

FORMULARI I POLICËS SË SIGURIMIT

Polica e sigurimit Police mbajtësi	Nr. Serial
I siguruari/a Datëlindja:	Sipas listës (bashkëngjitur)
Mbulimet në Sigurim Shuma e siguruar për të gjitha periudhat e sigurimit dhe ngjarjet e sigurimit (1) Tumori malinj invaziv (2) Tumor beninj në kokë	100%, jo më tepër se shuma e siguruar
Periudha e pritjes	____ ditë nga data e hyrjes në fuqi të policës sigurimit të parë
Primi vjetor për person Primi total	
Datë e fillimit të sigurimit	___.0_.2023
Data e përfundimi të sigurimit	___.0_.__
<input type="checkbox"/> Aneks: Shërbime shtesë që ofron kjo policë sigurimi	Aplikohet / Nuk aplikohet

Mbulimi është sipas përcaktimeve të dhëna ne Formularin e Policës së sigurimit

Deklaroj, se i kam kuptuar dhe pranuar kushtet e kësaj kontrate sigurimi. Deklaroj se kam njohur, pranuar dhe miratuar të gjitha kufizimet për përgjegjësitë, përjashtimet, mundësinë për t'u tërhequr nga kontrata, anulimin dhe zgjidhjen e kontratës përfshirë edhe rastet kur nuk paguhet primumi i sigurimit si dhe çdo kufizim tjetër kontraktor të parashikuar në këtë kontratë nga Siguruesi.

Deklaroj se pavarësisht periudhës së sigurimit, nëse shuma e siguruar e përmendur në këtë formular i akordohet një personi të siguruar, mbulimi në sigurim për atë të siguruar, përfundon.

I siguruari jep pëlqimin dhe autorizon SIGAL UNIQA GROUP AUSTRIA sh.a që të mbledhë dhe përpunojë të dhënat dhe informacionin personal i cili nevojitet për administrimin e kontratës së sigurimit, për dhënien e shërbimeve ndaj të siguruarit 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 tretë për qëllime të sigurimit apo biznesi të cilët garantojnë gjithashtu mbrojtjen e të dhënave personale.

Nënshkrimi i polices sigurimit dhe deklarata shendetesore:

Unë konfirmoj se: unë nuk jam hetuar deri tani dhe se nuk jam diagnostikuar kurrë me ndonjë formë tumori të trurit, tumor malinj, tumor, leucemi, limfomë, apo ndonjë formë tjetër e gjendjes malinje.

Siguruesi
Saimir DHAMO
Kryeshf Ekzekutiv

Lëshuar ne _____, më ___/___/202__

Siguruari/Police mbajtësi
Emër Mbiemër/Nënshkrim

KUSHTET E PËRGJITHSHME PËR POLICËN E SIGURIMIT

SIGAL UNIQA GROUP AUSTRIA (këtu i quajtur "Siguruesi") siguron Personin e Siguruar të cilësuar në Formularin e policës së sigurimit të bashkangjitur këtu (këtu i quajtur "Policëmbajtësi") dhe bashkëshortin/en si edhe fëmijët e varur prej tij/saj ose punonjësit e tij, nëse përmenden si të siguruar në policën e sigurimit, duke miratuar, pranuar, respektuar dhe zbatuar kushtet e sigurimit si më poshtë.

Palët bien dakord se kjo Policë do të fillojë në datën dhe orën e deklaruar në Formularin e Policës së sigurimit pasi të jetë paguar primi i sigurimit, me kusht që mos të ofrohet asnjë mbulim nëse formulari i policës nuk është nënshkruar nga një përfaqësues i autorizuar i Siguruesit.

PJESA E PARË: PËRKUFIZIME

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 Oden e Mjekëve të Kosovës, 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;

Anëtare familje janë bashkëshorti/ja e Police mbajtësit dhe ose fëmijët e tij. Fëmijët që të konsiderohen të tillë për efekt të kësaj police sigurimit duhet të jenë nën moshën 21 vjeç;

Bashkëshort është personi i martuar me të siguruarin sipas Ligjit të Familjes, i cili nuk është mbi 80 vjeç në datën e fillimit të policës së sigurimit;

Fëmijë është një fëmijë i ligjshëm (përfshirë fëmijët 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 (njëzet) vjeç;

Formulari i policës së sigurimit është dokumenti, i cili konfirmon lidhjen e kontratës së sigurimit dhe 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, ngjarjet e mbuluara me vërtetimin e të cilave siguruesi përmbush detyrimin për akordimin e shumës së siguruar.

Këstet e primit sigurimit janë shumat monetare për t'u paguar në baza mujore ose vjetore tek Siguruesi për këtë mbulim në sigurim, në rastin kur pagesa me këste miratohet nga Siguruesi dhe cilësohet në Formularin e Policës së sigurimit.

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 këstit të primit sigurimit sipas afatit të caktuar.

Data e fundit është data kur mbulimi i kësaj police ndalon;

Diagnozë është sëmundja e konfirmuar nga një mjek dhe nga ekzaminimet përkatëse. Data e diagnozës është data e konfirmuar nga rezultatet e ekzaminimit histopatologjik në rastin e tumorit malinj apo me skaner në rastin e tumorit beninj në kokë.

Spital është një institucion publik ose privat që plotëson kërkesat ligjore të vendit në të cilin operon dhe i cili:

1. Ofron trajtim me shtrim për pacientët;
2. 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: është një gjendje para-ekzistuese shëndetësore nga/për tumorin malinj invaziv dhe tumorin beninj në kokë që është diagnostikuar ose trajtuar përpara se i siguruari të regjistrohet dhe sigurohet sipas kësaj police sigurimi dhe e cila është e përjashtuar nga mbulimi me sigurim sipas kësaj kontrate apo që i jep të drejtën siguruesit të mos ofrojë mbulim sipas kësaj police.

Ngjarje e sigurimit është kur Diagnostikimi histologjik me tumor malinj invaziv apo tumor beninj të kokës I konfirmohet me dy opinione mjekësore, nëse kjo kërkohet nga Siguruesi;

Periudhe pritje janë ditët e para, të cilësuar në numër në certifikatën e policës së sigurimit, nga data e fillimit të policës së sigurimit periudhë përgjatë së cilës përfitimet e mbulimit me sigurim nuk janë të vlefshme dhe i referohet periudhës kohore që i siguruari duhet të presë, që nga fillimi i policës së sigurimit për të qenë në gjendje të përdorë përfitimet e saj.

PJESA E DYTË - DIAGNOZAT E MBULUARA

1. Tumor Malinj Invaziv – 100% e shumës së siguruar
2. Tumor beninj në kokë – 100% e shumës së siguruar

1. Tumor malinj invaziv (përhapës, depertues, sulmues)

Diagnoza e një tumori malinj (i keq) i verifikuar me raport histopatologjik. Tumor I tille malinj i tillë përfshin limfomën malinje (tumor i përbërë nga indi limfoid) dhe çrregullime malinje të palcës kockore duke përfshirë leukeminë (sëmundje e prodhimit të qelizave të bardha, leukociteve).

2. Tumori beninj i trurit që kërkon kirurgji ose që rezulton në deficit të përhershëm neurologjik

Një tumor jo malinj me origjinë nga truri, meningjet ose nervat kraniale brenda kafkës, konfirmohet nga një neurolog ose neurokirurg. Një tumor i tillë duhet të konsiderohet se kërkon ekscision neurokirurgjik/radiokirurgji, ose nëse është i paoperueshëm/nuk trajtohet me radioterapi të shkaktojë deficit të përhershëm neurologjik që zgjat të paktën 3 muaj. 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).

Përfshihen nga sigurimi dhe detyrimi për dëmshpërblim:

- Tumoret në gjëndrën e hipofizës më të vogla se 10 mm
- Granuloma
- Lezionet vaskulare të trurit (arterioze ose venoze)
- Hematoma
- Abscesi i trurit
- Lezionet brenda palcës kurrizore

PJESA E TRETË - PËRFITIMET

- Kjo policë 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 vjetore sipas përqindjeve të përcaktuara për diagnozat e mbuluara;

PJESA E KATËRT – KRITERET E MARRJES NË SIGURIM

Kjo policë sigurimi ofrohet për:

- Shtetasit kosovar dhe te huaj Rezidentë në Republikën e Kosovës, Shqipërisë apo Maqedonisë.
- Individët nga mosha 0-80 vjeç

PJESA E PESTË – PERIUDHA E PRITJES

- Përveçse 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. Diagnoza e identifikuar me tumor malinj invaziv apo tumor beninj në kokë gjatë periudhës së pritjes nuk do të mbulohet nga kjo policë;

PJESA E GJASHTË – PËRJASHTIMET KRYESORE

1. Sëmundjet paraekzistuese
2. Çdo sëmundje tjetër e diagnostikuar përveç tumorit malinj invaziv apo tumorit benign në kokë dhe/ose pa lidhje me të;

6.1 Sëmundje malinje që nuk mbulohen

Të gjithë tumoret, të cilët nga raporti histologjik klasifikohen:

1. Pre-malinje, për shembull trombocitemi pre-malinje, psh. Trombocitemi esenciale dhe policitemia Vera.
2. Tumor in - situ.
3. Malinjitet minimal apo potencial minimal për malinjitet.
4. Tumore të prostatës, përveç atyre të klasifikuar me një pikësim Gleason më të madh se 6 apo që është shpërndarë klinikisht TNM T2N0M0.
5. Leucemi Limfoide kronike përveç rasteve histologjikisht të klasifikuara si gradë A (stadi i parë në të cilin nuk nevojitet mjekim.)
6. Çdo tumor malinj i lëkurës (përveç melanomës malinje që mbulohet nga kjo kontratë sigurimi), i cili klasifikohet histologjikisht se nuk është shpërndarë përtej epidermës dhe sipas klasifikimit TNM klasifikohet T1a N0 M0, T1b N0 M0 and T2a N0 M0".

Tumore beninje që nuk mbulohen

Përfshihen nga sigurimi dhe detyrimi për dëmshpërblim:

1. Tumoret në gjëndrën e hipofizës më të vogla se 10 mm
2. Granuloma
3. Lezionet vaskulare të trurit (arterioze ose venoze)
4. Hematoma
5. Abscesi i trurit
6. Lezionet brenda palcës kurrizore

PJESA E SHITATË - DATA E FILLIMIT DHE PËRFUNDIMIT

7.1 Data e fillimit

Kjo policë sigurimi do të fillojë në orën 24.00 me kohën e Kosovës të datës së specifikuar në Formularin e policës së sigurimit;

7.2 Përfundimi

a. e Drejta për të kthyer policën

Në rast se Police mbajtësi nuk është i kënaqur me Policën për çdo arsye, ai / ajo mund t'ia kthejë Siguruesit me kërkesën për anulim brenda dhjetë (10) ditëve pas marrjes së Policës në dorëzim. Çdo prim i faturuar do t'i rimburohet siguruarit/policëmbajtësit duke zbritur shpenzimet administrative në masën 20 % e primit të sigurimit neto;

Në këtë rast, polica bëhet e pavlefshme nga Data e fillimit të Sigurimit dhe Siguruesi nuk do të jetë përgjegjës në lidhje çdo ngjarje të ndodhur para dhe pas kthimit të kësaj police;

b. Përfundimi i polices së sigurimit nga Policëmbajtësi;

Nëse Policëmbajtësi kërkon me shkrim anulimin/zgjidhjen e policës së sigurimit për të gjithë personat e siguruar në atë policë sigurimi, 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 të gjithë personat e siguruar në atë policë sigurimi, 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 polica do të konsiderohet e përfunduar: Mbulimi në sigurim do të ndalojë për çdo të siguruar 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 përmbush më kriteret e të qenit anëtar familje sipas përkufizimeve të kësaj police sigurimi
4. pas vdekjes së personit të siguruar
6. nëse polica njoftohet e përfunduar sipas përcaktimeve në këto kushte
7. I siguruari përfiton 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, polica 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 çdo mbulim i ofruar prej saj, nëse lidhet me ngjarjet në seksionin 4 dhe 5 do të përfundojë në orën 24.00 me kohën e Kosovës.

g. Trajtimi i dëmit në rastet e policave të përfunduara

Çdo përfundim i polices nuk do të japë efekte me pretendime për dëmshpërblim për ngjarje të ndodhura pas datës së përfundimit;

h. Primet e sigurimit pas përfundimit të policës së sigurimit

Nëse deri në datën e përfundimit, Policëmbajtësi rezulton se ka këste të pa paguara të primit, detyrimi për pagesën e tyre ndaj Siguruesit mbetet.

PJESA E TETE – PAGESA E PRIMIT

8.1 Baza e primit të llogaritur dhe modifikimet

8.1.2 Primi për çdo të siguruar bazohet tek mosha në datën e rinovimit të policës së sigurimit.

8.1.2 Primi i sigurimit do të rritet kur i siguruari të ketë arritur moshën 30 vjeç; 40 vjeç; 50 vjeç; 60 vjeç sipas aneks nr. 2;

9.1 Afatet e pagesës së primit

9.2.1 Primi paguhet vjetore në vazhdim sipas parashikimit në Formularin e policës së sigurimit.

9.2.2 Nëse pagesa kryhet e plotë, primi i ardhshëm paguhet në datën e rinovimit. Çdo pagesë primi, përveç pagesës së parë kryhet për mbulimin e ofruar nga kjo policë për 12 muajt e ardhshëm.

- 9.2.3 Nëse primet ne vazhdim nuk paguhet në datën që është caktuar, policëmbajtësi ka 15 ditë afat për t'i paguar atë. Në qoftë se nuk paguhet gjatë kësaj periudhe, policia sigurimit zgjidhet automatikisht nga data në të cilën primi duhet të ishte paguar. Nëse primi paguhet gjatë periudhës 15 ditore, atëherë mbulimi do të funksionojë sikur të ishte paguar në datën e caktuar. Asnjë pretendim nuk do të paguhet për çdo ngjarje që ndodh pasi të kenë kaluar 15 ditë në qoftë se primi mbetet i papaguar. Polica e sigurimit nëse nuk është paguar primi konsiderohet e anuluar/zgjidhur pa pasur nevojë për njoftim.

PJESA E NËNTË – KUSHTET E PËRGJITHSHME

Njoftim i dëmit

Siguruesi duhet të njoftohet menjëherë pas marrjes dijeni të ngjarjes që mbulohet nga kjo policë sigurimi por jo më vonë se 72 orë. Në qoftë se i siguruari nuk bën këtë njoftim siguruesi ka të drejtë të mos paguajë shpërblimin e sigurimit ose shumën e sigurimit.

Përputhshmëria me policën e sigurimit

Për të përfituar nga kjo policë, ju duhet të respektoni kushtet e përshtuara në 'Seksionin - Procedura e Dëmit', të cilat janë kushtet e policës. Mos respektimi i këtyre kushteve mund të çojë në refuzim të çdo kërkesë të bërë apo shumën e siguruar në rast dëmi.

Juridiksioni

Kushtet në këtë policë do të interpretohen në përputhje me ligjet e Republikës së Kosovës. Në rast mosmarrëveshjeje, në lidhje me çdo pretendim apo mosmarrëveshje të tillë do të zgjidhet nga Gjykata Kompetente në Prishtinë si vendi ku ndodhet selia e SIGAL UNIQA GROUP AUSTRIA sh.a.

Ndryshime në kushte dhe prim sigurimi

I siguruari gjatë kohës që kontrata e sigurimit është në fuqi detyrohet ti njoftojë siguruesit të gjitha ndryshimet e rrethanave për të cilat ka marrë dijeni pas lidhjes të kontratës të sigurimit dhe që mund të influencojnë mbi shtimin e rrezikut. Në qoftë se i siguruari nuk bën njoftimin e si më sipër siguruesi ka të drejtë që nga çasti i shtimit të rrezikut të ndryshojë masën e primit të sigurimit, të shumës sigurimit ose të zgjidhe kontratën.

Siguruesi mund të ndryshojë termat dhe kushtet, duke përfshirë edhe primin për të reflektuar ngjarje që ndodhin jashtë parashikimeve,

- ose në rast të ndonjë ndryshimi në ligjin që prek këtë policë, për shembull një ndryshim në Taksat që aplikohen.

Përpara se të bëjmë ndonjë ndryshim, do t'i japim 30 ditë kohë Policëmbajtësit pas njoftimit me shkrim në adresën e deklaruar për t'i pranuar ose refuzuar kushtet e ndryshuara.

- Në qoftë se ndryshimet janë të pranueshme për Policëmbajtësin atëherë kjo policë do të vazhdojë.
- Nëse ndryshimet nuk janë të pranueshme, Policëmbajtësi mund ta anulojë këtë policë në përputhje me nënseksionin ' Përfundimi i policës të – Anullimi.
- Në këtë rast asnjë pretendim nuk do të paguhet për ndonjë diagnozë të tumorit malinj invaziv të pësuar nga një person i siguruar pas datës së anulimit. Ne do t'i kthejmë Policëmbajtësit çdo prim që tashmë na është paguar paraprakisht për mbulimin që është i papërdorur pas datës së anulimit. është përgjegjësi e Policëmbajtësit për të njoftuar personat e siguruar për një anulim të tillë apo ndonjë ndryshim të kushteve

PJESA E DHJETË - MASHTRIMI OSE INFORMACIONI I RREMË

I siguruari/policëmbajtësi duhet t'i njoftojë siguruesit, me rastin e lidhjes së kontratës, të gjitha rrethanat për të cilat ka dijeni 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 siguruesi ka pyetur me shkresë të siguarin. Kontrata e sigurimit e lidhur pa u marrë përgjigja në ndonjë nga këto pyetje apo përgjigjet e rreme e çlirojnë 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 harresë e informatave kur vërtetohet përbën shkak për zgjidhjen e kontratës, siguruesi mund të heqë dorë nga kontrata, duke e njoftuar të siguarin me shkrim, brenda 3 muajve nga marrja dijeni e tyre.

Në qoftë se ngjarja e sigurimit vërtetohet përpara se pasaktësitë e informatave ose lënia në harresë e tyre, të njihen nga siguruesi, ose përpara se të jetë deklaruar heqja dorë nga kontrata, siguruesi çlirohet nga detyrimi për dëmshpërblim.

Kur kontrata e sigurimit lidhet në emër e për llogari të palëve të treta dhe këta janë në dijeni për pasaktësinë e deklarimeve ose të harresave në lidhje me rrezikun (rastin e sigurimit), në favor të siguruesit zbatohen paragrafët me sipër.

Mashtrim i Policëmbajtësit

Çdo mashtrim, pandershmëri 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 siguar, jo Policëmbajtësi dhe provohet se ky i fundit nuk ka lidhje me mashtrimin e kryer nga Policëmbajtësi, kërkesa do të pranohet.

Mashtrim nga i siguruari

Çdo mashtrim, pandershmëri 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 të i siguruari do të humbasë përfitimet që rrjedhin nga polica e sigurimit dhe çdo dëmshpërblim që Siguruesi ka akorduar duhet të kthehet. Çdo primi i paguar në këto raste nuk do të kthehet.

Informacion i rremë për moshën

Nëse rezulton ndryshim i moshës reale me atë të deklaruar, ju do të dëmshpërbleheni për shumën e siguar që përkon me shumën e siguar që Siguruesi ofron për grup moshën tuaj reale 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.

PJESA E NJËMBËDHJETË – PROCEDURAT DËMSPËRBLYESE

Pagesa e përfitimeve

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

Procedurat e dëmit.

Njoftimi i rastit të dëmit duhet ti dërgohet Siguruesit menjëherë por jo me vonë se 72 orë nga marrja dijeni se i siguruari 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 siguruari në rast se sëmundja malinje konfirmohet. Nëse njoftimi nuk kryhet dhe Siguruesi humbet të drejtën e investigimit të rastit, I siguruari 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 siguruari .

- Vizite dhe konfirmim diagnoze të mjeku familjes
- Analiza gjaku dhe fenotipi për sëmundjet e gjakut.
- Markuesit tumorale.
- Konsulte specialistit onkolog, neurologji, neurokirurg, imazherist etj sipas sistemeve dhe organeve.
- Imazheri, CT, RM, ECHO indet e buta, organet, mamet, 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 përshtatshme për rrethanat.

Kushtet në rast dëmi

Siguruesi paguan sipas kësaj police vetëm nëse:

- a. Diagnostikimi me këtë sëmundje ka ndodhur për herë të parë;
- b. Personi i siguruar është gjallë në momentin e diagnostikimit
- c. 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:

- a. Diagnostikimi me sëmundjen e mbuluar ka ndodhur brenda periudhës së pritjes;
- b. merrni këshilla mjekësore, keni simptoma ose kryeni analiza, ose merrni ndonjë mjekim ose trajtim, për sëmundjen e mbuluar sipas kësaj police brenda periudhës së pritjes; ose;
- c. 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;
- d. ekziston ndonjë kusht para-ekzistues, për të cilin ju jeni në dijeni ose dyshoni në kohën e marrjes së kësaj police; ose;
- e. Diagnoza e dhënë nuk ka bazë mjekësore dhe nuk është e vërtetuar nga një mjek i licencuar;
- f. Tumori sipas raportit histologjik i përshkruar si pre-malinj*; ose

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

Kushte të veçanta

Mbrojtja e të Dhënave Personale

I siguruari është njohur me deklaratën e privatësisë të shoqërisë së sigurimeve dhe autorizon SIGAL UNIQA GROUP AUSTRIA sh.a që të mbledhë dhe përpunojë të dhënat dhe informacionin personal i cili nevojitet për administrimin e kontratës së sigurimit, për 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 tretë 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 përcaktuara në Ligjin Ligji Nr. 06/L-082 date 30.01.2019, “Për mbrojtjen e të dhënave personale”.

E Drejta e Informimit

I siguruari ka te drejtën të informohet nga Siguruesi mbi kushtet, procedurat dhe afatet e mbulimit dhe/ose përfitimit nga sigurimi, informim i cili fillon para nënshkrimit të kontratës dhe vazhdon gjatë periudhës së vlefshmërisë së kontratës. Informimi merret nëpërmjet telefonit, e-mailit, faqes zyrtare në internet apo broshurave informative të përdorura nga shoqëria. I siguruari dhe/ose Policmbajtesi janë informuar nga Siguruesi përpara nënshkrimit të kontratës së sigurimit, duke marre të gjithë informacionin e nevojshëm në lidhje me të dhënat juridike të siguruesit, llojin përkatës të sigurimit, procedurat, afatet, metodat e trajtimit të kërkesave për dëmshpërblim, rreziqet e mbuluara dhe të përjashtuara, metodat e llogaritjes, afatet dhe mënyra e pagesës së primit, metodën e llogaritjes së vlerës së kompesueshme dhe çdo informacion tjetër që ka lidhje me kontratën e sigurimit.

E Drejta e te Siguararit Për t'u Ankuar

I siguruari apo persona të tjerë të interesuar, kanë te drejte të paraqesin një ankesë pranë shoqërisë së sigurimit, në rast se çmojnë se shoqëria e sigurimit nuk u përmbahet kushteve të vendosura në kontratën e sigurimit. Ankesa mund të paraqitet në formë elektronike (e-mail) ose me shkrim në adresën postare të shoqërisë. Shoqëria e sigurimit do të përgjigjet çdo ankese të depozituar me shkrim apo në formë elektronike dhe do të jap çdo informacion të kërkuar që ka lidhje me kontratën e sigurimit, brenda afateve të përcaktuara në ligj. Kjo policë dhe shtesat e saj i nënshtrohen legjislacionit të Republikës së Kosovës. Këto kushte janë njohur dhe pranuar për tu respektuar dhe zbatuar nga përfituesi i kësaj kontrate i cili është dhe mbajtes i kontratë.

Anti Korrupsioni

Siguruesi garanton që, në përmbushjen e detyrimeve të tij sipas këtij ligji, ai do të jetë në përputhje dhe do të detyrojë punonjësit e tij, kontraktorët dhe çdo person ose ent tjetër që punon për ose në emër të ndonjërit prej tyre të respektojnë dispozitat e Politikave Anti-Korrupsion dhe të gjitha ligjet e zbatueshme kundër korrupsionit, duke përfshirë pa kufizim Kodin e Etikës, Kodin Penal dhe legjislacionin për Mbrojtjen e Sinjalizuesve.

Kufizimet e sanksioneve dhe klauzola përjashtuese

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.

Shtojca A
Opinion i Dytë Mjekësor nga MediGuide
Medical Second Opinion (MSO)

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 për sëmundje serioze.

Shërbime

Të siguruarit do të marrin shërbimet dhe përfitimet e mëposhtme si pjesë e Programit të Opinionit të Dytë Mjekësor në distancë:

1. Brenda 12 orëve pune nga kërkesa fillestare e një të siguruari për një MSO, MediGuide/Siguruesi do t'i dërgojë Anëtarit formularët për "lëshimin e të dhënave mjekësore".
1. Pasi anëtari 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.
1. Më pas, anëtari zgjedh Qendrën Mjekësore Kryesore Botërore që do t'i përgjigjet kërkesës së tij ose të saj. Ndërkohë që anëtari 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, kopjimin 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.
1. 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 qasjen e trajtimit ("Opinion 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 formuluar 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 anëtari 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.

Qualifying Medical Conditions

Shërbimet e Opinionit të Dytë Mjekësor të MediGuide fuqizojnë anëtarët për të konfirmuar diagnozat e tyre dhe për t'u ofruar atyre opsionin 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 përjashtimet e mëposhtme:

1. **Anëtari nuk ka marrë një diagnozë** – një Anëtari duhet t'i jetë dhënë një diagnozë zyrtare nga mjeku i tij/saj trajtues si një parakusht në mënyrë që ËLMC (ËorldLeadingMedical Centers) të konfirmojë diagnozën dhe të japë rekomandime trajtimi në një gjendje mjekësore të veçantë;
1. **Anëtar nuk është vlerësuar nga një mjek trajtues brenda 12 muajve të fundit** - Të dhënat e fundit mjekësore janë të nevojshme nga ËLMCs në mënyrë që të sigurojë Anëtarët MediGuide rekomandimet përkatëse të trajtimit.
1. **Anëtari 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.
1. **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.

Shtojca D

Shërbimet e lidhura me Gjetjen e Qendrës mjekësore:

Shërbimet e Gjetjes së Qendrës Mjekësore

MediGuide ka një rrjet ofruesish të njohur ndërkombëtarësh, të cilët ofrojnë ndihmë mjekësore rajonale dhe shërbime me kosto të ulura. MediGuide do t'i referojë Anëtarit një Ofrues në rajonin që Anëtari 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 anëtari një kopje të Opinionit të Dytë Mjekësor më të fundit.

Anëtari nënshkruan një marrëveshje me Qendrën Mjekësore të sugjeruar nga MediGuide dhe anëtari 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 Anëtari.
2. Organizimi i pranimit në Qendrën Mjekësore të zgjedhur nga Anëtari.
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 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 Anëtari dhe MediGuide Provider.

Shërbime transporti dhe strehimi

Në rast se Anëtari 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 përvojë, 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 ta 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.

Riatdhesimi 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 Anëtari dhe/ose shoqëruesi i tij/saj gjatë kohës që Anëtari pranohet në strukturën mjekësore të zgjedhur. Një numër i dedikuar telefoni për përkthyesin do t'i jepet Anëtarit përpara udhëtimit të tij/saj. Përkthimi me telefon është vënë në dispozicion për përkthimin e kushteve mjekësore gjatë periudhës së trajtimit të të Siguruarit. I siguruari mund ta përdorë këtë shërbim edhe në mjedise të tjera ku mund të jetë i dobishëm.

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 mbikëqyre 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 përftuara në këtë proces. Partnerët tanë të tjerë rajonalë do të ngarkojnë tarifat e tyre të rasteve të lidhura që do të përcaktohen në vlerësimin fillestar të kostos që i jepet anëtarit.) Anëtari do të mbajë përfitimin e 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 rrjeteve të kontraktuara dhe/ose negociatave të drejtpërdrejta. MediGuide, në të mirë të aftësive 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 Opinionit të Dytë Mjekësor dhe shërbimeve të përkthimit- do të përballohet nga Anëtari.

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 UNIQA.
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 konfidenciale, 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 anëtari.
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 përvijim të metodës së rekomanduar të trajtimit, si dhe materiale shoqëruese të tilla si rrezet X, blloqet patologjike ose 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 prona të tjera intelektuale në pronësi ose të zhvilluar nga SIGAL UNIQA 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 siguruari i SIGAL UNIQA. Ky është një individ i cili është i regjistruar në Programin e Opinionit të Dytë Mjekësor MediGuide për shkak të marrëdhënies së tyre me SIGAL UNIQA.
10. **Mjek** do të thotë një profesionist mjekësor që mban licensat dhe çertifikimet e nevojshme për t'u praktikuar në Shtetet e Bashkuara ose në një juridiksion të huaj.
11. **Gjendje 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 Opinionit 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 antarin dhe Mjekun Personal të antarit 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 Marrëveshje.
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 Specilizuara** 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 siguruari, partneri i të siguarit 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 siguruari, partneri i të siguarit dhe fëmija ose fëmijët e tyre. Nëse ata kanë fëmijët 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).