

KONTRATË E SIGURIMIT SHËNDETËSOR NË GRUP

E lidhur në Prishtinë, me datë _____ ndërmjet palëve kontraktuese:

1. Kompania e Sigurimeve “**SIGAL UNIQA GROUP AUSTRIA**” sh.a. në Prishtinë, adresa Rr. Pashko Vasa, Pejton, me numër unik 811291484 dhe numër tvsh 330028565 përfaqësuar nga **Perparim Drini-Kryeshef Ekzekutiv**, (i quajtur më poshtë “Siguruesi/SIGAL”), dhe
2. _____, adresa _____, me numër unik _____ përfaqësuar nga **z. _____** – Drejtor (i quajtur më poshtë “Kontraktuesi/Policëmbajtësi”).

PËRMBAJTJA E KUSHTEVE TË KONTRATËS

A. Kushtet e Përgjithshme

Neni 1 – Parashikime të përgjithshme

Neni 2 - Objekti i sigurimit

Neni 3 – Përcaktime

B. Sigurimi

Neni 4 – Përfitime

Neni 5 - Persona të Siguruar

Neni 6 - Territori i mbulimit në sigurim

Neni 7 - Përfjashtime të mbulimit në sigurim

Neni 8 - Mbulimi nga palë të treta

C. Shpenzimet

Neni 9 - Shpenzime të siguruara

D. Kërkesa për Demshperblim

Neni 10 - Autorizimi paraprak

Neni 11 - Raportimi i kërkesës për demshperblim/proçedura e trajtimit të demit

Neni 12 - Pagesa e primit

Neni 13 - Periudha e lejuar e vonesës

Neni 14 - Modifikimi i primit

E. Kohezgjatja, Pezullimi dhe Perfundimi

Neni 15 - Kohëzgjatja e kontratës

Neni 16 – Pezullimi i kontratës së sigurimit

Neni 17 – Tërheqja nga sigurimi apo ndërprerja e sigurimit

Neni 18 - Vendosja për pranim në sigurim

Neni 19 - Minimizimi i shpenzimeve

F. Te ndryshme

Neni 20 - Sekret i mjekësor

Neni 21- Pëlqimi i të Siguruarit/Policëmbajtësit për përpunimin e të dhënave personale

Neni 22 - Kufizimet e sanksioneve dhe klauzola përjashtuese

Neni 23 - Detyrimi për informim

Neni 24 - Mesazhe dhe adresa

Neni 25 - Kalimi (cedimi) i të drejtave

Neni 26 - Shkelja e detyrimeve kontraktuale

Neni 27 - Juridiksioni

Neni 28 - Dispozita të fundit

Neni 29 – Anekset

KUSHTET E PËRGJITHSHME TË SIGURIMIT TË SHËNDETIT NË GRUP

A. KUSHTET E PËRGJITHSHME

Neni 1 – Parashikime të përgjithshme

Sigurimi i shëndetit bazohet në:

- a) këto Kushte të Përgjithshme Sigurimi (këtu më poshtë do të quhen ‘Kushtet e Përgjithshme’), në kushte shtesë, si edhe ne parashikimet e policës së sigurimit dhe shtesa të saj;
- b) Legjislacionin e Kosovës për çështjet që nuk parashikohen në paragrafin a);
- c) Deklarimet me shkrim të bera nga aplikanti në kërkesën për sigurim dhe në dokumente të tjera përkatëse.

Neni 2 - Objekti i sigurimit

Në përputhje me parashikimet e kushteve të përgjithshme dhe kategoritë e kufijtë e përcaktuar në Listën e Përfitimëve, shoqëria e sigurimeve SIGAL sh. a, Rr. Pashko Vasa p.n, Prishtine (këtu më poshtë do të quhet ‘SIGAL’) do të paguajë/rimbursojë shpenzimet e trajtimit mjeksor që bëhet i domosdoshëm për shkak të sëmundjes, aksidentit, shtatëzanisë&lindjes dhe kujdesit parandalues.

Neni 3 - Përcaktime

Aksident – një ngjarje e papritur dhe e paparashikuar që ndodh pa vullnetin e të Siguruarit, e identifikueshme për sa i përket kohës dhe vendit të ndodhjes, që ka impakt trupor të drejtpërdrejtë të jashtëm dhe të dhunshëm mbi të Siguruarin; do të konsiderohet aksident edhe helmimi akut i pavullnetshëm ose djegie e pavullnetshme që vijnë si shkak i gëlltitjes ose rënies në kontakt me substance toksike ose gërryese dhe gazrave apo avujve toksik, përveç sëmundjeve profesionale; goditjes elektrike (ku përfshihet edhe goditja nga rrufeja); asfiksia, mbytja, ngrirja, goditja nga dielli përshirë dhe plagët e shkaktuara nga rrezet ultraviolette por jo djegia nga dielli; shkëputjet ose ndrydhjet muskulare që vijnë si shkak i sforcimit fizik; trazirat civile masive apo aktet terroriste, me kusht që i siguruari të mos ketë marrë pjesë aktive në to; rastet e infeksioneve të shkaktuara nga plagët e një aksidenti, si dhe infeksionet nga tetanozi apo tërbimi; rëniet nga lartësitë;

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

Gjendje Para-ekzistuese – quhet cdo gjendje, sëmundje, plagë, gjendje e lindur dhe/apo gjendje kronike;

Emergjencë - gjendje që mund të konstatohet në rast aksidenti, ose fillimi apo përkeqësimi papritmas i një sëmundjeje të rëndë që rezulton në një gjendje mjeksore që kërcënon në mënyrë të menjëherëshme shëndetin, duke kërkuar në këtë mënyrë marrjen e masave mjeksore urgjente.

Evakuim Mjekësor / Transporti Mjekësor Rrugor- mbulohet kur i siguruari ka nevojë për percjellje mjekësore sipas raportit mjekësor ose në rast emergjencash mjekësore. Limiti i mbulimit për evakuim mjekësor/transport mjekësor rrugor është i përcaktuar në listën e mbulimeve.

Komplikime të shtatëzanisë – quhen gjendje shendetësore që përfshin abortin me indikacion të mjekut, shtatzanine ektopike, fetus mortuum in utero, hemorragjite e paslindjes, retensioni placentar, rakturë dhe inversioni uterin;

Patologji gjatë shtatëzanisë – gjendje kur shtatzania nuk ndërpritet, diagnoza e të cilës është e dallueshme nga shtatzania, përkeqësohet nga shtatzania por nuk shkaktohet nga ajo;

Kujdesi parandalues - përfshin të gjitha masat para shfaqjes të simptomave të sëmundjes për të parandaluar sëmundjen apo plagosjen, p.sh. vaksinimet dhe kontrollet e zakonshme mjekësore;

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

Kujdesje të zakonshme shtatzanie – do të quhen të gjitha përkujdesjet e zakonshme për shtatzaninë dhe lindjen duke përfshirë këtu kujdesin para, gjatë lindjes dhe 40 ditë pas lindjes, shpenzimet e spitalit, të mjekut obstetër dhe të mamisë për një lindje normale, limiti i shpenzimeve të shtatëzanisë dhe lindjes është i përcaktuar për ngjarje të siguruar;

Kufiri i mbulimit – është shuma maksimale që Siguruesi do të paguajë gjatë periudhës së sigurimit për çdo trajtim apo kujdes të mbuluar nga kjo policë;

Mjek – do të quhet çdo ushtrues i profesionit mjekësor që ka një diplomë të njohur nga shteti, apo një diplomë të barazvlefshme ndërkombëtare, për ushtrimin e profesionit mjekësor;

Ofrues Shërbimesh Mjekësore – quhet një individ, qendër mjekësore, apo organizatë e licënsuar profesionalisht dhe që i ofron shërbime mjekësore pacientëve. Mjekët, spitalet, klinikat, farmacitë, infermieret, mamitë, terapistët fizikë, dhe laboratorët quhen ofrues shërbimesh mjekësore;

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

Periudha e Pritjes - do të quhet një periudhë kohe që nga data e fillimit të mbulimit në sigurim, gjatë të cilës polica e sigurimit nuk mbulon shpenzimet mjekësore të kryera në këtë periudhë. Nuk do të kualifikohet për ndonjë përfitim nga kjo policë cdo 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 - është periudha e vlefshmërisë së kontratës së sigurimit, e cila përcaktohet në Policën e sigurimit dhe nuk mund të jete më e gjatë dhe më e shkurtë se një vit, përveç nëse siguruesi vendosë ndryshe;

Pjesa e zbritshme – pjesa e parë e një shpenzimi të mbuluar që duhet të paguhet nga i siguruari, pjesa tjetër e të cilës paguhet nga SIGAL;

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;

Sëmundje – quhet përkeqësim i paqëllimshëm i gjendjes shëndetësore, e diagnostikuar nga një mjek, që nuk është rrjedhojë e një aksidenti. Komplikacionet që zhvillohen gjatë shtatëzanisë ose lindjes konsiderohen sëmundje;

Shtatzani – quhet 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 qendër e licënsuar për të shërbyer si qendër mjekësore apo kirurgjike nga organet përkatëse të vendit ku ndodhet, qëllimi i të cilës është kujdesi në mjediset e saj të të sëmurëve dhe të plagosurve, ku pacienti është nën kujdesin e vazhdueshëm të një mjeku dhe ku mbahen të dhënat mbi problemet shëndetësore të tij. SPA-të, Hidro Klinikat, Institutet e Rihabilitimit, dhe Azilet për të moshuarit nuk do të konsiderohen si spitale.

Trajtim - do të quhet 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;

Trajtim dentar emergjent – quhet çdo trajtim dentar që kryhet në një klinikë ose kirurgji dentare për të lehtësuar dhembjen ose për të rregulluar dëmtimet e shkaktuara nga një aksident. Trajtimi dentar emergjent duhet të kryhet brenda 24 orësh nga fillimi i simptomave.

Trajtimet optike – nënkuptojnë kontrolla mjekësore dhe një palë xhamat e syzave me dioptri (me qese), brenda dy viteve të sigurimit.

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 – quhet çdo qëndrim mbi 24 orë të njëpasnjëshme në një spital, si pasojë e këshillës, dhe nën mbikëqyrjen dhe kujdesin e një mjeku;

Fizioterapi – mbulohet në rastet kur është e rekomanduar nga mjeku specialist, si pasojë e ndonjë sëmundje apo aksidenti.

B. SIGURIMI

Neni 4 – Përfitime

Përfitimet nga ky sigurim përcaktohen në policë/listen e përfitimeve si dhe në shtojcat e saj.

Kjo policë (kontrate) mbulon shpenzimet për trajtime të cilat njihet se kanë aftësi diagnostikuese, stabilizuese apo përmiruese dhe të cilat janë të nevojshme nga ana mjekësore.

Kjo policë (kontrate) mbulon shpenzime që janë të zakonshme dhe të arsyeshme për përkuqdesjen sipas institucionit shëndetësor të vendit ku jepet shërbimi. Në rast se SIGAL gjykon që shpenzimet janë të tepruara, SIGAL ruan të drejtën të paguajë vetëm një shumë që e quan të zakonshme dhe të arsyeshme

për trajtimin e dhënë. **Ne rast se ka dallime (ndryshime), ne mes te listes se perfitimeve dhe kushteve te pergjithshme, mbizotron lista e perfitimeve.**

Neni 5 - Persona të Siguruar

- a) Personat e Siguruar janë të gjithë individët e pranueshëm për mbulim në sigurim, të dhënat e të cilëve janë renditur në policën origjinale të sigurimit dhe në shtojcat e saj, si dhe për të cilët është paguar primi përkatës i sigurimit. Nuk do të pranohen në sigurim të gjithë ata individë që kanë mbushur 65 vjeç.
- b) Mund të bëjnë pjesë në grup edhe anëtarët e familjes të të siguruarve për të cilët paguhet primi përkatës i sigurimit.
- c) Sigurimi i te porsalindurve mund te behet nga mosha 3 mujore, dhe duhet të paraqitet fleteleshimi nga spitali ku pershkruhet gjendja shendetesore.

Neni 6 - Territori i mbulimit në sigurim

Sigurimi do të jetë i vlefshëm brenda kufijve të zonës gjeografike të përcaktuar në Listën e përfitimeve dhe Policën e Sigurimit.

Neni 7 - Përjashtime të mbulimit në sigurim

Ngjarjet, aksidentet apo sëmundjet të cilat nuk mbulohen në sigurim janë si më poshtë:

- a) shpenzimet mjekësore për gjendjet paraekzistuese, gjendjet e lindura dhe gjendjet kronike sipas përcaktimit “Gjendje Paraekzistuese Neni 3”.
- b) gjendje apo sëmundje që shkaktojnë apo janë si pasojë e infarktut akut apo atak kardiak dhe/ose ka bërë ndërhyrje në zemër përpara periudhës së sigurimit.
- c) pasojat e sëmundjeve apo aksidenteve që rrjedhin nga një veprim i qëllimshëm i të siguruarit, si për shembull vetplagosja, vetvrasja, pavarësisht nga shëndeti mendor i të siguruarit, ose një përpjekje e dukshme e keqtrajtimin të vetvetes;
- d) sëmundje ose aksidente gjatë kohës që i siguruari është në shërbim ushtarak brenda apo jashtë shtetit, apo është anëtar vullnetar i forcave ushtarake gjatë luftës,
- e) pasojat e plagëve apo lëndimeve që rrjedhin nga pjesëmarrja 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,
- f) kontrolli si dhe/ose trajtimi i kërkuar si pasojë e pjesëmarrjes profesionale në sporte, ose sporte të rrezikshme,
- g) aksidentet e transportit ajror kur i siguruari ndodhet në një mjet fluturues pa një certifikatë të vlefshme fruturimi dhe/ose që drejtohet nga një drejtuesi i paafte – i palicencuar për të drejtuar mjetin fluturues,
- h) plagët apo lëndimet e shaktuara 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;
- i) 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 përveçse në rast se i siguruari ka vepruar për tu vetembrojtur;
- j) kurat e rinisë, ndërhyrjet/trajtimet estetike apo bukurisë nuk do të mbulohen me përjashtim të kirurgjisë plastike nëse është e nevojshme si pasojë e një rreziku të mbuluar apo si pasojë e një aksidenti apo sëmundjeje të ndodhur vetëm për përmirësimin e gjendjes shëndetësore,
- k) sëmundje apo aksidente që rrjedhin drejtpërdrejt nga krime apo veprimtari të kundërligjshme të kryera në mënyrë të vetëdijshme; si dhe nga veprimtari të kundërligjshme të kryera nga pakujdesia ose mendjehetësia e të siguruarit apo kur i siguruari e ka sjellë veten në gjendje të pavetëdijshme;
- l) pasojat e ngjarjeve gjatë një periudhe lufte, përveçse nëse ndodhin brenda 30 ditëve nga fillimi i veprimeve luftarake në vendin ku po qëndron për një kohë të shkurtër i siguruari dhe i siguruari është zënë në befasi nga këto ngjarje,
- m) dëmtime të shëndetit si pasojë e rrezatimit jonik si dhe rreziqeve të energjisë bërthamore në rast aksidenti;

- n) kontraceptivet dhe 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, kujdesi, hetimi dhe trajtimi i sëmundjeve transmissive seksuale, duke përfshirë këtu edhe HIV/AIDS;
- o) aborti artificial pa indikacion mjekësor dhe aborti për qëllime të planifikimit familjar;
- p) shpenzime mjekësore për hetimin, diagnostifikimin, ekzaminimin dhe trajtimin e anomalive, çrregullimeve gjenetike dhe sëmundjeve për fetusin, frytin dhe të porsalindurin.
- q) analizat laboratorike: testi i intolerancës në ushqim (testi i përgjithshëm i ushqyeshmerisë),
- r) lëndimet si pasojë e aksidentit të shkaktuar ose pësuar nën ose nga ndikimi i alkoolit, drogave ose substancave tjera psikotrope ose narkotike;
- s) lëndimet ose pasojat e shkaktuara nga konsumimi i alkoolit, përdorimi i drogave apo substancave të tjera abuzive.
- t) sëmundjet nervore, sëmundje mendore (epilepsi, depresion, neurozë, sklerozë të shumëfishtë dhe sëmundje tjera të ngjashme nervore/mendore);
- u) shpenzimet mjekësore për pandemitë dhe epidemitë të shpallura si të tilla nga Organizata Botërore e Shëndetësisë, Qeveria e Republikës së Kosovës ose institucionet tjera relevante shëndetësore në Kosovë të autorizuara me ligj ose nëse të njëjtat janë të përcaktuara si të tilla me legjislativën në fuqi për sëmundjet ngjithëse në Kosovë.
- v) sëmundjet infektive kronike;
- w) përkujdesi ndaj alkoolizmit, varësisë ndaj drogave, lëndëve të tjera që shkaktojnë varësi dhe çdo pasojë e drejtpërdrejtë ose jo e drejtpërdrejtë e tyre;
- x) kornizat e syzave, xhamat pa dioptri, xhamat pa qese optike, xhamat e luksit, lentet, kirurgjia radiale keratomike në rast miopie, astigmatismi, hipermetropi, presbyopi, trajtimi i kataraktës, intervenimet si pasojë e komplikimeve të diabetit; trajtimi laserik, dhe të gjitha llojet e intervenimeve optike, preparatet jomedicinale, pikat jomedicinale për sy (lot artificial, lubrikantë të syve), etj;
- y) paisjet ortopedike,
- z) të gjitha trajtimet dentare jo-emergjente, implantet dentare, trajtimet ortodontike/protezat, kurorat, urat, fluorizimi dhe të gjitha llojet e intervenimeve dentare, maksillofaciale etj;
- aa) trajtimi i obezitetit (mbipeshes) dhe diabetit,
- bb) insuficienca e veshkëve dhe dializa;
- cc) të gjitha barërat për sëmundje kronike, sëmundje të lindura, barnat komplementare (vitaminat, multivitaminat, vaj peshku, shtesa ushqimore, suplemente, mineralet, çajra, etj) , si dhe barërat me përbërje bimore;
- dd) vaksinat për alergji dhe sëmundje kronike, të lindura;
- ee) preparatet efektiviteti i të cilave nuk është dëshmuar shkencërisht dhe që nuk është pranuar botërisht në mjekësi si p.sh. aplikimi i PRP-se (dhënia e injeksioneve në nyjet trupore me përmbajtje suplementare dhe komplementare), glukozaminë, kondroitinë sulfati (p.sh. Jointace), etj.
- ff) shpenzimet e kiropraktikës.
- gg) shpenzimet e të gjitha formave të transportit, përveç shpenzimeve për transport me autoambulancë kur është e domosdoshme përcjellja profesionale mjekësore deri te spitali i parë që e ofron ndihmën e parë, sipas limitit të përcaktuar në listën e mbulimeve.
- hh) logopedia dhe mësimdhënia përmirësuese (rehabilituese), trajtim psikologjik dhe behaviour treatment;
- ii) heqja e nevusave (bengave) dhe lythave me dëshirë të klientit pa indikacion mjekësor;
- jj) të gjitha shpenzimet për trajtim dhe egzaminim të përsëritur për diagnozë të njëjtë, në formë të mendimit të dytë mjekësorë, që nuk është kërkuar nga mjeku paraprak;
- kk) synetia;
- ll) siguruesi nuk paguan për aparate që shërbejnë për kujdesje trupore dhe të sëmuarëve si p.sh: kepuce ortopedike, shtojca ortopedike, aparat për ndëgjim, qorape kompresive(elastike) aparat frymëmbor, pompa qumshiti, dush për gojë, qese për akull, jastek korenti, termometer, aparat për matje të tensionit, të glikemisë, lancetat, produkte kozmetike dhe mjete tjera për kujdesje trupore;

- mm) shpenzimet mjekësore si pasojë e fatkeqësive natyrore, aksidenteve ekologjike, aksidenteve industriale dhe fatkeqësive tjera sipas definimit ligjor të përcaktuar me ligjin në fuqi në Kosovë për mbrojtje nga fatkeqësitë natyrore dhe fatkeqësitë tjera;
- nn) shpenzimet mjekësore si pasojë ose rezultat i alkoolit ose alkoolizmit;
- oo) shpenzimet jomjekësore për shembull shpenzimet për telefon privat, perkthimi i dokumentacionit mjekësor dhe të tjera nuk do të mbulohen.
- pp) riintervencimet kirurgjike si pasojë e gabimeve mjekësore nuk do të mbulohen;
- qq) transplantit i organeve ;
- rr) shpenzimet e sherbimeve mjekësore që kerkohen nga institucionet e ndryshme publike e private si pershembull qerdhet, shkollat, autoshkollat, inspektoratet etj.
- ss) bazuar ne listen e perfitimeve, ne pakon standard nuk jane te mbuluara trajtimet dentare, optike, fizioterapi, ndegjimi, kujdesi gjate shtatzanise, lindja dhe trajtimet ambulatore.

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, 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 siguruara

Sipas përcaktimeve të Listës së Përfitimeve dhe kushteve këtu, SIGAL do të paguajë shpenzimet për përfitimet që synojnë të diagnostikojnë dhe të kurojnë sëmundje të mbuluara me kontrate dhe shpenzimet e mjekimit si pasojë e aksidentit personal.

Në këto përfitime përfshihen:

- a) kontrole, trajtime dhe kujdesje në vendbanimin e pacientit, në një spital apo qendër mjekësore nga mjekë dhe specialistë që janë të autorizuar dhe të aftë të japin kujdes mjekësor;
- b) analizat laboratorike të pershkruara nga mjeku përkatës (e domosdoshme diagnoza udhezuese, indikacionet mjekësore apo të dhenat anamnestike), përveq analizave check up të cilat mbulohen pa pershkrim të mjekut (sipas kushteve të kontrates);
- c) testi i intolerances ne substance të caktuara për sëmundje (patologji) të rekomanduara nga mjeku specialist;
- d) masa rehabilitimi të ndërmarra, apo të këshilluara nga një doktor;
- e) qëndrimi dhe trajtimi në një spital apo klinikë private brenda territorit të mbulimit të përcaktuar në Policë;
- f) rimbursim të shpenzimeve të transportit dhe të shpëtimit kur janë të nevojshme nga ana mjekësore sipas limitit të përcaktuar në listen e mbulimeve;
- g) shpenzimet rutinë për kujdesin gjatë shtatzanisë (për të gjithë planet e reja të sigurimit si dhe për të gjithë të siguarit e rinj do të zbatohet një periudhë pritjeje prej 10 muajsh);
- h) pasojat e plagëve apo lëndimeve që rrjedhin nga pjesëmarrja jo profesionale në sporte;
- i) shpenzimet për abort mbulohen vetëm në rast të abortit me indikacione mjekësore (përfshijë planifikimin familjar), deri në shumën prej 500€. Aborti hyn në kuader të kujdesit gjatë shtatzanisë dhe lindjes sipas limiteve në pakon.
- j) 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 ta drejtuar;

- k) trajtimi fizioterapeutik mbulohet vetëm nëse përshkruhet nga mjeku specialist dhe kryhet brenda qendrës mjekësore specialistike dhe jo në qendrat si SPA-të, Hidro Klinikat, Institutet e Rihabilitimit, dhe Azilet për të Moshuarit;
- l) trajtimi dentar emergjent -do të mbulohet trajtimi që kryhet në një klinikë ose kirurgji dentare për të lehtësuar dhembjen ose për të rregulluar dëmtimet e shkaktuara nga një aksident, siq janë shërimi i gangrenës, shërimi i pulpitit, plombimi me anestezion, ekstraktimi (nxjerrja e dhëmbit) me anestezion, RTG, ekzaminimi i vitalitetit të dhëmbit. Në raste të dyshimta do të kërkohej ortopani dhe vizita te mjeku specialist i caktuar nga siguruasi;
- m) trajtimi optik do të mbulojë shpenzimet për kontrolla, ekzaminime mjekësore dhe një palë xhama optike te syzave (me qese), brenda dy viteve te sigurimit. Mbuloohen këto lloje të xhamave: fokale, bifokale, me anti-refleks dhe cilindrik. Në rast dyshimi per parregullesi mund të kërkohej verifikimi i xhamave drejtpërdrejt tek siguruasi;
- n) në kuadër të trajtimit emergjent do të mbulohet vetëm trajtimi mjeksor nga një mjek i përgjithshëm ose mjek specialist ose shtrimi në spital brenda 24 orëve nga ndodhja e ngjarjes që shkakton emergjencën;
- o) në kuadër të kujdesit parandalues, do të mbulohet:
 - një kontroll rutinore, mamogram dhe/ose nje PAP test, një ekzaminim i prostatës (PSA) brenda vitit sigures e cila rimburohet 80%.

Kontrulli rutinor, të cilën I siguruari mund t'a kryejë pa përshkrimin e mjekut specialist, do të përfshijë dhe kufizohet në analizat më poshtë:

Femra nën 45 vjeç

1. Gjak – komplet,
2. Urinë – komplet,
3. Echo gjiri,
4. PAP Test.

Meshkuj nën 50 vjeç

1. Gjak – komplet,
2. Urinë – komplet,
3. Grafi e mushërive,
4. Lipidogram,
5. EKG,

Për të dy gjinitë/moshat

1. Urea,
2. Kreatinina,
3. Bilirubina,
4. AST
5. ALT,

Femra mbi 45 vjeç

1. Gjak – komplet,
2. Urinë – komplet,
3. Mamografi,
4. PAP Test,
5. Feçe gjak okult
- .
- .

Meshkuj mbi 50 vjeç

1. Gjak – komplet,
2. Urinë – komplet,
3. Grafi e mushkërive,
4. Lipidogram,
5. PSA
6. Feçe gjak okult
7. EKG

p) Periudhat pritëse

E aplikueshme për sigurimin e shëndetit vetëm për vitin e parë të sigurimit.

Të gjitha përfitimet që ofron policat do të jepen që nga dita e fillimit të sigurimit, përveç disa trajtimeve si më poshtë për të cilat do të zbatohet një periudhë pritëse, pas datës së fillimit të sigurimit:

- 1) 10 muaj per kujdesh gjate shtatzanise dhe lindja.
- 2) 6 muaj për radioterapi, kemioterapi, CT, MRI, PET-CT, CT koronarografi, koronarografi, densitometri të kockave, litotripsi, angiografi, radio-neurokirurgji, dhe operacion transuretral hipertermik
- 3) 3 muaj për fizioterapi.

Periudhat pritëse nuk zbatohen për rastet emergjente si pasoje e sëmundjes dhe aksidentit sipas limiteve të percaktuar në listen e perfitimeve.

Gjendjet paraekzistuese, gjendjet e lindura dhe gjendjet kronike nuk mbuloohen.

D.

KËRKESA PËR DËMSHPËRBLIM

Neni 10 – Periudha pritese dhe autorizimi paraprak

Autorizimi paraprak

Pas aplikimit te periudhes pritese per trajtimet mjekesore si ne vijim duhet te plotesohet dhe dergohet ne Sigal autorizimi paraprak.

- Trajtim për rastin e lindjes,
- Kontrollë mjekësore me skanim magnetic MRI, gjitha llojet e CT, Endoskopi,
- Intervenim kirurgjik,
- Trajtim me shtrim në spital,
- Trajtim në shtëpi (infermier),
- Analizat mbi 100€.

Autorizimi paraprak duhet të kërkohet përmes dorëzimit të kërkesës drejtpërdrejtë siguruesit, përmes postës, fax ose postë elektronike dhe duhet të ketë të bashkëngjitur të gjitha dokumentet mbështetëse përfshirë këtu formën e autorizimit paraprak, raportin mjekësor dhe një vlerësim paraprak të përafërt të shpenzimeve mjekësore.

Nëse shërbimi mjekësor merret jashtë rrejtit SIGAL, nga shuma totale për rimbursim do të zbritet edhe 30% e vlerës së kërkuar për rimbursim, pas aplikimit përcaktimeve si në paragrafin paraprak.

Në rast urgjence mjekësore, kur kujdesi duhet të jepet në mënyrë të menjëhershme, SIGAL duhet të njoftohet brenda 48 orëve për shpenzimet që përfitojnë mbulim.

Neni 11 - Raportimi i kërkeses per demshperblim/procedura e trajtimit te demit

I siguruari zotohet të bëjë gjithçka të mundur që do të ndihmojë në përcaktimin e natyrës dhe shkakun e një sëmundje apo pasojat e një aksidenti. Nëse i kërkohet, ai/ajo duhet të pranojë një kontroll mjekësor të kryer nga një mjek i zgjedhur nga SIGAL, duhet të pranojë të shtrihet në spital nëse përmirësimi shëndetësor varet nga kjo gjë dhe të sjellë cdo dokument plotësues që kërkohet nga SIGAL.

Ne rast te refuzimit nga i siguruari apo policmbajtësi te plotesimit te ketyre kushteve SIGAL ruan te drejten te refuzoje kerkesen perkatese per rimbursim.

I Siguruari duhet të kontaktojë një mjek brenda një periudhe kohë të arsyeshme pas një aksidenti apo shfaqjes së një sëmundje.

Të gjitha kërkesat për dëmshpërblim 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, raportet të detajuara për trajtimin e përfituar si dhe duhet të shoqërohen nga çdo dokument mbështetës që kërkon SIGAL. Fotokopjet nuk do të pranohen si dokumente të vlefshme. Të gjitha shpenzimet e nevojshme për keto dokumenta do të mbulojnë nga i Siguruari.

I Siguruari/kërkuesi i dëmshpërblimit mban përgjegjësi për saktësinë e kërkesës per demshperblim të paraqitur. Gjithashtu I Siguruari/kërkuesi duhet, me aq sa mundet, të vërtetojë që faturat i përkasin trajtimit të dhënë. Në rast se kërkesa për rimbursim nuk përmban kuponin fiskal/faturën e shpenzimeve mjekësore dhe/ose përshkrimin e mjekut/rezultatit e analizave për kryerjen e shërbimit përkatës mjekësor, e njejtë do të refuzohet në mënyrë të menjëhershme nga siguruesi. I Siguruari/kërkuesi duhet të ndihmojë SIGAL, ose shoqërinë e asistencës së zgjedhur nga SIGAL që të marrë të dhënat e nevojshme për shqyrtimin e kërkesës për dëmshpërblim. 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. Kërkesat per demshperblim për fëmijët nën 18 vjeç duhet të paraqiten nga një prind apo kujdestar.

Nuk pranohet nderhyrja ne raportet mjekesore, fatura apo dokumente e tjera pas vleresimit apo refuzimit te kerkesës. Kërkesa për autorizim paraprak/rimbursim duhet të dorëzohet në SIGAL Uniqa e kompletuar. Përnirësimi apo korrektimi raporteve mjekësore (p.sh. ndryshimi i diagnozës, anamnezës, analizave, terapisë apo trajtimit operative), faturave (ndryshimi i përshkrimit, vlerës apo datës së faturës) dhe dokumenteve për vlerësimin e kërkesave për autorizim paraprak, kerkesave për rimbursim do të konsiderohet ndërhyrje ne dokumente, si e tillë kërkesa për rimbursim të shpenzimeve mjekësore do të refuzohet.

Dokumentet e dorëzuara për rimbursim nuk kthehen mbrapa (I siguruari mund të bëjë kërkesë për një kopje të dokumentave të dorëzuara, por vetëm për ato dosje të cilat nuk kanë kaluar më shumë se 12 muaj nga data e kërkesës për rimbursim).

A. Shërbime mjeksore nga Rrjeti Mjekësor SIGAL

Duke respektuar parashikimet e Nenit 10, i Siguruari duhet të kontaktojë një anëtar të Rrjetit Mjekësor Sigal ose SIGAL ose shoqërinë e asistencës të përcaktuar nga SIGAL, për të marrë shërbimin e nevojshëm shëndetësor.

Nëse kërkohet autorizimi paraprak, atëherë bazuar në të dhënat e derguara nga antari i Rrjetit Mjekësor Sigal, nga i Siguruari ose nga Shoqëria e asistencës, SIGAL do të vendosë nëse i Siguruari ka të drejtë të përfitojë shërbimin mjekësor dhe do të njoftojë për këtë vendim anëtarin e Rrjetit Mjekësor Sigal dhe të Siguarin. Në rast vendimi pozitiv, i Siguruari do të marrë shërbimin e nevojshëm shëndetësor në përputhje me kushtet e mbulimit. Përpara se të largohet nga qendra mjeksore, i Siguruari ose anëtari i Rrjetit Mjekësor SIGAL, duhet ti kenë dërguar SIGAL ose Shoqërisë së asistencës të zgjedhur nga SIGAL, faturën e plotësuar nëpërmjet postës, fax-it apo postës elektronike dhe duhet të ketë marrë garancinë e pagesës. SIGAL do të llogarisë shumën për tu paguar duke marrë parasysh:

Kur i siguruari ka nevojë të marrë një shërbim mjekësor për të cilin nuk nevojitet autorizimi paraprak atëherë ai/ajo duhet të njoftojë anëtarin e Rrjetit Mjekësor Sigal dhe SIGAL brenda 24 orëve. Anëtari i Rrjetit Mjekësor Sigal duhet të sigurohet që shërbimi mjekësor mbulohet nga policia e sigurimit. Në rast se nuk është i sigurtë, ai duhet të marrë konfirmim nga SIGAL ose nga Shoqëria e asistencës e zgjedhur nga SIGAL.

Anëtari i Rrjetit Mjekësor Sigal do ti faturojë të Siguarit vetëm atë pjesë të shpenzimeve që duhet të paguhet nga ai sipas përcaktimit të SIGAL.

Për shërbimet e kryera brenda rrjetit SIGAL, i Siguruari do të prezantojë policën origjinale të sigurimit ose kartën e sigurimit të lëshuar nga SIGAL. Në rast se i siguruari humb kartën e sigurimit dhe kërkon nga SIGAL që të njejtën ta rishtyp, i Siguruari ngarkohet me pagesë prej 5€ për çdo kartë të re të shtypur sipas kërkesës, për të cilën do të dërgohet faturë e veçantë.

Afati për paraqitjen e ankesës pas refuzimit të plote apo të pjeserishëm; Këshilla për mjetin juridik: Kundër vendimit të komisionit vlerësues në afat prej 8 ditësh mund t'i drejtoheni me ankesë për zgjidhjen e ankesave pranë SIGAL UNIQA. Në të kundërt ankesa refuzohet si e dorëzuar jashtë afatit.

B. Shërbime mjeksore nga ofrues shërbimesh që nuk janë pjesë e Rrjetit Mjekësor SIGAL

SIGAL UNIQA nuk do të kryejë pagesa të drejtpërdrejta tek ofruesit e shërbimeve mjeksore që nuk janë pjesë e rrjetit mjekësor SIGAL UNIQA por, duke respektuar kufijtë dhe kategoritë e Listës së Përfitimeve, do të rimbursojë shpenzimet e arsyeshme dhe të zakonshme për shërbimin e nevojshëm që i është dhënë të siguarit.

Çdo kërkesë për dëmshpërblim duhet t'i njoftohet SIGAL menjëherë dhe jo më vonë se 90 ditë pasi është kryer trajtimi mjekësor. Kërkesat për rimbursim të dorëzuara pas kalimit të këtij afati do të refuzohen nga SIGAL. Ndërsa të gjitha kërkesat për rimbursim me vlera të ulta duhet të grumbullohen deri sa të arrijnë shumën 30€, brenda periudhës së kontratës.

Rimbursimi i mjeteve bëhet brenda 15 ditëve nga data kur kërkesa për rimbursim është dërguar e kompletuar në SIGAL. Çdo shumë e paguar nga SIGAL dhe e pranuar pa të drejtë nga i siguruari duhet ti rikthehet menjëherë SIGAL.

Neni 12 - Pagesa e primit

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

Neni 13 - Periudha e lejuar e vonesës

SIGAL lejon një periudhë vonese të arsyeshme në pagesën e primit prej 14 ditësh që nga data kur primi duhet të ishte paguar. Gjatë periudhës së lejuar të vonesës kontrata qëndron në fuqi. Siguruesi do të pranojë kërkesat për rimbursim, mirëpo kjo nuk paraqet detyrim të siguruesit për rimbursimin e tyre.

Nëse pagesa e primit nuk bëhet deri në ditën e fundit të periudhës së lejuar të vonesës, atëherë të gjitha kërkesat për rimbursim do të refuzohen.

Pas përfundimit të periudhës së lejuar të vonesës në pagesën e primit,

- Polica e sigurimit është e pavlefshme, dhe
- Mbulimi në sigurim përfundon.

Neni 14 - 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 shumë 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 të fundit të vitit të sigurimit, në të kundërt SIGAL do të ketë të drejtë të konsiderojë se policëmbajtësi është dakort me ndryshimet e kontratës.

E. KOHËZGJATJA, PEZULLIMI DHE PËRFUNDIMI I KONTRATËS

Neni 15 - Kohëzgjatja e kontratës

Kontrata do të jetë e vlefshme me nënshkrimin e saj nga palët kontraktuese, respektivisht nga data _____, me mundësi vazhdimi.

Neni 16 – Pezullimi i kontratës së sigurimit

SIGAL ruan të drejtën të që të pezullojë apo të mos dëmshpërblejë kërkesat për rimbursim në rast të:

- a) mospagimi i primit të sigurimit,
- b) mosrespektimit të këtyre Kushteve të Përgjithshme,
- d) Dyshimit për mashtrim.

Neni 17 – Tërheqja nga sigurimi apo ndërprerja e sigurimit

Përfundimi i sigurimit nga palët kontraktuese mund të bëhet përmes dërgimit të njoftimit paraprak me shkrim për ndërprerje, në afat prej së paku 30 ditësh para caktimit të datës për përfundimin e kontratës. Nëse I siguruari tërhiqet nga sigurimi para datës së skadimit të kësaj kontrate, atëherë palët kontraktuese do të nxjerrin dhe raportojnë raportin e prime/dëmeve për të siguarin apo grupin përkatës të siguar. Në rast se raporti i dëmeve me primet është në shkallë prej 50%, kontraktuesi i sigurimit obligohet të paguaj dy këste mujore shtesë, pas muajit në të cilin është dhënë njoftimi për tërheqje nga sigurimi. Mbulimi në sigurim do të përfundojë në afat prej 7 ditësh duke llogaritur nga data e njoftimit.

Në rast se kontrata e sigurimit kërkohet të ndërprehet nga kontraktuesi/policëmbajtësi, sipas përcaktimeve lidhur me shkëputjen e kontratës së sigurimit dhe kur raporti I dëmeve me primet e përgjithshme është në shkallë prej 70%, kontraktuesi detyrohet të paguajë siguresit si ndeshkim vlerën e tre (3) kësteve mujore të fundit të kontratës. Në rast se primi është paguar në tërësi me lidhjen e kontratës së sigurimit, atëherë me përcaktimet si më sipër do të bëhet kthimi i primit në llogari të kontraktuesit/të siguarit.

Pas çdo rasti të siguar për të cilën kryet rimbursimi, SIGAL do të ketë të drejtë të përfundojë policën e sigurimit të të siguarit, dhe nëse e konsideron të nevojshme të të gjithë grupit pas pagesës së dëmshpërblimit përkatës.

Policëmbajtësi ka të drejtë të përfundojë policën e tij të sigurimit, në respektim me përcaktimet e këtij neni të kontratës. Përgjegjësia e SIGAL përfundon në ditën e marrjes së njoftimit përkatës për përfundimin e policës së sigurimit.

Neni 18 - Vendosja për pranim në sigurim

SIGAL do të vendosë nëse një aplikues do të pranohet të sigurohet sipas mbulimit të plotë, të pjesshëm apo nuk do të ofrohet mbulim. Përgjithsisht 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 kontrolle mjeksore të paguara nga SIGAL, nëse SIGAL e quan të nevojshme për disa kandidatë. Kandidati merr persiper tu 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.

Ne rast se SIGAL vendos për ne pranim në sigurim për periudhë me të shkurter se kohezgjatja e kontrates atëherë mbulimi me sigurim (shuma e sigurimit dhe limitet) do të perpjestohen në raport me periudhën e mbetur deri në perfundim të kontrates dhe primin e sigurimit.

Neni 19 - 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 20 - Sekretit 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 21- Pëlqimi i të Siguarit/Policëmbajtësit për përpunimin e të dhënave personale

I siguruari sipas kësaj kontrate jep pëlqimin e tij të pakushtëzuar dhe autorizon SIGAL UNIQA GROUP AUSTRIA sh.a që të mbledhë dhe përpunojë të dhënat personale dhe ato të ndjershme personale dhe informacionin personal i cili nevojitet për administrimin e kontratës së sigurimit, për dhënien e shërbimeve ndaj të siguarit dhe përfituesit përfshirë trajtimin e dëmit, për ofrimin e produkteve apo shërbimeve të reja, bazuar në ligjet përkatëse në fuqi (Ligji Nr. 06/L-082, date 30.01.2019, “Për mbrojtjen e të dhënave personale”) si dhe transferimin e të dhënave personale tek të tretët për qëllime të sigurimit apo biznesi të cilët garantojnë gjithashtu mbrojtjen e të dhënave personale. Në çdo rast, mbrojtja e të dhënave personale do të behet në përputhje me rregullat dhe procedurat e percaktuara në Ligjin Nr. 06/L-082, date 30.01.2019, “Për mbrojtjen e të dhënave personale”. Nepermjet lidhjes të kontrates, i siguruari autorizon shoqerine e sigurimit që për efekt dhe zbatim të kontrates të sigurimit të marrë të dhëna personale përfshirë ato të ndjershme personale nga palë të treta me qëllim përpunimin e tyre.

Neni 22 - Kufizimet e sanksioneve dhe klauzola perjashtuese

Pavarësisht dispozitave tjera të kësaj kontrate, kjo kontratë sigurimi për aq sa ofron mbulim sigurimi nuk është në kundërshtim me asnjë sanksion ekonomik, tregtar ose financiar dhe/apo embargo të Këshillit të Sigurimit të Kombeve të Bashkuara (KB), të Bashkimit Evropian (BE), ose ndonjë ligji apo legjislacioni vendor i aplikueshëm për palët e kësaj kontrate. Kjo gjithashtu është e aplikueshme edhe për sanksionet ekonomike, komerciale ose financiare dhe/ose embargo të lëshuara nga Shtetet e Bashkuara të Amerikës ose vendeve tjera, për aq sa nuk bien ndesh me legjislacionin e Bashkimit Evropian (BE) ose legjislacionin vendor.

Neni 23 - Detyrimi për informim

I Siguruari merr përsipër t'i paraqesë SIGAL të gjitha të dhënat që janë të nevojshme në vlerësimin e kërkesës për dëmshpërblim. SIGAL do të ketë të drejtë të kërkojë të dhëna nga mjekët që merren aktualisht ose që janë marrë me trajtimin e gjendjes shëndetësore të pacientit/siguarit, nëse këto të dhëna shërbejnë për të përcaktuar të drejtën e të siguarit për përfitime. SIGAL do të ketë të drejtë të kërkojë çertifikata mjekësore dhe dokumente të tjera, si edhe të organizojë kontrollin mjekësor të të siguarit nga një ose më shumë mjekë të zgjedhur nga SIGAL, të cilin kontroll mjekësor I siguruari është i obliguar ta kryejë. Policëmbajtësi do të vërë në dijeni Siguruesin për çdo ndryshim në listen e personave të siguar, shtesat apo paksimet përkatëse dhe të dhënat respektive për çdo ndryshim.

Neni 24 - Mesazhe dhe adresa

Në rast se paraqitet një kërkesë për dëmshpërblim, ose në rast se SIGAL njoftohet nga një prej anetarëve të Rrjetit Mjekësor SIGAL për një trajtim, atëherë SIGAL do të njoftojë me shkrim të siguarin për

pjesën e pagueshme nga i siguruari si edhe per pjesen qe mbulohet nga SIGAL, sipas përcaktimit te SIGAL.

Që të jenë të vlefshëm, çdo mesazh apo dërgim informacioni nga policëmbajtësi ose i siguruari, duhet ti drejtohet drejtpërdrejtë Zyrate Qendrore të SIGAL në Prishtinë. SIGAL do të adresojë çdo mesazh apo informacion në adresën më të fundit të njoftuar nga policëmbajtësi ose i siguruari.

Neni 25 - Kalimi (cedimi) i të drejtave

I siguruari i kalon (cedon) SIGAL të gjitha të drejtat deri në shumën e përgjithshme të përfitimeve të paguara në favor te tij/saj.

I siguruari është i detyruar të konfirmojë me shkrim, nëse kërkohet, kalimin e të drejtave në favor të SIGAL, në të kundërt sigurimi do të përfundojë.

Neni 26 - 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 ti dërgojë të siguarit një kërkesë për të saktësuar të dhënat e gabuara, kosto e së cilës do të paguhet nga i siguarit. 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 se SIGAL vërteton përmes provave materiale se i siguruari ka kryer abuzim apo mashtrimin në sigurim apo ka tentuar të abuzojë apo të kryejë mashtrim në sigurim, kërkesa për rimbursim të shpenzimeve mjekësore do të refuzohet. I siguruari do të përjashtohet nga mbulimi në sigurim në mënyrë të menjëhershme dhe ndaj të njejtut do të inicohet procedura penale.

Neni 27 - Juridiksioni

Detyrimet që rrjedhin nga kjo kontratë duhet të paguhet në monedhën e përcaktuar në policë. Kjo policë dhe shtesat e saj i nënshtrohen legjislacionit të Republikës së Kosovës. Çdo mosmarrëveshje që lind nga kjo kontratë e sigurimit do të zgjidhet nga Gjykata Kompetente në Prishtinë si vendi ku ndodhet selia e SIGAL UNIQA GROUP AUSTRIA sh.a.

Neni 28 - Dispozita të fundit

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

Neni 29 – Anekset

Pjesë përbërëse e kësaj kontrate është aneksi 1 – Lista e Përfitimeve dhe Primet, 2. Dokumentacioni i nevojshem me rastin e kerkeses per rimbursim. Aneke të tjera mund të nënshkruhen nga palët kontraktuese në kuadër të kësaj marrëveshje, të cilat do të konsiderohen pjesë integrale të saj.

Kontraktuesi/Policëmbajtësi:

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Emri: _____

Pozita: _____

Nënshkrimi: _____

Data: _____

Siguruesi:

SIGAL UNIQA GROUP AUSTRIA sh.a.

Emri: **Perparim Drini**

Pozita: **Kryeshef Ekzekutiv**

Nënshkrimi: _____

Data: _____



DOKUMENTACIONI
I NEVOJSHËM ME R/

Anex _____

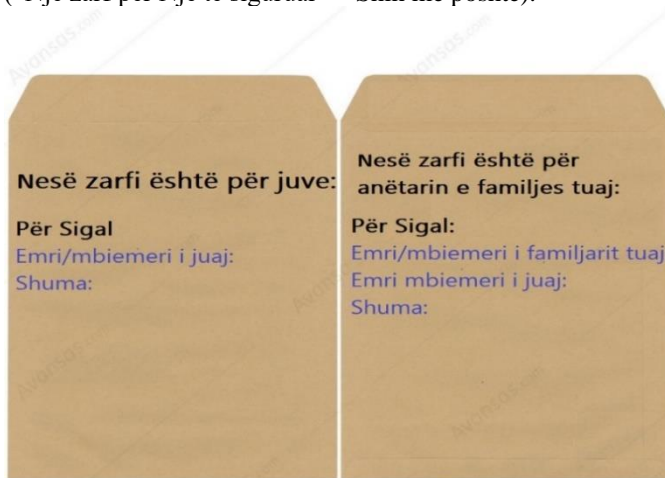
DOKUMENTACIONI I NEVOJSHËM ME RASTIN E KËRKESËS PËR RIMBURSIM

Formulari i kërkesës për rimbursim duhet te prezantohet ne SIGAL i plotësuar saktë ne të gjitha fushat e kërkuara.

Secila kërkesë për rimbursim duhet të jetë e kompletuar me dokumentacionin mbështetës si me poshtë:

1. Kërkesë për Rimbursim (me fokus të veçantë plotësoni fushat e cekura më poshtë dhe bashkëlidhni dokumentet e nevojshme):
 - a. Emër/Mbiemër
 - b. Numri i telefonit
 - c. Adresa dhe e-mail adresa
 - d. Vlerat e kërkuara për rimbursim
 - e. Emër/Mbiemër dhe numrin e llogarisë së përfituesit
2. Raportet mjekësore (të kompletuara)
4. Rezultatet e analizave, MRI, CT, RTG, UT dhe te tjera (nëse keni kryer)
5. Kuponat fiskal origjinal.
6. Kopja e ID kartës së sigurimit të shëndetit
7. Kopja e letërnjoftimit
8. Dokumente të tjera të cilat ju i shihni si të nevojshme për vlerësimin e kërkesës për rimbursim.

Keni parasysh, që kërkesat duhet të jenë të ndara ne zarfe individuale dhe jo të grupuara me ato të familjarëve (“Një zarf për Një të siguruar” – Shih më poshtë).



Për çdo pyetje, koment apo ankesë lidhur me shërbimet e Sigurimit privat te shëndetit, luteni të na shkruani në:

Departamenti i dëmeve shëndetësore: demetshendetsore@uniqa-ks.com
info@uniqa-ks.com

Adresa Postare:

SIGAL UNIQA GROUP AUSTRIA sh.a. Kosovë
Adresa: Rr. “Ukshin Hoti”, Nr.19, Pejton, Prishtinë, Kosovë