

KONTRATË E SIGURIMIT SHËNDETËSOR INDIVIDUAL, FAMILJAR DHE NË GRUP

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 - Përjashtime të mbulimit në sigurim

Neni 8 - Mbulimi nga palë të treta

C. Shpenzimet

Neni 9 - Shpenzime të Siguruara

D. Kërkesa per Demshperblim

Neni 10 - Autorizimi Paraprak

Neni 11 - Raportimi i kërkeses per demshperblim/proçedura e trajtimit te 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 perjashtuese

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 - Kushtet e Përgjithshme

Neni 30 – Anekset

KUSHTET E PËRGJITHSHME TË SIGURIMIT TË SHËNDETIT NË GRUP

A - KUSHTET E KONTRATES

Neni 1 – Parashikime të Përgjithshme

Sigurimi i shëndetit bazohet në:

- a) Kushtet e veçanta ku perfsihien polica e sigurimit, lista e përfitimeve dhe anekset e veçanta të kontratës.
- b) Kushte të Përgjithshme Sigurimi (këtu më poshtë do të quhen ‘Kushtet e Përgjithshme’),

- c) Legjislacionin e Kosoves për çështjet që nuk parashikohen në paragrafin a);
- d) Deklarimet me shkrim të bëra nga aplikanti në kërkesën për sigurim dhe në dokumente të tjera përkatëse që lidhen me kërkesën për sigurim.

Ne rast se aktet e lartcekura nuk janë në harmoni me njëra-tjetren, përparësi në zbatim kanë aktet sipas renditjes së lartcekur përkatësisht kushtet e veançta (shitesë) pastaj kushtet e përgjithshme, legjislacioni në fuqi.

Neni 2 - Objekti i Sigurimit

Në përputhje me parashikimet e kushteve të përgjithshme dhe kategoritë e limitet e përcaktuar në Listën e Përfitimeve, shoqëria e sigurimeve **SIGAL Insurance Group SH.A.**, Rr. “Pashko Vasa” p.nr, Prishtinë (këtu më poshtë do të quhet ‘SIGAL’) do të paguajë/rimburoj shpenzimet e trajtimit mjeksor që bëhet i domosdoshëm për shkak të sëmundjes, aksidentit sipas listës së përfitimeve, shtatëzanisë & lindjes si dhe kujdesit parandalues.

Ne perputhje me parashikimet në paragrafin si më sipër, për kontratat “Shëndet në Grup” efektet e ketyre kushteve shtrihen tek te siguruarit/punetoret e kontaktuesit/familjaret e tyre.

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 Siguararin; 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 ultraviolele por jo djegia nga dielli; shkëputjet ose ndrydhjet muskulare që vijnë si shkak i sforcimit fizik; trazirat civile masive apo aktet terroriste (siç e parashikon legjislacioni i kosoves), 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;

Antar i familjes: Antar i familjes i të Siguruarit do të quhen bashkshortët dhe fëmijët e tij apo të saj që jetojnë me të;

Gjendje Para-ekzistuese – çdo sëmundje, plage ose ngjarje që është anomali kongjenitale, gjenetike apo e fituar, përpara datës së hyrjes në sigurim dhe e cila është diagnostifikuar nga një mjek qoftë përpara apo pas hyrjes në sigurim; (kjo e vërtetuar me dokumentacion mjekësor apo ekspertizë mjekësore), apo ka kërkuar trajtim mjekësor para datës së hyrjes në sigurim, duke përfshirë këtu edhe marrjen e ilaçeve, apo çdo sëmundje, plagë, ose ngjarje që ka shfaqur simptoma përpara datës së fillimit të polices, pavarësisht nëse i siguruari kishte apo nuk kishte dijeni:

Gjendje e Lindur - Sëmundjet e lindura janë defekte, anomali ose çrregullime gjenetike që ndodhin gjatë zhvillimit të fetusit në mitrën e nënës dhe janë të pranishme që në lindje. Kjo përfshin anomalitë strukturore ose funksionale që mund të identifikohen gjatë shtatzënisë, në momentin e lindjes ose më vonë gjatë jetës së fëmijës. Shkaqet kryesore mund të jenë gjenetike (mutacionet gjenetike dhe anomali kromozomale), infeksionet gjatë shtatzënisë, faktorët mjedisorë ose mungesa e substancave ushqyese thelbësore për zhvillimin normal të fetusit.

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 menyrë të menjëherëshme shëndetin, duke kërkuar në këtë mënyrë marrjen e masave mjekësore urgjente.

Urgjencë - ndryshimi i përnjëhershëm i gjendjes shëndetësore që kërkon kujdes të shpejtë shëndetësor, por që nuk rrezikon drejtpërdrejt jetën ose nuk dëmton seriozisht shëndetin e policmbajtesit.

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 percaktuar në listen e përfitimeve.

Kirurgji Ditore - do të quhet kirurgjia në një qendër/spital ku pacienti kryen trajtimin mjekësor/intervenimin brenda një dite, pra qëndrimi dhe dalja nga institucioni shëndetësor bëhen në të njëjtën ditë, pa qëndrim gjatë natës.

Komplikime të shtatëzanisë – quhen gjendje shëndetësore që përfshinë abortin me indikacion të mjekut, shtatzëninë ektopike, fetus mortuum in utero, hemorragjitë e paslindjes, retensioni placentar, rrupturë dhe inversioni uterin.

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

Kujdesi parandalues - përfshinë 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 shtatzënie – do të quhen të gjitha përkujdesjet e zakonshme për shtatzëninë dhe lindjen duke përfshirë këtu kujdesin gjatë shtatzënisë, lindjen, komplikimet e lindjes dhe 40 ditë pas lindjes, shpenzimet e spitalit, të mjekut obstetër dhe të mamisë për një lindje, limiti i shpenzimeve të shtatzënisë dhe lindjes është i përcaktuar për ngjarje të siguruar.

Lindje - nënkupton procesin natyror ose mjekësor në të cilin një foshnje del nga barku i nënës pas një periudhe të shtatzënisë, zakonisht pas 37-42 javëve të shtatzënisë. Lindja konsiderohet e plotë dhe e vlefshme kur foshnja shfaq shenja jete, si frymëmarrje, rrahje zemre ose lëvizje të muskujve. Në aspektin ligjor dhe mjekësor, lindja shënon momentin kur fëmija fiton statusin juridik si një individ më vete, duke i garantuar të drejta dhe mbrojtje të plota ligjore.

Aborti - është nderprejre e shtatzënisë me dhunë.

Nderprerje e Indukuar e Shtatzënisë - është ndërprerja e shtatzënisë me qëllim deri në fund të javës së njetedytë (22) të shtatzënisë apo peshen e frytit deri në pesqind (500) gr.

Embrioni - është organizem i gjalle nga çasti i fekondimit deri në muajin e tretë të shtatzënisë.

Fetusi - është fryti pas javës së dhjetë (10) të shtatzënisë dhe deri në lindje.

Gjendje kronike - quhet sëmundja ose gjendja tjetër shëndetësore e cila perseritet, persiston dhe që zgjasin 3 ose më shumë muaj dhe që kërkojnë trajtim në vazhdimësi për kohë të gjatë.

Rrjeti i institucioneve mjekësore partnere SIGAL – është rrjeti i institucioneve shëndetësore me të cilat Kompania e Sigurimeve SIGAL ka marrveshje bashkëpunimi për ofrimin e shërbimeve mjekësore ndaj policmbajtesve/të siguruarve, ku mëposhtë për efekte të kësaj kontrate shkurtimisht përmendet “rrjeti mjekësor SIGAL”

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

Vazhdimësia në Sigurim - vazhdimësia në sigurim nënkupton kur të siguruarit kalojnë nga një kompani sigurimi në një tjetër duke ruajtur mbulimin pa ndërprerje, e cila duhet të aprovohet nga **SIGAL Insurance Group**. Për shembull, nëse policja e sigurimit në kompaninë paraprake skadon më 31.12.2025, në ora 23:59, dhe policja e re në SIGAL vazhdon më 01.01.2026, në ora 00:01, mbulimi konsiderohet i vazhdueshëm. I siguruari mund të përjashtohet nga periudha e pritjes për sëmundjet e mbuluara më parë, por mbetet

përgjegjës për sigurimin e vërtetimit të sigurimit paraprak (Datat: Prej-Deri), dokumentacionit mjekësor dhe kërkesave për rimbursim, siç kërkohet nga SIGAL. Vërtetimi i sigurimit paraprak duhet të lëshohet nga kompania paraprake. Duhet të përmbaj informacionet në vijim: emri dhe mbiemri i të siguruarit, data e lindjes, numri personal i letërnjoftimit, datat e sakta të mbulimit në sigurim (Prej - Deri), dhe Dokumenti duhet të përmbajë datën e lëshimit, të jetë i vulosur dhe i nënshkruar nga kompania.

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 licensuar profesionalisht dhe që i ofron shërbime mjekësore pacientëve. Mjekët, spitalet, klinikat, farmacitë, infermieret, mamitë, terapistët fizikë, dhe laboratorët quhen ofrues shërbimesh mjekësore.

Barërat ose Medikamentet – janë substanca ose produkte të licencuara farmaceutike, të destinuara për diagnostikimin, parandalimin dhe trajtimin te një gjendjeje shëndetsore dhe të cilat janë të miratuara nga autoritetet kompetente.

Kontraktuesi – është personi juridik apo fizik që lidhë marrëveshje në dobi të policmbajtësit/të siguruarit.

Lista e përfitimeve - është pjesë e kushteve të përgjithshme të kontrates, në të cilën janë të specifikuar shuma e sigurimit/kufiri i mbulimit, zona/territori i mbulimit, limitet e mbulimit (sipas kategorive të të siguruarit) nga e cila derivon polica e sigurimit.

Policëmbajtësi /i siguruari - është personi fizik, shëndeti i të cilit është siguruar nga kontraktuesi apo vet ai.

Police Sigurimi – është dokument i lëshuar nga siguroesi me të cilin vërteton që personi fizik ka sigurim shëndetësor.

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

Periudha e Sigurimit - 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 siguroesi 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 t'i dhënë të siguruarve shërbime mjekësore.

Sëmundje – quhet përkeqësim i paqëllimshëm i gjendjes shëndetësore që nuk është rrjedhojë e një aksidenti dhe është diagnostikuar nga një mjek. 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 licensuar 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 shëndetsore 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 ripërtrij apo ruajë shëndetin, që i përmbahet këshillave mjekesore, 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 deri në limitin e trajtimit dentar të percaktuar në listën e përfitimeve. Trajtimi dentar emergjent duhet të kryhet brenda 24 orësh nga fillimi i simptomave.

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

Trajtimet onkologjike - Përfshijnë çdo trajtim mjekësor që lidhet me kancerin: vizitat, ekzaminimet radiologjike, laboratorike, nderhyrja kirurgjikale, kimioterapia, radioterapia, terapitë hormonale, imunoterapia, dhe procedurat e tjera të nevojshme për sëmundjet malinje.

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.

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

Territori i mbulimit në sigurim - nënkupton trajtimin/shpenzimet mjekësore të kryera brenda territorit të shtetit të percaktuar në listën e përfitimeve dhe policën e sigurimit.

Në rast konflikt të interpretimit të kushteve të përgjithshme të shëndetit privat, definicionet e percaktuara në legjislacionin në fuqi në Kosovë, mbizotrojnë ndaj definicioneve të sipërcekura.

B - SIGURIMI

Neni 4 – Përfitime

Përfitimet nga ky sigurim përcaktohen në policë/listën e përfitimeve si dhe në shtojcat e saj. Kjo policë (kontratë) mbulon shpenzimet për trajtime të cilat njihet se kanë aftësi diagnostikuese, stabilizuese apo përmirësuese dhe të cilat janë të nevojshme nga ana mjekësore.

Kjo policë (kontratë) mbulon shpenzime që janë të zakonshme dhe të arsyeshme për përkujdesjen sipas institucionit shëndetësor të vendit ku jepet shërbimi. Në rast se SIGAL gjykon që shpenzimet janë të tepëra, SIGAL ruan të drejtën të paguajë vetëm një shumë që e quan të zakonshme dhe të arsyeshme për trajtimin e dhënë. **Në rast se ka dallime (ndryshime), në mes të listës së përfitimeve dhe kushteve të përgjithshme, mbizotron lista e përfitimeve.**

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 qe 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 të porsalindurve mund të behet nga mosha 3 muajore, 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 territorit të shtetit të percaktuar në listën e përfitimeve dhe policën e sigurimit.

Neni 7 - Përjashtime të mbulimit në sigurim

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

- a) Shpenzimet mjekësore për gjendjet paraekzistuese, gjendjet e lindura dhe gjendjet kronike: për çdo sëmundje, plagë ose ngjarje që është anomali kongjenitale, gjenetike, e fituar përpara datës së hyrjes në sigurim apo e cila është diagnostifikuar nga një mjek qoftë përpara apo pas hyrjes në sigurim (kjo e vertetuar me dokumentacion mjekësor/ekspertizë mjekësore), apo ka kërkuar trajtim mjekësor para datës së hyrjes në sigurim, duke përfshirë këtu edhe marrjen e ilaçeve, apo çdo sëmundje, plagë, ose ngjarje që ka shfaqur simptoma përpara datës së fillimit të polices, pavarësisht nëse i siguruari kishte apo nuk kishte dijeni.
- 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 keqtrajtimit 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 paafitë – i palicencuar për të drejtuar mjetin fluturues.
- h) Plagët apo lëndimet e shkaktuara nga ushtrimi i aviacionit amator, aksidentet e fluturimit apo hedhjes nga mjete fluturuese me ose pa motor, si dhe kur fluturimi apo hedhja kryhet duke shkelur rregullat e përcaktuara nga organet përkatëse apo pa marrë lejen e organeve përkatëse dhe kur nuk është kryer sigurimi shtesë për rrezikun përkatës;
- 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) Deformime të tjera kongjenitale të kokës, fytyrës, nofullës (deviacioni i septumit nazal, atrofi ose hipertrofi, hundë e shtypur dhe si sqep, kongjenitale).
- l) 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 mendjelehtësia e të siguruarit apo kur i siguruari e ka sjellë veten në gjendje të pavetëdijshme.
- m) Pasojat e ngjarjeve gjatë një periudhe luftime, 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.
- n) Dëmtime të shëndetit si pasojë e rrezatimit jonik si dhe rreziqeve të energjisë bërthamore në rast aksidenti.
- o) Kontraceptivet dhe kontracëpsioni për meshkuj apo femra, sterilizimi dhe kujdesi për probleme seksuale, kthim mbrapsht i sterilizimit, hetimi dhe trajtimi për infertilitetin, operacione për ndryshimin e seksit, kujdesi, hetimi dhe trajtimi i grupit të sëmundjeve transmissive seksuale pavarësisht rrugëve transmissive, duke përfshirë këtu edhe HIV/AIDS.
- p) Aborti artificial pa indikacion mjekësor dhe aborti për qëllime të planifikimit familjar;
- q) Shpenzime mjekësore për hetimin, diagnostifikimin, ekzaminimin dhe trajtimin e anomalive, çrregullullimeve gjenetike dhe sëmundjeve për fetusin, frytin dhe të porsalindurin (Përjashtim nga ky refuzim: Tetst prenatalë gjenetike: NIFTY test, Qualified test, Panorama Test),

- r) Analizat laboratorike: testi i intolerances ne ushqim (testi i përgjithshëm i ushqyeshmerisë),
- s) Lëndimet si pasojë e aksidentit të shkaktuar ose pësuar nën ose nga ndikimi i alkoolit, drogave ose substancave tjera psikotrope ose narkotike;
- t) Lëndimet ose pasojat e shkaktuara nga konsumimi i alkoolit, përdorimi i drogave apo substancave të tjera abuzive.
- u) Sëmundjet nervore, sëmundje mendore (epilepsi, depresion, neurozë, sklerozë të shumëfishtë dhe sëmundje tjera të ngjashme nervore/mendore).
- v) Shpenzimet mjekesore 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 autorizuar me ligj ose nëse të njëjtat janë të përcaktuara si të tilla me legjislacionin në fuqi për sëmundjet ngjitëse në Kosovë.
- w) Sëmundjet infektive kronike.
- x) Përkujdesi ndaj alkoolizmit, varësisë ndaj drogave, lëndëve të tjera që shkaktojnë varësi dhe çdo pasojë e drejtpërdrejtë ose jo e drejtpërdrejtë e tyre.
- y) 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.
- z) Intervenimet e kirurgjise optike, të cilat nuk përfshihen në pikën (Y).
- aa) Paisjet ortopedike.
- bb) Të gjitha trajtimet dentare jo-emergjente, implantet dentare, trajtimet ortodontike/protezat, kurorat, urat, fluorizimi dhe të gjitha llojet e intervenimeve dentare, maksillofaciale etj;
- cc) Hetimi dhe trajtimi i obezitetit (mbipeshes) dhe diabetit.
- dd) Insuficienca e veshkëve dhe dializa.
- ee) Të gjitha barërat për sëmundje kronike, sëmundje të lindura, barnat komplementare, suplementet [vitaminat, mineralet, probiotik (përveq nëse përshkruhet së bashku me antibiotik), vajrat, shtesa ushqimore, produktet me përbërje bimore, çajra, etj], apo/dhe barërat pa përshkrim nga mjeku i licensuar.
- ff) Vaksinat për alergji dhe sëmundje kronike, të lindura.
- gg) 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.
- hh) Shpenzimet e kiropraktikës.
- ii) Shpenzimet e të gjitha formave të transportit, përveç shpenzimeve për transport me autoambulancë kur është e domosdoshme përcjellja profesionale mjekësore deri në spitali i parë që ofron ndihmën e parë, sipas limitit të përcaktuar në listën e përfitimeve.
- jj) Logopedia dhe mësimdhënia përmirësuese (rehabilituese), trajtim psikologjik dhe trajtimin e sjelljes.
- kk) Heqja e nevusave (bengave) dhe lythave me dëshirë të klientit pa indikacion mjekësor.
- ll) 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.
- mm) Synetia.
- nn) Siguruesi nuk paguan për aparate që shërbejnë për kujdesje trupore dhe të sëmurës si p.sh: kepuce ortopedike, shtojca ortopedike, apart për ndëgjim, qorape kompresive(elastike) aparat frymarrje, pompa qumshti, dush për gojë, qese për akull, jastek korenti, termometer, aparat për matje të tensionit, të glikemise, lancetat, produkte kozmetike dhe mjete tjera për kujdesje trupore.
- oo) 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.
- pp) Shpenzimet mjekësore si pasojë ose rezultat i alkoolit ose alkoolizmit;
- qq) Shpenzimet jomjekesore për shembull shpenzimet për telefon privat, përkthimi i dokumentacionit mjekësor dhe të tjera nuk do të mbulohen.

- rr) Riintervenimet kirurgjike
- ss) Transplanti i organeve.
- tt) Shpenzimet e sherbimeve mjekesore qe kerkohen nga institucionet e ndryshme publike e private si pershembull qerdhet, shkollat, autoshkollat, inspektoratet etj.
- uu) Shpenzimet mjekesore per rastet ne te cilat kontraktuesi/policembajtesi nuk e ka paguar primin e sigurimit sipas marrveshjes me siguruesin.
- vv) Shpenzimet e sherimit, apo cdo lloje kerkese per rimbursim, nese eshte krijuar para dates se leshimit te polices.
- ww) Shpenzimet per trajtimet mjekesore te ndodhura jashte periudhes se sigurimit nuk mbulohen.

Neni 8 - Mbulimi nga palë të treta

- a. Kur të kërkohej 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 bashkërendoj 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. Kontraktuesi dhe i siguruari/policembajtesi zotohen të bashkëpunojnë me SIGAL dhe ta lajmërojnë menjëherë mbi çdo kërkesë apo të drejtë veprimi ndaj palëve të treta. Gjithashtu, Kontraktuesi 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 paguaj shpenzimet vetëm brenda periudhës siguroese për përfitimet që synojnë të diagnostikojnë dhe të kurojnë sëmundje të mbuluara me kontratë dhe shpenzimet e mjekimit si pasojë e aksidentit personal (nese është e specifikuar në listen e përfitimeve).

Në këto përfitime përfshihen:

- a) Kontrollë, 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 përshkruara nga mjeku përkatës (e domosdoshme diagnoza udhezuese, indikacionet mjekesore apo të dhënat anamnestike), përveç analizave check up te cilat mbulohen pa pershkrim te mjekut (sipas kushteve te kontrates).
- c) Barërat e përshkruara nga mjeku i licencuar, sipas raportit mjekësor të prezantuar. Testi i intolerances në substancë 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 përfitimeve.
- g) Shpenzimet për kujdesin gjatë shtatzanisë dhe lindjes (për të gjithë planet e reja të sigurimit si dhe për të gjitha të siguarat e reja do të zbatohet një periudhë pritjeje prej 10 muajsh). Limiti i shpenzimeve të shtatzënisë dhe lindjes është i përcaktuar për një ngjarje të siguar (në kuadër të këtij limiti/ngjarje përfshihen: kujdesi i zakonshëm gjatë shtatzanisë dhe lindjes, patologjitë gjatë

shtatzënisë dhe lindjes, komplikimet gjatë shtatzënisë dhe lindjes, lindja, NIFTY test, Qualified test, Panorama Test (teste gjenetike prenatale), aborti dhe nderprerje e indukuar e shtatzënisë). Limiti i mbetur për kujdesin gjatë shtatzënisë dhe lindjes në rast të ndodhjes së ngjarjes së siguruar të kësaj pollice bartet në policen e rinovuar. Mbulohen vetëm analizat për qregullime gjenetike, (testet prenatale) gjatë zhvillimit të shtatzënisë, në kuadër të kujdesit për shtatzëni dhe lindje për ngjarje të siguruar.

- h) Pasojat e plagëve apo lëndimeve që rrjedhin nga pjesëmarrja në sporte jo profesionale sipas limitit të përcaktuar në listen e përfitimeve.
- i) Shpenzimet për abort mbulohen vetëm në rast të abortit me indikacione mjekësore (përjashtuar planifikimin familjar në pajtueshmeri me nenin 7 pika P), deri në shumën prej 500€. Aborti hyn në kuadër të kujdesit gjatë shtatzënisë dhe lindjes sipas limiteve në pako.
- j) Aksidentet e transportit ajror do të mbulohen vetëm nëse i siguruari ndodhet në një mjet fluturues me një certifikatë të vlefshme fluturimi dhe që drejtohet nga një pilot i aftë dhe i licensuar për llojin e avionit. I siguruari mund të jetë gjithashtu edhe drejtues i mjetit përse kohë që është i licensuar për mjetin përkatës dhe i aftë për ta drejtuar.
- k) Trajtimi fizioterapeutik mbulohet vetëm nëse përshkruhet nga mjeku specialist dhe kryhet brenda qendrës mjekësore specialiste 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, plumbimi me anestezi, ekstraktimi (nxjerrja e dhëmbit) me anestezi, RTG, ekzaminimi i vitalitetit të dhëmbit. Në raste të dyshimta do të kërkohej ortopani dhe vizita te mjeku specialist i caktuar nga siguruari.
- m) Trajtimi optik do të mbulojë shpenzimet për kontrollat, ekzaminime mjekësore dhe një palë xhamave optike të syzave (me qese), brenda dy viteve të sigurimit. Mbulohen këto lloje të xhamave: fokale, bifokale, me anti-refleks dhe cilindrik. Në rast dyshimi për parregullesitë mund të kërkohej verifikimi i xhamave drejtpërdrejt tek siguruari.
- n) Kujdesi psikiatrik: Mbulohen shpenzimet për trajtime psikiatrike ambulatorie (nëse mbulimi është i specifikuar në Listën e Përfitimeve). Mbulohen gjendjet e shëndetit mental (të cekura në klasifikimin ndërkombëtar të sëmundjeve ICD-10 ose DSM-IV), të diagnostikuara nga një psikiatër i licensuar. Në kuadër të kujdesit psikiatrik mbulohen: vizita, konsultimi, seancat e psikoterapisë dhe trajtimi me medikamente ambulator nga psikiatri.
- o) Në kuadër të trajtimit emergjent do të mbulohet vetëm trajtimi mjekësor nga një mjek i përgjithshëm ose mjek specialist ose shtrimi në spital brenda 24 orëve nga ndodhja e ngjarjes që shkakton emergjencën.
- p) Në kuadër të kujdesit parandalues, do të mbulohet:
 - një kontroll rutinor, mamogram dhe/ose një PAP test, një ekzaminim i prostatës (PSA) brenda vitit siguruari e cila rimbursohet 80%.

Një kontroll rutinor/ check up brenda vitit siguruari, të cilën i siguruari mund t'a kryej 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,

Meshkuj mbi 50 vjeç

1. Gjak – komplet,

- | | |
|---------------------|------------------------|
| 2. Urine – komplet, | 2. Urine – komplet, |
| 3. Mamografi, | 3. Grafi e mushkërive, |
| 4. PAP Test, | 4. Lipidogram, |
| 5. Feçe gjak okult | 5. PSA |
| | 6. Feçe gjak okult |
| | 7. EKG |

D - KËRKESA PËR DËMSHPËRBLIM

Neni 10 – Periudha pritese dhe autorizimi paraprak

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 për kujdes gjatë 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.
- 4) 6 muaj / Endoskopitë (Gastroskopia, Kolonoskopia, Sigmoidoskopia, Bronkoskopia, Cistoskopia, Laparoskopia, Histeroskopia, ERCP, etj.)

Periudhat pritëse nuk zbatohen për rastet emergjente si pasoje e sëmundjes dhe aksidentit sipas limiteve të përcaktuara në listën e përfitimeve.

Gjendjet paraekzistuese, gjendjet e lindura dhe gjendjet kronike para fillimit të sigurimit nuk mbulohen (sipas përcaktimeve në nenin 3 dhe nenin 7 të ketyre kushteve).

Autorizimi paraprak

Pas aplikimit të periudhës pritëse për trajtimet mjekësore si në vijim duhet të plotësohet dhe dërgohet në SIGAL autorizimi paraprak:

- Trajtim për rastin e lindjes.
- Kontrolli mjekësor me skanim magnetik MRI, gjitha llojet e CT, Endoskopi.
- Intervenim kirurgjik.
- Trajtim me shtrim në spital.
- Trajtim në shtëpi (infirmieri).
- 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 nuk është marrë autorizimi paraprak, atëherë SIGAL ruan të drejtën të paguaj pjesërisht shumën e pretenduar për dëmshpërblim nëse trajtimi/ shërbimi mjekësor mbulohet nga policat e sigurimit dhe shumën e shpenzimit është e arsyeshme dhe e zakonshme për trajtimin apo procedurën mjekësore të kryer. Nëse mbulimi për trajtimin përkatës sipas listës së përfitimeve është përcaktuar në lartësinë prej 100%, në mungesë të autorizimit paraprak rimbursimi do të bëhet në lartësinë prej 70% të shumës. Nëse ky mbulim sipas listës së përfitimeve është përcaktuar në lartësinë prej 80%, në mungesë të autorizimit paraprak rimbursimi do të bëhet në lartësinë prej 50% të shumës.

Nëse shërbimi mjekësor merret jashtë rrejtës SIGAL, nga shumën totale për rimbursim do të zbritet edhe 30% e vlerës së kërkuar për rimbursim, pas aplikimit të 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 kërkesës për dëmshpërblim/procedura e trajtimit të dëmit

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

Në rast të refuzimit nga i siguruari apo policmbajtesi të plotësimit të ketyre kushteve SIGAL ruan të drejten të refuzoj kërkesen perkatase për rimbursim.

I Siguruari duhet të kontaktoj një mjek brenda një periudhe kohore 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, ndërsa për kërkesat e paraqitura online do të ndjeket procedura e regjistrimit të kërkeses sipas instruksioneve në shfletuesin e portalit të siguruesit në linkun 1 dhe 2.

1. <https://www.youtube.com/watch?v=dbOAbgIthFg>
2. <https://www.youtube.com/watch?v=LhLfXMqyANc>

Shenim: Limitet e paraqitjes së kërkesave online janë nga 30.00€ deri 500.00€

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. Të gjitha shpenzimet e nevojshme për këto dokumenta do të mbulojnë nga i Siguruari.

I Siguruari/kërkuesi i dëmshpërblimit mban përgjegjësi për saktësinë e kërkesës për dëmshpërblim të paraqitur. Gjithashtu I Siguruari/kërkuesi duhet, me aq sa mundet, të vërtetoj 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 njehta do të kërkohet të plotësohet dhe në rast të mos plotësimit të kërkeses, mund të refuzohet 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 shqyrtoj të dhënat mjekësore dhe të lidhet drejtpërdrejtë me ofruesit e shërbimeve mjekësore, mjekët e familjes, mjekët që kanë dhënë trajtimin mjekësor, terapistët dhe spitalet, të percaktuara në nenin 21 dhe në formularin “kërkesë individuale për sigurimin e shëndetit”. Kërkesat për dëmshpërblim për fëmijët nën 18 vjeç duhet të paraqiten nga përfaqësuesi ligjor apo kujdestar.

Nuk pranohet ndërhyrja në raportet mjekësore, fatura apo dokumente e tjera pas vlerësimit apo refuzimit të kërkesës. Kërkesa për autorizim paraprak/rimbursim duhet të dorëzohet në SIGAL 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, kërkesave për rimbursim do të konsiderohet ndërhyrje në dokumente, si e tillë kërkesa për rimbursim të shpenzimeve mjekësore do të refuzohet.

Dokumentet e dorëzuara për të cilat është realizuar rimbursimi nuk kthehen mbrapa, me përjashtim të rasteve kur kërkesa është refuzuar, kundrejt kërkeses me shkrim tek siguruesi.

Shërbime mjekësore 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 Siguararin. 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 mjekësore, 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 llogarise 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 t'i faturoj të Siguararit 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 prezantoj policën origjinale të sigurimit ose kartën e sigurimit të lëshuar nga SIGAL dhe i njejtë do të përfitojë mbulimin e shpenzimeve me garanci pagese sipas vendimit të SIGAL dhe marreveshjes që SIGAL ka me anëtarin e rrjetit SIGAL për shfrytëzimin e kartelës. 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 plotë ose të pjesshëm përcaktohet në këshillën për mjetin juridik kundër vendimit të komisionit vlerësues. Brenda një afati prej 8 ditësh, mund t'i drejtoheni Komisionit për Zgjidhjen e Ankesave në SIGAL me një ankesë. Në të kundërt, ankesa do të refuzohet si e dorëzuar jashtë afatit.

Shërbime mjekësore nga ofrues shërbimesh që nuk janë pjesë e Rrjetit Mjekësor SIGAL

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

Çdo kërkesë për dëmshpërblim duhet t'i njoftohet SIGAL menjëherë dhe jo më vonë se 60 ditë pasi është kryer trajtimi mjekësor. Ndërsa të gjitha kërkesat për rimbursim me vlera të ulta duhet të grumbullohen deri sa të arrijnë shumën 30€, brenda periudhës së kontrates.

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 t'i 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 transferi bankar në llogarinë e përcaktuar nga SIGAL. Nëse primi nuk është paguar deri në datën e përcaktuar, Siguruesi e ruan të drejtën e pezullimit të kërkesave për rimbursim dhe nderprerje të kontrates.

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 me kushtin që primi paguhet pas kalimit të afatit të sipërcekur. Siguruesi do të pranoj 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 ndërpritet, dhe
- Mbulimi në sigurim përfundon.

Neni 14 - Modifikimi i primit

SIGAL do të ketë të drejtë të ndryshoj 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 përfundoj 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 - DATA E FILLIMIT, KOHËZGJATJA, 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 – Mos ekzekutimi i kontratës së sigurimit

SIGAL ruan të drejtën të mos dëmshpërblej kërkesat për rimbrusim 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 t'i 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 kryhet 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 përfundoj 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.

Kur, kontraktuesi dhe i siguruari janë në raport pundhënes-punamrres, me shkeputjen e këtij raporti ndërpritet apo përfundon atëherë ndërpritet edhe kontrata e mbulimit në sigurim në raport me punëmarresin.

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 t'i 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 plotësuese 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, në rast të kundër cdo informacioni i fshehur/ i pasakte, SIGAL ka të drejtë të refuzojë kërkesën, ta shkeputë kontratën apo mos ta vazhdoj.

Në rast se SIGAL vendos për pranim në sigurim për periudhën me të shkurtër se kohezgjatja e kontrates atëherë mbulimi me sigurim (shuma e sigurimit dhe limitet) do të përpjestohen në raport me periudhën e mbetur deri në përfundim të kontrates dhe primin e sigurimit.

Neni 19 - Minimizimi i shpenzimeve

Në rast ndodhje të rastit të sigurimit, i siguruari duhet të bëjë çdo gjë që është e mundur dhe brenda fuqive të tij/saj për të kufizuar nivelin e shpenzimeve.

F – TË NDRYSHME

Neni 20 - Sekret i mjekësor

I siguruari çliron nga detyrimi i sekretit profesional të gjithë mjekët me të cilët ai/ajo është këshilluar para apo gjatë periudhës së sigurimit, për të mundësuar dhënien e informacioneve dhe dokumenteve SIGAL dhe mjekëve të caktuar nga SIGAL. SIGAL trajton në mënyrë konfidenciale të gjithë informacionin e dhënë, duke përfshirë këtu rezultatet e kontrolleve dhe analizave që mund t'i 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 Insurance Group 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, datë 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 bëhet në përputhje me rregullat dhe procedurat e percaktuara në Ligjin në fuqi në Kosovë për mbrojtjen e të dhënave personale. Me lidhjen e kontrates, i siguruari autorizon shoqërinë e sigurimit që për efekt dhe zbatim të kontrates të sigurimit të marrë të dhëna personale përfshirë ato të ndjershme personale nga palët të treta me qëllim përpunimin e tyre.

Neni 22 - Kufizimet e sanksioneve dhe klauzola përjashtuese

Pavarësisht dispozitave tjera të kësaj kontrate, kjo kontratë siguri për aq sa ofron mbulim siguri 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 organizoj 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 kryej. 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

Komunikimet mes paleve kontraktuese, behet përmes e-maili, telefoni, faxi dhe portalit online dhe atë:

- E-mail: info@sigal-ks.com; demet.shendetsore@sigal-ks.com
- Tel: +383(0)38-240-241
- Fax: +383(0)38-240-241
- Portali online:
<https://www.youtube.com/watch?v=dbOAbgIthFg>,
<https://www.youtube.com/watch?v=LhLfXMqyANc>
- Personat e kontaktit e përcaktuar në kontratën e sigurimit

Që të jenë të vlefshëm, çdo mesazh apo dërgim informacioni nga policëmbajtësi ose i siguruari, duhet t'i drejtohet drejtpërdrejtë Zyrrave Qendrore të SIGAL në Prishtinë sipas adresave me lartë. Çdo kontakt jashtë përcaktimeve si me lartë nuk do të konsiderohet si i tillë, ndërsa përgjegjësia për këtë mbetet tek 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 të tij/saj.

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

Me realizimin e pageses/rimbursimit, kalojnë në siguruesin në bazë të ligjit deri në shumën e rimbursuar të gjitha të drejtat e të siguarit kundërt të gjithë personave, të cilët mbi çfarëdo baze janë përgjegjës për rastin e siguar.

Neni 26 - Shkelja e detyrimeve kontraktuale

SIGAL do të ketë të drejtë të verifikoj të dhënat e paraqitura nga i siguruari, i cili për këtë qëllim, duhet të lejoj dhënien e informacioneve përcaktuese në vlerën e primit. Nëse deklaratat e të siguarit do të jenë të pasakta (dhe kanë ndikim në përcaktimin e primit) në ato pika që përcaktojnë primin, SIGAL do t'i dërgoj të siguarit një kërkesë për të saktësuar të dhënat e gabuara, kosto e së cilës do të paguhet nga i siguruari. Nëse kërkesa nuk do të respektohet pas përfundimit të një periudhe 30 ditore që nga postimi i saj, SIGAL do të jetë i çliruar nga detyrimet kontraktuale. Nëse të dhënat saktësohen, SIGAL do t'i komunikoj të siguarit një prim përfundimtar të llogaritur në bazë të të dhënave të ndryshuara, të paguashëm 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. Në rast se SIGAL vërteton se i siguruari ka kryer abuzim apo mashtrimin në sigurim apo ka tentuar të abuzoj apo të kryej 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 njejtit 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 Insurance Group.

Neni 28 - Dispozita të fundit

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

Neni 29 – Kushtet e Përgjithshme

Keto kushte janë të pandryshueshme, ndersa nese per ndonje nen apo paragraf do kete marrveshje tjeter me te siguruarin, i njeiti do te behet vetem me aneks kontratë.

Neni 30 – Anekset

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



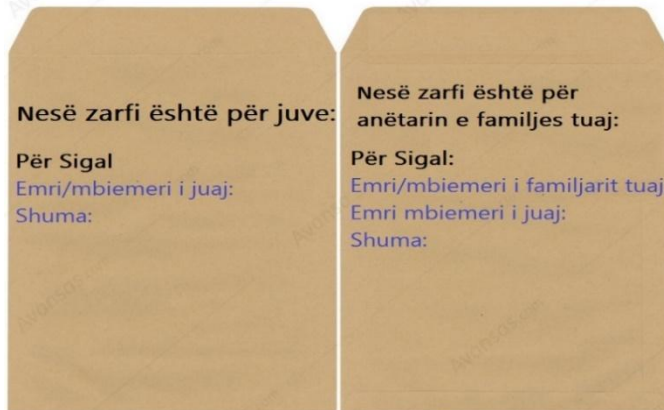
Anex 2 - DOKUMENTACIONI I NEVOJSHËM ME RASTIN E KËRKESËS PËR RIMBURSIM

Formulari i kërkesës për rimbursim duhet të prezantohet në SIGAL i plotësuar saktë në 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 të 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 në 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 të shëndetit, luteni të na shkruani në:

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

Adresa Postare:

SIGAL Insurance Group

Adresa: Rr. “Ukshin Hoti”, Nr.19, Pejton, Prishtinë, Kosovë