

KUSHTET E SIGURIMIT - SIGURIM SHËNDETI “JETO DHE UDHËTO JASHTË SHQIPËRISË” (Shëndet në Udhëtim)

Mbulimi i shpenzimeve mjekësore emergjente dhe Shpenzime të riatdhesimit:

Kjo policë sigurimi mbulon:

Shpenzimet e arsyeshme dhe të nevojshme emergjente mjekësore dhe shpenzimet e arsyeshme dhe të nevojshme të riatdhesimit, deri në vlerën maksimale të shpenzimeve të përcaktuar në formularin e policës së sigurimit si dhe në përputhje me zonën e zgjedhur të mbulimit, në rast emergjence shëndetësore të shkaktuar si pasojë e një aksidenti apo sëmundje të papritur dhe të menjëhershme të ndodhur jashtë territorit të Shqipërisë gjatë periudhës së mbulimit në sigurim të personave të siguruar.

Përcaktime:

‘Aksident’ – Përcaktohet çdo ngjarje e papritur dhe e paparashikuar që ndodh në mënyrë rastësore pa vullnetin e të Siguruarit, e identifikueshme për sa i përket kohës dhe vendit të ndodhjes, që ka impakt trupor të drejtpërdrejtë, të jashtëm dhe të dhunshëm mbi të Siguruarin dhe që sjell si rrjedhojë humbjen e jetës, paaftësinë për punë ose dëmtime trupore të të Siguruarit.

‘Emergjencë’ – do të konsiderohet gjendja që mund të konstatohet në rast aksidenti, ose fillimi apo përkeqësimi papritmas i një sëmundjeje të rëndë që rezulton në një gjendje mjekësore që kërcënon në mënyrë të menjëhershme shëndetin, duke kërkuar në këtë mënyrë marrjen e masave mjekësore urgjente. Do të mbulohen 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.

‘Gjendje Para-ekzistuese’ – Çdo sëmundje ose plagë që:

- Është diagnostikuar nga një mjek apo ka kërkuar trajtim mjekësor përpara datës së fillimit të policës, duke përfshirë këtu dhe marrjen e ilaçeve;
- Ka shfaqur simptoma përpara datës së fillimit të policës, të cilat do ta detyronin një person të kujdesshëm që të kërkonte këshillim apo trajtim mjekësor.

‘I Siguruar’ – Çdo individ emri dhe të dhënat personale të të cilit figurojnë në policën e sigurimit për të cilin është paguar primi i sigurimit.

‘Sigurues’ – Kompania e sigurimit SIGAL UNIQA Group AUSTRIA;

Përfshirje të zbatueshme për mbulimin:

Ky sigurim nuk mbulon:

1. Shpenzimet e bëra në Shqipëri;
2. Shpenzimet e bëra pas kalimit të një muaji nga data e përfundimit të Periudhës së Sigurimit;
3. Shpenzimet emergjente të bëra pas kalimit të 15 (pesëmbëdhjetë) ditëve nga data e diagnostikimit ose fillimit të trajtimit mjekësor;
4. Shpenzimet mjekësore apo të riatdhesimit që tejkalojnë vlerën e limitit të përcaktuar në skedulin e policës së sigurimit.
5. Shpenzimet e paguara nga një plan mjekësor, policë sigurimi ose program mjekësor shtetëror apo privat;
6. Shpenzimet që janë rrjedhojë direkte ose indirekte e përdorimit të alkoolit, për shkak të dehjes, efektet ose influenza e barnave ose intoksikuesve të çdo lloji, përdorimit të drogës apo

substancave halucinative apo abuzimit me substanca kimike (ilaçe ose droga), vetëvrasjen ose aktet kriminale apo vetëekspozimin me dashje ndaj rreziqeve të rënda (përveçse në përpjekje për të shpëtuar jetë njerëzore) të Personit të Siguruar;

7. Dëmtimet e shkaktuara direkt ose indirekt nga lufta, pushtimi, veprime të armikut të jashtëm, veprime luftarake apo të ngjashme me to pavarësisht nëse është shpallur lufta ose jo, lufta civile, kryengritje, trazira, turbullira civile që marrin përpjestimin e një kryengritjeje popullore, kryengritje ushtarake, rebelimi, revolucioni, pushteti ushtarak ose i uzurpuar, ose çdo veprim i çdo personi që vepron në emër të ose në lidhje me çdo organizatë me veprimtari që ka si drejtim përmbysjen me forcë të qeverisë de juro apo de facto ose që ta influencojë atë me anë të terrorizimit apo dhunës;

8. Shpenzimet e bëra për kurimin e depresionit, ankthit, gjendjeve mendore, psikologjike apo nervore;

9. Shpenzimet për kontrollet normale të syve dhe dhënien e ndihmës për shikimin, kontrollet normale të veshëve dhe dhënien e ndihmës për dëgjimin, ekzaminimet dhe kontrollet e zakonshme mjekësore;

10. Shpenzimet për kirurgjinë kozmetike dhe mjekimin shoqëruar;

11. Shpenzimet për shtatzani normale dhe lindje;

12. Shpenzimet për mjekimin normal të dhëmbëve dhe vënien e dhëmbëve false apo protezave të dhëmbëve; Për rastet urgjente dentare paguhen jo më shumë se 100 € pas aplikimit të pjesës së zbritshme (sipas rastit);

13. Shpenzimet për dëmtime trupore që pësohen gjatë marrjes pjesë në ngjitje malore ku normalisht përdoren litarë ose udhëzues, fluturime ajrore (përveçse kur udhëton vetëm si pasagjer) përfshirë varjet dhe parashutimin, sporte dimërore, gara me kuaj, makina, motocikleta, zhytje të nënujshme, ski në ujë ose në përdorimin e makinerive të përpunimit të drurit;

14. Shpenzimet për dëmtime të vetëshkaktuara me dashje ose sëmundje veneriane ose AIDS dhe të gjithë sëmundjet e shkaktuara nga dhe/ose që kanë lidhje me virusin HIV;

15. Shpenzimet për çdo defekt fizik, paqëndrueshmëri, gjendje shëndetësore kronike ose sëmundje që ekzistonin para datës së përfshirjes së Personit të Siguruar në këtë mbulim;

16. Shpenzimet për pagesat që kalojnë çmimin e arsyeshëm dhe të zakonshëm për shërbimet dhe furnizimet e kryera;

17. Shpenzimet për kërkesa për dëmshpërblim nga kushdo që udhëton në kundërshtim me këshillën e mjekut;

18. Shpenzimet për kërkesa për dëmshpërblim nga kushdo që udhëton qëllimisht për të përfituar trajtim mjekësor;

19. Shpenzimet për kërkesa për dëmshpërblim nga një person të cilit i është caktuar diagnozë e rëndë dhe e pashërueshme;

20. Shpenzimet për kërkesa për dëmshpërblim për persona me moshë 69 vjeç e lart, me përjashtim të rastit kur merren në sigurim sipas tabelës së primeve të miratuara për këtë grupmoshë.

Kur i siguruari mbush 69 vjeç gjatë periudhës së sigurimit, ky sigurim nuk mbulon rastin, vetëm nëse i siguruari është marrë në sigurim sipas kushteve dhe tabelës së miratuar për personat mbi 69 vjeç.

21. Shpenzimet që rezultojnë si pasojë e një aksidenti të ndodhur në vendin e punës, nëse personi i siguar ushtron një aktivitet punësimi jashtë Shqipërisë gjatë periudhës që kjo policë është në fuqi (nëse nuk e ka deklaruar në aplikimin për sigurim dhe nuk është pajisur me vizën përakatëse)

Kushte të zbatueshme:

1. Nëse hyni në spital ose klinikë si pacient, Siguruesi do të njoftohet brenda 48 orësh nga pranimi. Në rast të kundërt Siguruesi do të mbulojë shpenzimet mjekësore deri në 150 €.
2. Personi i siguruar në rast emergjence mjekësore duhet të kërkojë nga Institucioni Shëndetësor të gjithë dokumentacionin mjekësor dhe faturat e pagesave të kryera, për t'i paraqitur pranë Siguruesit. Nuk do të pranohen kopje ose fotokopje të dokumentacionit të mësipërm, por vetëm dokumentat origjinalë.
3. Siguruesi nuk është përgjegjës për pagesa kërkesash për dëmshpërblim sipas këtij sigurimi, përveçse kur Personi(at) i(e) Siguruar, ose çdo kush tjetër që ka të drejtën të mbulohet, të ketë përmbushur gjithçka që kërkohe në Certifikatën e Sigurimit dhe dokumentat.
4. Siguruesi rimbursion drejtëpërsëdrejti të siguruarin vetëm pasi i siguruari ka paguar spitalin për shërbimet mjekësore të marra; ose Siguruesi i paguan drejtëpërsëdrejti faturat spitalit në rast se ky i fundit ka marrë paraprakisht një konfirmim mbulimi në sigurim me shkrim nga Siguruesi dhe vetëm pas paraqitjes së plotë të dokumentacionit të kërkuar nga Siguruesi.
5. I Siguruari duhet të ushtrojë kujdesin e duhur për të parandaluar aksidentet, dëmtimet ose sëmundjet.
6. Të gjitha certifikatat, informacionet dhe dëshmitë e kërkuara nga Siguruesi do të jepen me shpenzimet e personit të siguruar ose përfaqësuesve të tij ligjorë.
7. Asnjë person nuk ka të drejtë të pranojë përgjegjësi në emër të Siguruesit ose ta përfaqësojë apo marrë përsipër veprime të ngjashme që e ngarkojnë me detyrime, përveçse me miratimin me shkrim të Siguruesit. Siguruesi do të ketë të drejtën për ndjekjen, kontrollin dhe përfundimin e të gjithë procedurave që lindin nga ose lidhen me kërkesat për dëmshpërblim në emër të Personit të Siguruar.
8. Në rast kërkesë për dëmshpërblim, do të lejohet të ekzaminojë Personin e Siguruar një mjek i emëruar nga Siguruesi aq herë sa të shihet e nevojshme prej Siguruesit. Në rast vdekjeje të Personit të Siguruar, Siguruesi do të ketë të drejtën e autopsisë me shpenzimet e tij.
9. Siguruesi, me shpenzimet e tij, mund të ndërmarrë procedura ligjore në emër të Personit të Siguruar për të marrë kompensime nga Palë të Treta për çdo dëmshpërblim të dhënë sipas këtij Sigurimi dhe të gjitha shumat e marra në këtë mënyrë do t'i takojnë Siguruesit. Personi i Siguruar do t'i japë Siguruesit të gjithë ndihmën e nevojshme në këto procedura.
10. Të gjithë mosmarrëveshjet ndërmjet të Siguruarit dhe Siguruesit do të zgjidhen nga Gjykata.
11. Nuk lejohet kthim i primit në të holla, i pjesshëm ose i plotë, kur ka filluar periudha e mbulimit. Në se kërkohe, kjo Policë mund të anulohet, për arsye që nuk varen nga I Siguruari, dhe në këtë rast primi do të kthehet duke zbritur shpenzimet administrative të Siguruesit, me kusht që kërkesa për anulim të bëhet para datës së fillimit të mbulimit në sigurim.
12. Përgjegjësia e Siguruesit nuk do të kalojë shumën e përcaktuar në Skedulin e policës së sigurimit.

MBROJTJA E TE DHENAVE PERSONALE

I siguruari është njohur me deklaratën e privatesisë 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 siguruarit dhe përfituesit përfshirë trajtimin e dëmit, për ofrimin e produkteve apo shërbimeve të reja, bazuar në ligjet përkatëse në fuqi (Ligji Nr. 9887, date 10.03.2008, “Për mbrojtjen e të dhënave personale”) si dhe

transferimin e të dhënave personale tek te tretë për qëllime të sigurimit apo biznesi të cilët garantojnë gjithashtu mbrojtjen e të dhënave personale. Ne cdo rast, mbrojtja e të dhënave personale do të behet ne përputhje me rregullat dhe procedurat e percaktuara ne Ligjin Nr. 9887, date 10.03.2008, “Për mbrojtjen e të dhënave personale”.

Nepermjet lidhjes te kontrates, i siguruari autorizon shoqerine e sigurimit qe per efekt dhe zbatim te kontrates te sigurimit te marre te dhena personale perfshire ato sensitive nga pale te treta me qellim perpunimin e tyre.

E DREJTA E INFORMIMIT

-I siguruari ka te drejten te informohet nga Siguruesi mbi kushtet, procedurat dhe afatet e mbulimit dhe/ose perfitimit nga sigurimi, informim i cili fillon para nënshkrimit të kontratës dhe vazhdon gjatë periudhës së vlefshmërisë së kontratës. Informimi merret nepermjet telefonit, e-mailit, faqes zyrtare ne internet apo broshurave informative te perdoruara nga shoqeria.

- I siguruari dhe/ose Policmbajtesi jane informuar nga Siguruesi përpara nënshkrimit të kontratës së sigurimit, duke marre te gjithë informacionin e nevojshëm në lidhje me te dhenat juridike te siguruesit, llojin përkatës të sigurimit, procedurat, afatet, metodat e trajtimit te kerkesave per demshperblim, rreziqet e mbuluara dhe te perjashtuara, metodat e llogaritjes, afatet dhe menyra e pageses se primit, metoden e llogaritjes se vleres se kompesueshme dhe cdo informacion tjeter qe ka lidhje me kontraten e sigurimit.

E DREJTA E TE SIGURUARIT PER TU ANKUAR

I siguruari apo persona të tjerë të interesuar, kane te drejte të paraqesin një ankesë pranë shoqërisë së sigurimit, ne rast se cmojne se shoqeria e sigurimit nuk u përmbahet kushteve të vendosura në kontratën e sigurimit. Ankesa mund te paraqitet ne forme elektronike (e-mail) ose me shkrim ne adresen postare te shoqerise. Shoqëria e sigurimit do ti pergjigjet çdo ankese të depozituar me shkrim apo në formë elektronike dhe do te jap çdo informacion të kërkuar që ka lidhje me kontratën e sigurimit, brenda afateve te percaktuara ne ligj.

DISPOZITA TE TJERA

Çdo ndryshim i mundshëm i kushteve të kontratës duhet të miratohet me shkrim nga i Siguruari dhe Siguruesi. Në respekt të nenit 686 te Kodit Civil i siguruari deklaron se kushtet e pergjithshme të kësaj kontrate sigurimi nënshkruar me shoqerinë SIGAL UNIQA Group AUSTRIA sh.a janë të njohura dhe pranuar prej nesh. Këto terma i kemi negociuar dhe pranuar me vullnet te plote e te lirë pasi jemi konsultuar me dispozitat ligjore në fuqi.

Policmbajtesi bie dakort që në rast mosmarrveshje ndërmjet tij dhe siguruesit të ndërmjetësojë dhe ta zgjidhë sipas rregullave të procedurës të brendëshme të zgjidhjes jashtëgjyqesore të mosmarrëveshjeve. Për këtë qëllim është informuar mbi rregullat e brendshme të shoqërisë për mbrotjen konsumatore.

Juridiksioni - Çdo kundërshti mbi këtë Policë që nuk mund të zgjidhet me mirëkuptim reciprok është juridiksion i legjislacionit të Republikës së Shqipërisë dhe Gjykatës së Rrethit Gjyqësor ku është lëshuar polica e sigurimit.

Kjo kontratë sigurimi hartohet dhe zbatohet në përputhje me kushtet e percaktuara

si më siper, Kodin Civil, Ligjin nr.52 te vitit 2014 “Për veprimtarinë e sigurimeve dhe risigurimeve” dhe legjislacionin tjetër në fuqi.

NENSHKRIMET E PALEVE NE POLICEN E SIGURIMIT VERTETOJNE SE KANE RENE DAKORT ME INFORMACIONIN E DHENE PARAPRAKISHT, KANE LEXUAR DHE KUPTUAR TE GJITHA TERMAT DHE KUSHTET E KESAJ KONTRATE SIGURIMI, DHE PRANOJNE ME VULLNET TE LIRE T’I RESPEKTOJNE ZBATOJNE ATO. KETO KUSHTE JANE NJOHUR DHE PRANUAR PER TU RESPEKTUAR DHE ZBATUAR NGA PERFITUESI I KESAJ KONTRATE I CILI ESHTË DHE MBAJTËS I KONTRATES.