the occurrence of the insurance event/s, then the coverage for the insured person ends. Parent means a person with parental responsibility including a legal guardian acting in that capacity. Pre-existing condition it is a pre-existing health condition from/cancer and cranial benign tumour that has been diagnosed or treated before the insured was insured according to this insurance policy and which is exempt from insurance coverage under this contract or that entitles the insurer not to provide coverage according to this insurance policy. The insurance event is when histological diagnosis with malignant cancer or cranial benign tumor is confirmed with two medical opinions, if this is required by the insurer. Exclusion Period: 180 days, from the Commencement Date or from the inclusion of a new Insured, during which any disease diagnosed, treated or showing their first related medically documented symptoms will not be eligible for any Policy Benefits during the life time of the Policy

**ARTICLE 4 BENEFITS** - The benefits granted are defined in the insurance policy and any existing appendices thereto. **Payment of benefits** Any benefit due will be paid to the insured person who is the subject of the claim except in the case of a child, when it will be paid to the policyholder provided that they are a parent of the child otherwise it will be paid to the child's parent. In the event of your death before payment is made, the benefit will be paid to your legal representative or executor and their receipt will discharge our liability under the policy.

**ARTICLE 5 INSURED PERSONS** - a) Any individual or family member thereof, whose application for coverage has been approved by the Insurer, whose information is listed on the original insurance policy and/or its subsequent appendices and for whom the due insurance premium has been paid. Individuals who at the moment of insurance application are 80 years or older, or who shall attain this age during the prospective insurance period shall not be offered coverage on a new plan basis. All those individuals who reach the age of 30 years old; 40 years old; 50 years old; 60 years old; 70 years old, shall not be able to continue to be provided with the same benefits and premiums. b) Family members of the insureds can also be insured if specifically included in the insurance policy and if the due insurance premium has been paid.

**ARTICLE 6 TERRITORIAL SCOPE OF INSURANCE COVERAGE** - Insurance will be valid anywhere in the world.

**ARTICLE 7 RESTRICTIONS TO SCOPE OF GUARANTEE** - The following mentioned events, illnesses are not covered, unless specifically agreed upon in writing with SIGAL: Preexisting diseases. Are considered as such illnesses those malignant tumor and cranial benign tumor diagnosed before contract signature or diagnosed within the waiting period. Treatment for Diseases which were reported, diagnosed, treated or which showed related medically documented symptoms or findings (signs) during the Exclusion Period. Any other illness not related to the malignant invasive tumour and cranial benign tumour: **Malignant Diseases Not Covered: All malignant tumours**, which from the histological report are classified: Cancer in - situ. **Any precancerous conditions Prostate tumours**, in addition to those classified with a Gleason score greater than 6 or clinically distributed TNM T2N0M0. **Chronic Lymphoid leukaemia**, classified according to Binet system is found in histologically classified cases as grade A (the first stage in which no medication is needed.) **Any skin cancer (except malignant melanoma covered by this insurance contract)**, which is classified histologically as not distributed beyond the epidermis and according to the TNM classification is classified As T1a N0 M0, T1b N0 M0 and T2a N0 M0".

**ARTICLE 8 WAITING PERIOD** - Unless written differently in the policy schedule, the standard waiting period is assumed to be 180 days. No indemnity will be paid during the waiting period. 180 days, from the Commencement Date or from the inclusion of a new Insured, during which any disease diagnosed,

sigurimi), i cili klasifikohet histologjikisht se nuk është shpërndarë përtej epidermës dhe sipas klasifikimit TNM klasifikohet T1a NO MO, T1b NO MO and T2a NO MO".

**NE NI 8 PERIU DH A E PRITJES** Përvesce kur parashikohet ndryshe në Formularin e policës së sigurimit periudha standard e pritjes është 180 ditë. Asnjë dëmshpërblim nuk do të paguhet gjatë periudhës së pritjes. Nuk do të kualifikohen për ndonjë Përfitim nga kjo policë siguri mi nga çdo sëmundje e shfaqur, trajtuar apo që ka shfaqur simptomën e parë 180 ditë nga data e fillimit ose nga përfshirja e një të siguarit të ri.

**NE NI 9 PAGESA E PRIMIT** si dhe/ose kështu 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. Pajesa e primit duhet të bëhet nëpërmjet një transferite bankare në llogarinë e përcaktuar nga SIGAL.

**NE NI 10 PERIU DH A E LEJUA R 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 kështu të parë të primit. Gjatë periudhës së 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 përfutur nga policja përfundon

**NE NI 11 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 vëre në djepi 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.

#### NE NI 12 KËRKESA PËR DËM SHPËRBLIM, NJOFTIMI I DËMIT

Siguruesi duhet të njoftohet menjëherë pas marrjes djepi të ngjarjes që mbulohet nga kjo policë siguri mi por jo më vonë se 72 orë. Në qoftë se i siguarit nuk bën këtë njoftim siguruesi ka të drejtë të mos paguajë dëmshpërblimin, pra, shumën e sigurimit.

**Procedurat e dëmit.** - Njoftimi i rastit të dëmit duhet të dërgohet Siguruesit menjëherë por jo më vonë se 72 orë nga marrja djepi se i siguarit dyshohet për sëmundje malinje/tumor ne koke beninj dhe ekzaminimet vërtetuese. Në këtë mënyrë Siguruesi do të dërgojë udhëzimet përkatëse për procedurat që duhet të ndiqen nga i siguarit në rast se sëmundja malinje konfirmohet. Nëse njoftimi nuk kryhet dhe Siguruesi humbet të drejtën e investigimit të rastit, i siguarit mund të humbasë të drejtën e dëmshpërblimit. Personi që kërkon dëmshpërblimin duhet të paraqesë Testimet dhe ekzaminimet specifike sipas llojit të prekjës sistemike, indore apo të organeve që duhet të bëjë i siguarit. - Vizite dhe konfirmim diagnoze të mjeku familjes - Analiza gjaku dhe fenotipi për sëmundjen e gjakut. - Markuesit tumorale- Konsulte specialistit onkolog, neurolog, neurokirurg, imazherist etj sipas sistemeve dhe organeve. - Imazheri, CT, RM, ECHO indet e buta, organet, maret, qafa, abdominale paraortale. - Mamografi - Biopsi e Histologjia. Në qoftë se pretenduesi ka dhënë ndonjë informacion të rremë ose të paplotë Siguruesit, ose ka fshehur informacion që Siguruesi e konsideron si material, pretendimi mund të refuzohet plotësisht ose mund të reduktohet, në varësi të asaj që është e përshatshme për rrethanat. **Kushtet në rast dëmi** Siguruesi paguan sipas kësaj police vetëm nëse: Diagnostikimi me këtë sëmundje ka ndodhur për herë të parë; Personi i siguarur është gjallë në momentin e diagnostikimit. Ngjarja ka ndodhur pas maturimit të periudhës së pritjes. Afati i pagesës dëmshpërblimit është brenda 30 ditëve nga plotësimi i dokumentacionit të kërkuar dhe vërtetimi i ngjarjes sigurimit. Siguruesi nuk paguan sipas kësaj police nëse: Diagnostikimi me sëmundjen e mbuluar ka ndodhur brenda periudhës së pritjes; merni kështilla mjekësore, keni simptoma ose kryeni analiza, ose merni ndonjë mjekim ose trajtim, për sëmundjen e mbuluar sipas kësaj police brenda periudhës së pritjes; ose; për sëmundjen e mbuluar për të cilin po pretendohet dëmshpërblim, jeni diagnostikuar me të njëjtin sëmundje përpara datës së fillimit të policës tuaj të; ose; ekziston ndonjë kusht para-ekzistues, për të cilin ju jeni në djepi ose dyshoni në kohën e marrjes së kësaj police; ose; Diagnoza e dhënë nuk ka bazë mjekësore dhe nuk është e vërtetuar nga një mjek i licënsuar; Tumori sipas raportit histologjik i përshkruar si pre-malinj\*

**NE NI 13 DETYRIMI PËR INFORMIM** - I siguarit/policëmbajtësi duhet t'i njoftojë siguruesit, me rastin e lidhjes së kontratës, të gjitha rrethanat për të cilat ka djepi dhe që kanë rëndësi thelbësore për përcaktimin e natyrës dhe të masës së rrezikut. Quket se kanë rëndësi thelbësore të gjitha rrethanat për të cilat siguri mi ka pyetur me shpresë të siguarin. Kontrata e sigurimit i lidhur pa u marrë përgjigja në ndonjë nga këto pyetje apo përgjigjet e rreme e cirojnë siguruesin nga detyrimi për dëmshpërblim. Dhënia e informatave të pasakta në kërkesën ose në dokumentet e paraqitura, në bazë të të cilave është lidhur kontrata e sigurimit, ose lënia në harrësë e informatave kur vërtetohet përbën shkak për zgjidhjen e kontratës, siguri mi mund të heqë dorë nga kontrata, duke e njoftuar të siguarin me shkrim, brenda 3 muajve nga marrja djepi e tyre. Në qoftë se ngjarja e sigurimit vërtetohet përpara se pasaktësitë e informatave ose lënia në harrësë e tyre, të njihen nga siguri mi, ose përpara se të jetë deklaruar heqja dorë nga kontrata, siguri mi cirohet nga detyrimi për dëmshpërblim. Kur kontrata e sigurimit lidhet në emër e për logari të të tretëve dhe këta janë në djepi për pasaktësinë e deklarimeve ose të harrësave në lidhje me rrezikun (rastin e sigurimit), në favor të siguri mi zbatohen paragrafet me sipër.

**Mashttrim i Policëmbajtësit** - Çdo mashttrim, pandershmeri e qëllimshme ose fshehje e qëllimshme e informacionit të lidhur me aplikimin e Policëmbajtësit ose në lidhje me një dëm, do ta bëjë këtë policë të pavlefshme dhe asnjë prim nuk do të kthehet dhe asnjë kërkesë për dëmshpërblim nuk do të konsiderohet. Kur dëmi është kërkuar në emër të një personi të siguarur, jo Policëmbajtësi dhe provohet se ky i fundit nuk ka lidhje me mashttrimin e kryer nga Policëmbajtësi, kërkesa do të pranohet. **Mashttrim i siguarit** - Çdo mashttrim, pandershmeri e qëllimshme ose fshehje e qëllimshme e informacionit të lidhur me aplikimin nga ana e të siguarit, do ta bëjë policën e tij të pavlefshme dhe mbulimin në sigurim të pavlefshëm. Në rast se i siguarit do të humbasë përfitimet që rrjedhin nga policja e sigurimit dhe çdo dëmshpërblim që Siguruesi ka akorduar duhet të kthehet. Çdo prim i paguar në këto raste nuk do të kthehet. Informacioni i rremë për moshën. Nëse rezulton ndryshim i moshës reale me atë të deklaruar, ju nuk do të dëmshpërbleheni për shumën e siguri mi që Siguruesi ofron sipas policës tuaj të sigurimit dhe çdo prim i mbi paguar do t'i rimbursohet policëmbajtësit pa asnjë interes. Nëse keni aplikuar në sigurim dhe jeni me i madh se moshë në të cilën mund të pranoheni në sigurim realisht, atëherë asnjë dëmshpërblim nuk do të akordohet.

**NE NI 14 DATA E FILLIMIT, KOHËZGJATJA DHE PËRFUNDIMI** - **Data e fillimit** - Kjo policë siguri mi do të fillojë në orën 24.00 me kohën e Shqipërisë të datës së specifikuar në Formularin e policës së sigurimit;

**Përfundimi** - Kjo policë siguri mi do të përfundojë në njërin nga rrethanat e mëposhtme: **a.** Përfundimi që lind nga e Drejta për të kthyer policën: Në rast se Policëmbajtësi nuk është i kënaqur me Policën për çdo arsye, ai / ajo mund t'ia kthejë të Siguruesit me kërkesën për anulim brenda dhjetë (10) ditëve pas marrjes së Policës në dorëzim. Çdo prim i futuruar do t'i rimbursohet siguarit/policëmbajtësit duke zbritur shpenzimet administrative në masën 20 % e primit të sigurimit neto; Në këtë rast, policja bëhet e pavlefshme nga Data e fillimit të Sigurimit dhe Siguruesi nuk do të jetë përgjegjës për asnjë ngjarje të ndodhur para dhe pas kthimit të kësaj police; **b.** Përfundimi i policës së sigurimit nga Policëmbajtësi: Nëse Policëmbajtësi kërkon me shkrim anulimin/zgjidhjen e policës së sigurimit për të gjithë personat e siguarur në atë policë siguri mi, data e njoftimit do të konsiderohet si data përfundimit të mbulimit në sigurim; **c.** Përfundimi i policës së sigurimit nga Siguruesi: Nëse Siguruesi kërkon me shkrim anulimin/zgjidhjen e policës së sigurimit për disa ose të gjithë personat e siguarur në atë policë siguri mi, përfundimi i mbulimit në sigurim do të jetë efektiv 7 ditë pas datës së dërgimit të këtij njoftimi; **d.** Përfundimi automatik Me ndodhjen e ngjarjeve të mëposhtme policja do të konsiderohet e përfunduar: Mbulimi në sigurim do të ndalojë për çdo të siguarur në policën e sigurimit nëse: **1.** në rastin e bashkëshortit, kur ky i fundit mbush moshën 80 vjeçare. **2.** në rastin e fëmijëve, kur këta të fundit mbushin moshën 21 vjeçare. **3.** kur një anëtar familje, nuk përbush më kriteret e të qenit anëtar familje sipas përkufizimeve të kësaj police siguri mi **4.** pas vdekjes së personit të siguarur **5.** nëse policja njoftohet e përfunduar sipas përcaktimeve në këto kushte **6.** I siguarit përfiton

trated or showing their first related medically documented symptoms will not be eligible for any Policy Benefits during the life time of the Policy.

**ARTICLE 9 PREMIUM PAYMENT** - The premium and/or instalments are payable within the date(s) specified in the Insurance Certificate/Schedule. This policy will be in default on the due date if a due premium is not then paid. Premium payments must be made through bank transfer to the account specified by SIGAL.

**ARTICLE 10 GRACE PERIOD** - SIGAL allows a grace period of 14 days after the due date for premium payments. The grace period does not apply to the payment of the first premium/instalments. The policy remains in force during the grace period. If the premium is not paid by the end of the grace period, the policy lapses as of the date of default. Upon lapse: - the policy has no value, and - the cover provided by this policy terminates.

**ARTICLE 11 MODIFICATION OF PREMIUM** - SIGAL shall be entitled to modify the premium at the beginning of the new insurance year. If the premium is modified, SIGAL shall communicate the new contract provisions to the policyholder at latest 30 days before the insurance year expires. The policyholder shall be entitled to terminate the contract at the end of the insurance year under review. To be valid, contract termination must be delivered to SIGAL at latest on the last day of the insurance year. If the contract is not terminated, SIGAL shall be entitled to assume that the policyholder agrees to any contract amendments made.

**ARTICLE 12 CLAIM FOR COMPENSATION** **Claim notification.** All claims must be notified as soon as is reasonably practical after the event which causes the claim but not later than 72 hours. Failure to do so may result in our rejection of the claim. **Claims Procedure** We must be notified as soon as reasonably practicable but not later than 72 hours from the moment that the insured is suspected of malignant/tumour disease or benign cranial tumour and the claim must be filed accompanied with the proving examinations. In this way the Insurer will send the relevant guidelines for procedures to be followed by the insured in case the malignant disease is confirmed. Failure to notify us may result in our rejection for the claim if it is made so long after the event that we are unable to investigate fully.

**The claimant must submit:** Specific tests and examinations according to the type of systemic, Indore or organ related that the insured must undergo. - Visit and confirmation diagnosis from family doctor. - Blood tests and phenotype for blood semen. - Tumour markers. - Consult specialist's oncologist, neurology, neurosurgeon, imageries, etc. according to systems and organs. - Imaging, CT, RM, ECHO, sex tidal, organs, mammals, neck, par aortal abdominal. - Mammograms. - Biopsy and Histology. If the claimant has provided any false or incomplete information to the Insurer or has withheld information that the Insurer considers to be material, the claim may be rejected in full or may be reduced, depending on what is appropriate in the circumstances. **Claims Conditions** - We will only pay the benefits covered by this policy if: a. covered peril is diagnosed for the first time. B. The insured person is alive at the time of diagnosis. C. Your cover under this policy has been in force for 180 days or more. The indemnification turnaround times is within 30 days of completing the required documentation and the claim file of the insurance event. We will not pay the benefits covered by this policy if: a. if you are diagnosed as having covered peril within the waiting period. B. if you receive medical advice, have symptoms or tests, or receive any medication or treatment, for covered peril within the waiting period; or c. for the covered peril for which you are claiming if you have been diagnosed with the same peril before your effective date; or d. for any covered peril directly or indirectly caused by any pre-existing condition, if it is reasonable for you to know or suspect a link at the time of taking out this policy; or e. based on a diagnosis made by any person other than a doctor or medical practitioner. F. for any tumours which are histologically\* described as pre-malignant\*; or

**ARTICLE 13 OBLIGATION TO INFORM** - **The insured/policyholder** must notify the insurer, upon conclusion of the contract, of all the circumstances of which he is aware, and which are of essential importance for determining the nature and extent of the risk. It is said that all the circumstances about which the insurer has asked the insured in writing are of essential importance. The insurance contract concluded without receiving answers to any of these questions or false answers relieves the insurer from liability for compensation. Giving incorrect information in the request or in the submitted documents, on the basis of which the insurance contract was concluded, or leaving the information in oblivion when proven constitutes a reason for terminating the contract, the insurer may withdraw from the contract, notifying the insured in writing, within 3 months of receiving their knowledge. If the insured event is confirmed before the inaccuracies of the information or their neglect are recognized by the insurer, or before the waiver of the contract has been declared, the insurer is released from the liability for compensation. When the insurance contract is concluded in the name and on behalf of third parties and they are aware of the inaccuracy of statements or omissions regarding the risk (insurance case), the above paragraphs apply in favour of the insurer. **Fraud by the policyholder** - Any fraud, deliberate dishonesty or deliberate hiding of information connected with the policyholder's application for this policy or in connection with a claim, will make this policy invalid. In this event we will not refund any premiums and we will not consider for payment any claims which have not already been submitted to us. Where claims have been made by insured persons (other than the policyholder) under this policy, but remain unpaid, prior to the discovery of such fraud, deliberate dishonesty, or deliberate hiding of information, where the insured person making the claim had no involvement in it, such claims will be considered for payment in the usual way. **Fraud by an insured person** - Any fraud, deliberate dishonesty or deliberate hiding of information by an insured person at any time will make this policy invalid for that insured person. If this happens, the insured person will lose any benefit due to them and they must pay back any benefit that we have already paid. If this occurs, we will not refund any premiums in respect of that insured person. **False information about your age** - If we have been told that you are younger than you are in the policyholder's application for this policy, we will only pay part of the benefits covered under this policy based on the percentage of the premium paid compared with the premium that should have been paid for your age at your effective date. If you are over 80 years of age, no claim payment will be made. If we have been told that you are older than you are in the policyholder's application for this policy, we will pay the benefit shown on the schedule and we will refund to the policyholder the extra premium that has been paid without adding interest.

**ARTICLE 14 EFFECTIVE DATE, DURATION AND TERMINATION** - **Effective Date** This Policy shall become effective and commence at 12.01 A.M. Albanian time on the date specified as the Effective Date of Insurance in the Policy Schedule. **Terminations** - This insurance policy will terminate in one of the following circumstances: a. Right to Return Policy In the event the Policyholder is not satisfied with the Policy for any reason, it may be returned to the Company for annulment within ten (10) days after receipt of the Policy by the Policyholder. Any premium billed to the Policyholder will be refunded to the policyholder after deducting 20% of the administrative costs calculated on net premium. In such event, this Policy shall be deemed to have been void from the Effective Date of Insurance and the Company shall not be liable in respect of any event occurring prior or after the return of this Policy. B. Termination by the Policyholder. If the Policyholder subsequently gives notice in writing to the Company to terminate cover with respect to all Insured Persons included hereunder, such termination shall become effective on the date such notice is received or on the date specified in such notice, whichever is the later. C. Termination by the Insurer. Insurer give notice of termination hereof by registered letter to the Policyholder. Such termination shall become effective seven (7) days following the date of such notice; d. Automatic Termination This policy shall terminate immediately on the earliest of the following events: 1. In case of the Spouse, on the Anniversary Date immediately following his/her attainment of age eighty (80) years. 2. In the case of a Child, on the Anniversary Date immediately following his/her attainment of the age of twenty-one (21) years. 3. Upon such Insured Person who is an Eligible Family Member ceasing to be an Eligible Family Member 4. Upon the death of such Insured Person 5. If the policy is called terminated under the following of the policy terms and conditions. 6. The insured sum has been indemnified to the insured person. E. Termination for the Non-payment of Premium In the

shumën e sigurimit për ngjarjet e mbuluara. **E.** Përfundimi i policës për shkak të mos pagesës së primit Në rastin kur primi i sigurimit nuk është paguar, policja konsiderohet e anuluar nga data e fillimit të policës së sigurimit. Nëse pagesa është parashikuar të kryhet me këste, mos pagesa e njërit prej kësteve përbën arsye për anulimin e policës që nga data kur ai këst duhet të ishte paguar; **f.** Ora kur anulimi behët aktiv Kjo policë dhe cdo mbulim i ofruar prej saj, nëse lidhet me ngjarjet në seksionin 4 dhe 5 do të përfundojë në orën 24.00 me kohën e Shqipërisë. **G.** Trajtimi i dëmit në rastet e policave të përfunduara. Çdo përfundim i policës i heq të siguruarit apo Policëmbajtësi të drejtën për pretendime për dëmshpërbim për ngjarje të ndodhura pas datës së përfundimit

**NENI 16 SEKRETI MJEKESOR** - 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 të bëhen të ditur.

**NENI 16 KALIMI (CEDIMI) I TË DREJTAVE** - I siguruari i kalon (cedon) SIGAL të gjitha të drejtat deri në shumën e përgjithshme të përfitimeve të paguara ne 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 17 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 ne vlerën e primit. Nëse deklaratat e të siguruarit do të jenë të pasakta në ato pika që përcaktojnë primin, SIGAL do ti 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 jetuar i ciliuar nga detyrimet kontraktuale. Nëse të dhënat saktësohen, SIGAL do ti komunikojë të siguruarit një prim përfundimtar të llogaritur në bazë të të dhënave të ndryshuara, të paguëshëm në mënyrë retroaktive dhe brenda 30 ditëve. Nëse i siguruari shkel një nga detyrimet kontraktuale të tij/saj, SIGAL do të çlirohet nga cdo përgjegjësi, përveçse nëse ka prova që shkelja ishte e paqëllimshme, ose që nuk ndikoi sadopak mbi madhësinë e dëmit, ose mbi të drejtat dhe detyrimet e SIGAL. Në rast abuzimi, mashtrimi ose përpjekje për abuzim apo mashtrim dhe në se SIGAL mund të paraqesë prova, atëherë i siguruari mund të përjashtohet nga mbulimi ne sigurim në mënyrë të menjëhershme.

**NENI 18 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 pjesën 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 19 JURIDIKSJONI** - Kjo policë dhe shtesat e saj i nënshtrohen legjislacionit të Republikës së Shqipërisë. Cdo mosmarrveshje që lind nga kjo policë do të zgjidhet nga Gjykata e Rrethit Tiranë, si vendi ku ndodhet Drejtoria e Përgjishme e SIGAL.

**NENI 20 DISPOZITA PËRFUNDIMTARE** - Në rast se ka interpretime të ndryshme për këto Kushte të Përgjithshme, atëherë publikimi në Shqip do të ketë përparsi në interpretim.

#### OPINION I DYTË MJEKESOR

Për të nxitur praktikën më të mirë në menaxhimin e rasteve mjekësore Siguruesi ka zhvilluar burime për të siguruar opinione të dyta (MSO) të pavarura mjekësore të cilësisë më të lartë.

**Shërbime** të siguruarit do të marrin shërbimet dhe përfitimet e mëposhtme si pjesë e Programit të Opinioneit të Dytë Mjekësor në distancë: Brenda 12 orëve pune nga kërkesa fillestare e një të siguruarit për një MSO, Siguruesi do t'i dërgojë Anëtarit formularët për "lëshimin e të dhënave mjekësore". Pasi antari ka dërguar njoftimin për diagnozën nga një mjek, MediGuide/Siguruesi identifikojnë tre Qendra Mjekësore Kryesore Botërore që renditen më të mirat në botë në diagnostikimin dhe trajtimin e kësaj sëmundjeje të veçantë dhe që më pas janë në dispozicion për t'iu përgjigjur kërkesës së Anëtarit. Informacioni në lidhje me tre Qendrat Mjekësore Kryesore Botërore i dërgohet Anëtarit brenda 3 ditëve pune/bankare. Më pas, anëtarë zgjedh Qendrën Mjekësore Kryesore Botërore që do t'i përgjigjet kërkesës së tij ose të saj. Ndërkohë që antari kthen tek Siguruesi / MediGuide formularin e lëshimit të informacionit mjekësor, MediGuide punon drejtpërdrejt me Mjekun Personal të Anëtarit për të mbledhur të gjitha të Dhënat Mjekësore përkatëse për t'i dërguar në Qendrën e zgjedhur Mjekësore Botërore kryesore. Mjeku Personal i anëtarit paguhet për rimarrjen, kopimin dhe mbledhjen e Të Dhënave Mjekësore të Anëtarit brenda 7 (shtatë) ditëve të punës nga koha kur regjistrimet janë marrë nga shërbimi postar që përdor Siguruesi/ MediGuide. **Qendra Mjekësore Kryesore Botërore** e përzgjedhur, me koordinimin nga MediGuide, do të përfundojë shqyrtimin dhe analizën e Të Dhënave Mjekësore të Anëtarit dhe rekomandimet që rezultojnë në lidhje me qasimin e trajtimit ("Opinionit i Dytë Mjekësor") brenda 10 ditëve të biznesit nga marrja e plotë e të Dhënave Mjekësore të Anëtarit. MSO do të përfshijë gjithashtu një shqyrtim të plotë të diagnozës origjinale dhe planin e propozuar të trajtimit nga mjekët ekspertë në Qendrën e zgjedhur Mjekësore Botërore. Të gjitha analizat dhe rekomandimet i paraqiten anëtarit dhe mjekut të tij Personal me shkrim. a) Opinioni i dytë mjekësor i formularit nga Qendra e zgjedhur Mjekësore i dërgohet anëtarit si edhe mjekut të tij/saj brenda 12 orëve pune dhe asnjëherë më vonë se 10 (dhjetë) ditë pune/biznesi nga data kur antari i ka dërguar të gjitha të dhënat mjekësore. b) Siguruesi / MediGuide do të paguajë për të gjitha kostot në lidhje me procesin e opinionit të dytë mjekësor. Në varësi të preferencave të deklaruara të metodës së kontaktit të Anëtarit, MediGuide do të komunikojë me Anëtarin nëpërmjet telefonit, Skype ose Zoom, facsimile, email dhe ofruesve lokalë të shërbimit postar, si dhe FedEx, United Parcel Service, DHL dhe shërbime të tjera të përshpejtuara të dërgimit.

**Gjendje mjekësore kualifikuese** - Shërbimet e Opinioneit të Dytë Mjekësor të MediGuide fuqizojnë anëtarët për të konfirmuar diagnozat e tyre dhe për t'u ofruar atyre opinionin më të mirë për gjendjen e tyre specifike. Antarët me mbulimin MediGuide mund të kërkojnë një Opinion të Dytë Mjekësor në shumicën e rrethanave, me përjashtime e mëposhtme:

**Anëtarë nuk ka marrë një diagnozë** – një Anëtar duhet t'i jetë dhënë një diagnozë zyrtare nga mjeku i tij/saj trajtues si një parakusht në mënyrë që ELMC (EorlLeadingMedical Centers) të konfirmojë diagnozën dhe të japë rekomandime trajtimi në një gjendje mjekësore të veçantë;

**Anëtarë nuk është vlerësuar nga një mjek trajtues brenda 12 muajve të fundit** - Të dhënat e fundit mjekësore janë të nevojshme nga WLMCs në mënyrë që të sigurojë Anëtarët MediGuide rekomandimet përkatëse të trajtimit. Anëtarë ka zhvilluar një gjendje akute dhe kërcënuese për jetën - Nëse një Anëtar kërkon kujdes të menjëhershëm mjekësor që kërkon kujdesin e mjekut të tyre trajtues në një bazë urgjente, dhe të mos vonojë ndërsa pret mbërritjen e MSO.

**Kërkohet vlerësimi fizik i anëtarit** - disa kushte gjithmonë do të kërkojnë një studim dhe vlerësim në person (për shembull, sëmundje mendore). Kuptohet, raste të tilla nuk do të ishin të përshtatshme për të marrë një opinion të dytë mjekësor në distancë.

**Shërbimet e lidhura me Gjetjen e Qendrës mjekësore: Shërbimet e Gjetjes së Qendrës Mjekësore** - MediGuide ka një rrjet ofruesish të njohur ndërkombëtarisht, të cilët ofrojnë ndihmë mjekësore rajonale dhe shërbime me kosto të ulura. MediGuide do t'i referojë Anëtarit një Ofruar në rajonin që Anëtarë zgjedh dhe do të donte të udhëtonte për trajtim. MediGuide do t'i dërgojë (me pëlqimin e me shkrim të Anëtarit) Qendrës së zgjedhur nga antari një kopje të Opinioneit të Dytë Mjekësor më të fundit. Anëtarë nënshkruan një marrëveshje me Qendrën Mjekësore të sugjeruar nga MediGuide dhe antari do të paguajë për shërbimet që do të kryejë tek kjo qendër mjekësore. Qendra mjekësore do të ndihmojë Anëtarin me: Këshilla mjekësore e bazuara në opinionin e dytë mjekësor të Anëtarit.

Ky Shërbim përfshin gjithashtu: 1.Marrja e një preventivi të kostove të trajtimit (duke përjashtuar kostot që lindin nga komplikime të mundshme gjatë kohës së trajtimit) dhe bazuar në planin e trajtimit sipas rekomandimeve të opinionit të dytë mjekësor të përfunduar kohët e fundit. Ky preventiv mund të përfshijë të gjitha kostot e udhëtimit dhe akomodimit nëse kërkohet nga Anëtarë. 2.Organizimi i pranimit në Qendrën Mjekësore të zgjedhur nga Anëtarë. 3.Zgjidhje të pretendimeve nga ofruesit mjekësorë brenda dhe jashtë rrjetit. 4. Administrimi i kostove sipas kërkesës së Anëtarit. 5. Shqyrtimi i farmacive që ofrojnë ilaçet e

event that the initial premium charged to the Policyholder is not paid, this Policy shall be deemed to have been void from the intended Effective Date of Insurance. Provided one or more premiums charged to the Insured Person have been paid, non- payment of any subsequent premium, for any reason whatsoever, shall terminate insurance under this Policy as of the due date of such premium. F. Effective Time of Termination - This Policy, and all insurance hereunder, shall terminate at 12.00 A.M Albanian Time. G. Position of Claims Upon Termination - Such termination shall be without prejudice to any claims relating to an event that occurred after the effective date of termination;

**ARTICLE 15 MISCELLANEOUS - Medical secrecy** The insured person releases from professional secrecy all medical practitioners whom he/she has consulted before or during his/her insurance term, so that they are free to pass on information to SIGAL and SIGAL contracted medical practitioners. SIGAL engages to treat confidentially all information supplied, including the results of examinations and analyses that may come to SIGAL knowledge.

**ARTICLE 16 CESSION OF RIGHTS** - The insured person cedes to SIGAL all rights up to the total amount of benefits paid to him/her. The insured person shall be obliged to confirm the cession of rights to SIGAL in writing if this requested, otherwise the guarantee shall expire.

**ARTICLE 17 VIOLATION OF CONTRACTUAL OBLIGATIONS** - SIGAL shall be entitled to verify the data supplied by the insured, who must for this purpose, provide access to the information determining the primary value. Should the policyholder's statements on the elements that determine the primary be incorrect, SIGAL shall send the insured a request, at the cost of the latter, to rectify the statement made. Should the request have no effect, SIGAL shall be released from any contractual obligations as of the expiry of a 30-day term from the mailing of the notice. Following the rectification of the statement, SIGAL shall communicate a final primary to the insured, calculated on the base of the corrected data, payable retroactively and within 30 days. If the insured person violates one of the contractual duties which fall on him/her, SIGAL shall be released from all liabilities, unless there is evidence that this violation was unintentional, or that it has had no effect whatsoever on the extent of damage, or on SIGAL rights and obligations. In case of abuse, deception, or attempted abuse or deception for which SIGAL can provide proof, the insured person concerned can be excluded from insurance coverage immediately.

**ARTICLE 18 TERMINATION OF GROUP INSURANCE** - When an insured person drops out of a group insurance contract because he/she no longer belongs to the circle of contractually defined insured persons, or because the contract is terminated, he/she shall be entitled to switch to the private insurance scheme provided by SIGAL. SIGAL retains the right to inform the insured person of his/her right opportunity to switch to the private insurance scheme in writing.

**ARTICLE 19 JURISDICTION** - This policy and its endorsements are subject to the legislation of the Republic of Albania. Any dispute arising in relation to this policy shall be settled by the appropriate Tirana District Court, as the district where SIGAL's main office is located.

**ARTICLE 20 FINAL PROVISIONS** - In case the underlying General Insurance Conditions are subject to varying interpretations, the Albanian edition makes authority.

#### MEDICAL SECOND OPINION (MSO)

To promote best practices in medical case management, the Insurer has developed resources to provide independent, high-quality Medical Second Opinions (MSO).

**Services** - The insured individuals will receive the following services and benefits as part of the Remote Medical Second Opinion Program: Within 12 business hours from the initial request of an insured person for an MSO, the Insurer will send the Member the forms for "medical data transfer and release." After the member has submitted the diagnosis report from a doctor, MediGuide/the Insurer identify three Leading Global Medical Centers that are ranked among the best in the world for diagnosing and treating that particular condition, and that are then available to respond to the Member's request. Information regarding the three Leading Global Medical Centers is sent to the Member within 3 business/banking days. Then, the member selects the Leading Global Medical Center that will respond to his or her request. While the member returns the medical information release form to the Insurer / MediGuide, MediGuide works directly with the Member's Personal Physician to collect all relevant Medical Records to send to the chosen Leading Global Medical Center. The Member's Personal Physician is compensated for retrieving, copying, and compiling the Member's Medical Records within seven (7) business days from the time the records are received from the postal service used by the Insurer / MediGuide. **The selected Leading Global Medical Center**, in coordination with MediGuide, will complete the review and analysis of the Member's Medical Records and the resulting recommendations regarding the treatment approach ("Medical Second Opinion") within 10 business days of receiving the complete set of the Member's Medical Records. The MSO will also include a comprehensive review of the original diagnosis and the proposed treatment plan by expert physicians at the selected Leading Global Medical Center. All analyses and recommendations are presented in writing to the member and his or her Personal Physician. a) The medical second opinion prepared by the selected Medical Center is sent to the member and his/her doctor within 12 business hours, and never later than ten (10) business days from the date the member has submitted all medical records. b) The Insurer / MediGuide will cover all costs related to the medical second opinion process. Depending on the Member's stated contact preferences, MediGuide will communicate with the Member via telephone, Skype or Zoom, fax, email, and local postal service providers, as well as FedEx, United Parcel Service, DHL, and other expedited delivery services.

**Qualifying Medical Conditions** - MediGuide's Medical Second Opinion (MSO) services empower members to confirm their diagnoses and provide them with the best possible options for their specific condition. Members covered under MediGuide may request a Medical Second Opinion in most circumstances, with the following exceptions:

**The member has not received a diagnosis** – A member must have an official diagnosis from their treating physician as a prerequisite for the World Leading Medical Centers (WLMCs) to confirm the diagnosis and provide treatment recommendations for a specific medical condition.

**The member has not been evaluated by a treating physician within the past 12 months** – The most recent medical records are required by WLMCs in order to provide MediGuide members with appropriate treatment recommendations.

**The member has developed an acute and life-threatening condition** – If a member requires immediate medical care that demands the attention of their treating physician on an urgent basis, they should not delay treatment while waiting for the MSO.

**A physical examination of the member is required** – Some conditions will always require an in-person evaluation (for example, mental health disorders). Naturally, such cases would not be suitable for receiving a remote medical second opinion.

**Medical Center Finder Services** - MediGuide has a network of internationally recognized providers offering regional medical assistance and cost-effective services. MediGuide will refer the Member to a Provider in the region the Member chooses and wishes to travel to for treatment. With the Member's written consent, MediGuide will send the selected medical center a copy of the most recent Medical Second Opinion.

The Member signs an agreement with the Medical Center recommended by MediGuide and will pay for the services provided by that medical center. The medical center will assist the Member with:

**Medical advice based on the Member's medical second opinion** - This service also includes: 1.Receiving a cost estimate for the treatment (excluding any costs that may arise from potential complications during treatment), based on the treatment plan recommended in the most recent medical second opinion. This estimate may include all travel and accommodation costs if requested by the Member. 2.Organizing the Member's admission to the selected Medical Center. 3.Settling claims with medical providers inside and outside the network. 4.Managing expenses as requested by the Member. 5. Reviewing pharmacies that provide prescribed medications, if necessary. 6. Assistance services

përshkruara, nëse është nevoja. 6. Shërbimet e ndihmës duke përfshirë dhe jo të kufizuar në rregullimin e transportit tokësor, koordinimin e vlerësimit mjekësor, dhe hotel. 7. Çdo shërbim tjetër që mund të jetë i nevojshëm dhe i pranuar me shkrim nga Anëtarit dhe MediGuide **Shërbime transporti dhe strehimi – Në rast se Anëtarit është i prirur për trajtim në një nga Qendrat Tona Mjekësore Kryesore** Botërore, ose në çdo strukturë tjetër mjekësore në rajonin ku Ofruesi MediGuide ka përvijë, Ofruesi MediGuide do të lehtësojë, me kërkesë të Anëtarit, organizimin e marrëveshjeve të udhëtimit të cilat përfshijnë transportin ajror, tokësor ose ujor në Business Class. Siguruesi i MediGuide është përgjegjës nëse shpenzimet janë më të larta se kufijtë e mbulimit të policës së sigurimit në fuqi. As MediGuide, as Siguruesi MediGuide nuk mund të mbahen përgjegjës për anulimin ose vonesën e një konvente publike të planifikuar.

**Riadthesimi i mbetjeve të vdekshme:** - Në rast të vdekjes së Anëtarit, Siguruesi MediGuide do të organizojë kthimin e mbetjeve të tij/saj të vdekshme në Vendin e Banimit ose do të organizojë funeralin ose kremimin nëse trupi varroset ose kremohet në vendin e Vdekjes.

**Shërbime përkthimi** - Ofruesi MEDIGUIDE do të sigurojë shërbimin e përkthimit me telefon që mund të aksesohet nga Anëtarit dhe/ose shoqëruesi i tij/saj gjatë kohës që Anëtarit pranohet në strukturën mjekësore të zgjedhur. Një numër i dedikuar telefoni tanë për SHBA-së, një tarifë prej 25% të kursimeve të përgjithshme të përfuturara në këtë proces. Partnerët tanë të tjerë rajonalë do të ngarkojnë tarifatat e tyre të rasteve të lidhura që do të përcaktohen në vlerësimin fillestar të kostos që i jepet anëtarit.) Anëtarit do të mbajë përfundim të kursimeve shtesë të negociuara nga MediGuide Provider. MediGuide nuk bën asnjë garanci në lidhje me ndonjë shërbim të tillë të kryer nga ndonjë Sigurues MediGuide dhe nuk do të jetë përgjegjës në lidhje me ndonjë akt apo mosveprim nga ndonjë Ofrues i tillë në lidhje me dhe/ose që del nga çdo shërbim ose kujdes i kryer ose i bërë për një Anëtar sipas rrethave të kontraktuara dhe/ose negociatave të drejtëpërdrejta. MediGuide, në të mirë të afësive të saj, do të sigurojë që të gjithë Ofruesit që janë të angazhuar nga MediGuide, janë organizata të njohura ndërkombëtare dhe të besueshme.

**Ulja e kostos & Administrimi i Rasteve** - MediGuide do të lehtësojë, nëpërmjet Ofruesve të saj, administrimin e rasteve të proceseve mjekësore në bashkëpunim të ngushtë me anëtarin. MediGuide do të organizojë, nëpërmjet Partnerit të saj, një shërbim të uljes së kostove nga koha e pranimit, me qëllim që të mbikqyrë të gjitha tarifat gjatë trajtimit janë në përputhje me tarifat e pranuar dhe sipas trajtimit aktual të ofruar. MediGuide Provider do të paguajë të gjithë ofruesit e kërkuar në këtë proces dhe do të kompensohet me një tarifë menaxhimi – (për partnerët tanë të SHBA-së, një tarifë prej 25% të kursimeve të përgjithshme të përfuturara në këtë proces. Partnerët tanë të tjerë rajonalë do të ngarkojnë tarifatat e tyre të rasteve të lidhura që do të përcaktohen në vlerësimin fillestar të kostos që i jepet anëtarit.) Anëtarit do të mbajë përfundim të kursimeve shtesë të negociuara nga MediGuide Provider. MediGuide nuk bën asnjë garanci në lidhje me ndonjë shërbim të tillë të kryer nga ndonjë Sigurues MediGuide dhe nuk do të jetë përgjegjës në lidhje me ndonjë akt apo mosveprim nga ndonjë Ofrues i tillë në lidhje me dhe/ose që del nga çdo shërbim ose kujdes i kryer ose i bërë për një Anëtar sipas rrethave të kontraktuara dhe/ose negociatave të drejtëpërdrejta. MediGuide, në të mirë të afësive të saj, do të sigurojë që të gjithë Ofruesit që janë të angazhuar nga MediGuide, janë organizata të njohura ndërkombëtare dhe të besueshme.

**Kostoja për të gjitha shërbimet e mësipërme** -me përjashtim të Opinioneit të Dytë Mjekësor dhe shërbimeve të përkthimit- do të përballohet nga Anëtarit.

**Përkufizimet.** Siç përdoret në këtë Marrëveshje, termat e mëposhtëm do të kenë kuptimet e deklaruara më poshtë: 1. Mjeku personal do të thotë mjeku që ka marrë pjesë lokalisht në nevojat mjekësore përkatëse të Anëtarit dhe është zakonisht mjeku profesionist që ka qenë i përfshirë në diagnostikimin e parë të gjendjes mjekësore përkatëse për Anëtarin. 2. Ditë pune do të thotë çdo ditë e cila nuk është as e shtunë, e diel dhe as festë ligjore në Shtetet e Bashkuara të Amerikës dhe vendet pjesëmarrëse të SIGAL Insurance Group. 3. Orë pune duhet të përcaktohen si orët e zakonshme të funksionimit të biznesit në vendin e banimit të Anëtarit. Zakonisht, kjo përfshin të hënën, të martën, të mërkurën, të enjtën dhe të premten, përgjithësisht midis orës 09:00 dhe 20:00, me përjashtim të festave të ligjshme. 4. Informacion konfidencial do të thotë (i) çdo informacion që Pala diktuese e identifikon me shkrim si pronësi dhe/ose konfidencial, ose (ii) çdo informacion që, për nga natyra e rrethanave, duhet të trajtohet në mirëbesim si pronar dhe/ose konfidencial dhe (iii) informacioni mjekësor, financiar dhe personal i një anëtarit. 5. Diagnozë do të thotë përfundimet e shkruara të arritura nga një Mjek i licencuar, i cili ka shqyrtuar fizikisht Anëtarin. Një diagnozë duhet të përfshijë emrin e sëmundjes ose të gjendjes së dyshuar mjekësore. 6. Të dhëna mjekësore Zakonisht, ato përfshijnë një përmbledhje të shkruar të diagnozës kryesore, një përvojë të metodës së rekomandimit të trajtimit, si dhe materiale shoqëruese të tilla si rrezet X, blloqet patolojike diapozitivat, të dhënat e imazherisë kompjuterike, rezultatet e testeve laboratorike dhe informacion shtesë të arritur nëpërmjet vlerësimit klinik. 7. Pronësi intelektuale do të thotë çdo markë markë, markë shërbimi, proces, emër tregtie, të drejtën e autorit, patentë, sekret tregtar ose pronësi të tjera intelektuale në pronësi ose të zhvilluar nga SIGAL Insurance Group ose MEDIGUIDE. 8. Programi i opinionit të dytë mjekësor MediGuide do të thotë tërësia e Shërbimeve të asistencës që janë në dispozicion anëtarëve. 9. Anëtar do të thotë i siguruar i SIGAL Insurance Group. Ky është një individ i cili është i regjistruar në Programin e Opinioneit të Dytë Mjekësor MediGuide për shkak të marrëdhënies së tyre me SIGAL Insurance Group. 10. Mjek do të thotë një profesionist mjekësor që mban licensat dhe certifikimet e nevojshme për t'u praktikuar në Shtetet e Bashkuara ose në një juridiksion të huaj. 11. Gjëndje mjekësore kualifikuese do të thotë një sëmundje ose gjendje mjekësore që e kualifikon një anëtar të marrë Shërbimet në dispozicion në kuadrin e Programit të Opinioneit të Dytë Mjekësor MediGuide. 12. Opinion i dytë Mjekësor do të thotë mendim i shkruar i një mjeku që praktikon profesionin në një Qëndër mjekësor të specializuar, i cili jepet për të ndihmuar anëtarin dhe Mjekun Personal të anëtarit në lidhje me diagnozën dhe planin e sugjeruar të trajtimit. 13. Shërbime do të thotë ato shërbime që MEDIGUIDE do t'u ofrojë anëtarëve në bazë të kësaj Marrëveshjeje. 14. Masa e shërbimit do të thotë angazhimi që MEDIGUIDE bën ndaj Anëtarëve në lidhje me mënyrën e ofrimit të shërbimeve. 15. Qendra Mjekësore botërore të Specializuara do të thotë një strukturë e kujdesit shëndetësor që njihet gjerësisht dhe identifikohet në ofrimin e kujdesit të specializuar mjekësor që njihet brenda komunitetit të gjerë mjekësor si shumë respektuar në fushat e tij të kujdesit klinik. 16. Familje: do të thotë i siguruarit, partneri i të siguruarit dhe fëmija ose fëmijët e tyre. Nëse ata kanë fëmijë nga një martesë e mëparshme që janë duke jetuar (edhe pjesërisht) nën të njëjtën çati, atëherë ato do të jenë të mbuluara gjithashtu. Nuk ka kufi për numrin e fëmijëve dhe as nuk ka kufizim moshe për aq sa fëmijët jetojnë nën të njëjtën çati si prindërit e tyre ose janë studentë me kohë të plotë. 17. Familje e zgjeruar: do të thotë i siguruarit, partneri i të siguruarit dhe fëmija ose fëmijët e tyre. Nëse ata kanë fëmijë nga një martesë e mëparshme që jetojnë (edhe pjesërisht) nën të njëjtën çati, atëherë ata do të jenë të mbuluara gjithashtu. Nuk ka kufi për numrin e fëmijëve dhe as nuk ka ndonjë kufizim moshe për sa për aq sa fëmijët jetojnë nën të njëjtën çati si prindërit e tyre ose janë studentë me kohë të plotë. prindërit e të dy bashkëshortëve janë përfshirë në program gjithashtu (nuk ka nevojë të jetojnë nën të njëjtën çati).

including, but not limited to, arranging ground transportation, coordinating medical evaluations, and hotel arrangements. 7. Any other services that may be necessary and agreed upon in writing by the Member and MediGuide.

**Transportation and Accommodation Services** - In the event that the Member is referred for treatment at one of our Leading Global Medical Centers, or at any other medical facility in a region where the MediGuide Provider has experience, the MediGuide Provider will, upon the Member's request, assist in arranging travel, including air, ground, or sea transportation in Business Class. The MediGuide Insurer will be responsible if the expenses exceed the limits of the insurance policy in force. Neither MediGuide nor the MediGuide Insurer can be held liable for the cancellation or delay of any scheduled public event.

**Repatriation of Mortal Remains:** - In the event of the Member's death, the MediGuide Insurer will arrange for the return of the Member's mortal remains to their Country of Residence or will organize the funeral or cremation if the body is buried or cremated in the Country of death.

**Translation Services** - The MediGuide Provider will offer telephone translation services accessible to the Member and/or their companion during the Member's admission to the selected medical facility. A dedicated phone number for the translator will be provided to the Member prior to their travel. Telephone translation is available for interpreting medical terms during the Member's treatment period. The insured may also use this service in other situations where it may be useful.

**Cost Reduction & Case Management** - MediGuide will facilitate, through its Providers, the management of medical case processes in close cooperation with the Member. MediGuide will arrange, through its Partner, a cost-reduction service from the time of admission, to ensure that all fees charged during treatment comply with accepted rates and correspond to the actual medical services provided. The MediGuide Provider will pay all providers involved in this process and will be compensated with a management fee — (for our U.S. partners, a fee of 25% of the total savings achieved through this process. Our other regional partners will charge their respective case-related fees, as determined in the initial cost estimate provided to the Member). The Member will retain the benefit of any additional savings negotiated by the MediGuide Provider. MediGuide makes no warranties regarding any service performed by any MediGuide Insurer and will not be held liable for any act or omission by such a Provider relating to and/or arising from any service or care rendered to a Member under contracted networks and/or direct negotiations. MediGuide will, to the best of its ability, ensure that all Providers engaged by MediGuide are internationally recognized and reputable organizations.

**The cost for all the above-mentioned services** — except for the Medical Second Opinion and translation services — shall be borne by the Member.

**Definitions** - As used in this Agreement, the following terms shall have the meanings stated below: 1. Personal Physician means the doctor who has locally attended to the Member's relevant medical needs and is usually the professional who was involved in the initial diagnosis of the Member's medical condition. 2. Business Day means any day that is not a Saturday, Sunday, or legal holiday in the United States of America or in the participating SIGAL Insurance Group countries. 3. Business Hours shall be defined as the regular operating hours of business in the Member's country of residence. Typically, this includes Monday through Friday, generally between 09:00 and 20:00, excluding legal holidays. 4. Confidential Information means (i) any information that the Disclosing Party identifies in writing as proprietary and/or confidential, or (ii) any information that, by its nature or circumstances, should in good faith be treated as proprietary and/or confidential, and (iii) any medical, financial, and personal information of a member. 5. Diagnosis means the written conclusions reached by a licensed physician who has physically examined the Member. A diagnosis must include the name of the disease or suspected medical condition. 6. Medical Records usually include a written summary of the primary diagnosis, an outline of the recommended treatment method, and supporting materials such as X-rays, pathology slides/blocks, computer imaging data, laboratory test results, and additional information obtained through clinical assessment. 7. Intellectual Property means any trademark, service mark, process, trade name, copyright, patent, trade secret, or other intellectual property owned or developed by SIGAL Insurance Group or MEDIGUIDE. 8. MediGuide Medical Second Opinion Program means the entire set of assistance services available to members. 9. Member means the insured person of SIGAL Insurance Group. This is an individual enrolled in the MediGuide Medical Second Opinion Program through their relationship with SIGAL. 10. Physician means a medical professional who holds the necessary licenses and certifications to practice in the United States or in a foreign jurisdiction. 11. Qualifying Medical Condition means an illness or medical condition that qualifies a member to receive the Services available under the MediGuide Medical Second Opinion Program. 12. Medical Second Opinion (MSO) means the written opinion of a physician practicing in a specialized medical center, provided to assist the member and the member's Personal Physician regarding the diagnosis and proposed treatment plan. 13. Services means those services that MEDIGUIDE will provide to members under this Agreement. 14. Level of Service means the commitment MEDIGUIDE makes to Members regarding the manner in which services are provided. 15. Specialized Global Medical Center means a healthcare facility widely recognized and identified for providing specialized medical care that is respected within the broader medical community for excellence in its clinical fields. 16. Family means the insured person, their partner, and their child or children. If they have children from a previous marriage who live (even partially) under the same roof, they are also covered. There is no limit on the number of children or age restriction, as long as the children live under the same roof as their parents or are full-time students. 17. Extended Family means the insured person, their partner, and their child or children. If they have children from a previous marriage who live (even partially) under the same roof, they are also covered. There is no limit on the number of children or age restriction, as long as the children live under the same roof as their parents or are full-time students. The parents of both spouses are also included in the program (they do not need to live under the same roof).



