

KUSHTET E PERGJITHSHME TE SIGURIMIT “JETONI DHE UDHETONI NE SHQIPERI”

1. Objekti i sigurimit: Polica e sigurimit të shëndetit “Jetoni dhe Udhëtoni në Shqipëri” mbulon shpenzimet e arsyeshme dhe të nevojshme emergjente mjekësore dhe shpenzimet e arsyeshme dhe të nevojshme të evakuimit mjeksor/riatdhesimit, deri në vlerën maksimale të shpenzimeve të përcaktuara në formularin e policës së sigurimit, në rast emergjence shëndetësore, të shkaktuar si pasojë e një aksidenti apo sëmundje të papritur dhe të menjëhershme të ndodhur te siguruarit në territorin e Shqipërisë gjatë periudhës së mbulimit në sigurim të përcaktuar në formularin e policës dhe për të cilën është paguar primi perkates i sigurimit.

2. Polica e sigurimit mbulon shpenzimet sipas përqindjeve të përcaktuara me poshtë:

Shpenzime mjekësore të mbuluara në sigurim (në Euro)	Përqindja e mbulimit në sigurim
Deri në 1,000 Euro	100%
mbi 1,001 Euro	80%

3. Përcaktime

‘Aksident’ – Përcaktohet çdo ngjarje e papritur dhe e paparashikuar që ndodh në mënyrë rastësore pa vullnetin e të Siguararit, 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 dhe që sjell si rrjedhojë humbjen e jetës, paaftësinë për punë ose dëmtime trupore të të Siguararit. **‘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 mjeksor nga një mjek i përgjithshëm ose mjek specialist ose shtrimi në spital brenda 24 orëve nga ndodhja e ngjarjes që shkakton emergjencën; **‘Evakuim Mjeksor’** – Siguruesi do të mbulojë shpenzimet e transportit mjekësor nga vendi i pësimit të emergjencës mjekësore në rast sëmundjeje apo aksidenti, deri në pikën më të afërt ku mund të merret trajtimi i përshtatshëm mjekësor. Në raste emergjencash të tilla duhet të njoftohet SIGURUESI sa më shpejt që të jetë e mundur, por jo më vonë se 24 orë nga ndodhja e ngjarjes. Siguruesi ka të drejtën të vendosë për qendrën mjekësore ku do të transportohet i Siguarari. **‘Riatdhesim’** – Në rast humbje jete të të siguararit në Shqipëri, Siguruesi mbulon shpenzimet e rikthimit të trupit të të siguararit në vendin e rezidencës së të siguararit. Limiti maksimal i mbulimit për mbulimet Evakuim mjeksor/Riatdhesim është i përcaktuar në skedulën e policës. **‘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. **‘Kërkesa për rimbursim’** – Do të konsiderohet: Rimbursimi i shpenzimeve të kryera bëhet kundrejt paraqitjes me shkrim të kërkesës për rimbursim (sipas formatit të Siguruesit) bashkëshoqëruar me dokumentacionin origjinal (mjekësor, fiskal dhe tatimor apo çdo lloj dokumentacioni të nevojshëm të kërkuar nga Siguruesi në varësi të rastit dhe ngjarjes së ndodhur). **‘Kufiri i mbulimit’** – Do të konsiderohet: Vlera maksimale e shpenzimeve për përfitimet që Siguruesi do të paguajë gjatë periudhës së sigurimit për çdo trajtim apo kujdes të mbuluar nga kjo kontratë, i cili si shpenzim i veçantë apo total shpenzimesh nuk mund të kalojë limitin e përcaktuar në policë. **‘Medikamente’** – Do të konsiderohen: Procesi i mjekimit për të shëruar ose trajtuar një sëmundje apo plagë, me ilaçe që përmbajnë preparate mjekësore dhe të cilat janë të rekomanduara nga një mjek i licensuar dhe specialist. Vaksinat nuk konsiderohen medikamente. **‘Ofrues Shërbimesh Mjeksore’** – Do të konsiderohet: Një person fizik apo juridik i licensuar profesionalisht dhe që i ofron shërbime mjekësore pacientëve. Mjekët, spitalet, klinikat, farmacitë, infermieret, mamitë, terapistët fizikë, chiropractor, dhe laboratorët quhen ofrues shërbimesh mjeksore; **‘Sëmundje’** – Do të konsiderohet: Përkeqësimi i paqëllimshëm i gjendjes shëndetësore, e diagnostikuar nga një mjek, që nuk është rrjedhojë e një aksidenti. Komplikacionet që zhvillohen gjatë shtatëzanisë ose lindjes konsiderohen sëmundje. **‘Shpenzime mjeksore të arsyeshme’** – Do të konsiderohen: Të arsyeshme tarifat e shpenzimeve mjekësore të aplikueshme në Rrjetin Mjeksor të Siguruesit (për listën e institucioneve mjekësore pjesë e Rrjetit Mjeksor të Siguruesit, afishuar në www.sigal.com.al). Në rast se tarifat e aplikuar nga institucioni shëndetësor kurues do të jenë më të larta se tarifat e shpenzimeve si më sipër, Siguruesi rezervon të drejtën e rimbursimit jo më shumë se tarifat që konsiderohen të arsyeshme;

'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;

4. Përjashtime të zbatueshme për mbulimin: Ky sigurim nuk mbulon:

1. Shpenzimet e bëra jashtë Shqipërisë;
2. Shpenzime mjekësore në rast marrje shërbimesh pas përfundimit të periudhës së mbulimit në sigurim.
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 skedulën 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 vetëeksponimin 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 përmbyshjen 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 pjesmarrjes;
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 vetëshaktuara 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 e kryera;
17. Shpenzimet për kërkesa për dëmshpërblim nga kushdo që sigurohet qëllimisht për të përfituar trajtim mjekësor;
18. Shpenzimet për kërkesa për dëmshpërblim nga një person të cilit i është caktuar diagnozë e rëndë dhe e pashërueshme;
19. Shpenzimet për medikamentet mjekësore të pa rekomanduara nga mjeku e që nuk lidhen me diagnozën, apo shpenzimet për medikamente në dozë me kohëzgjatje mjekimi më shumë se 7 (shtatë) ditë si edhe nuk mbulohen vaksinat.

5. Kushte të zbatueshme

1. 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. 2. I Siguruari duhet të ushtrojë kujdesin e duhur për të parandaluar aksidentet, dëmtimet ose sëmundjet. 3. I Siguruari duhet të njoftojë Siguruesin brenda 24h nga momenti i paraqitjes në institucionin shëndetësor. Në rast të kundërt, Siguruesi rezervon të drejtën të mbulojë jo më shumë se 80% të shpenzimeve të kryera. 4. 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 përmbyshur gjithçka që kërkohet në kontratën e Sigurimit dhe dokumentat e kerkuara nga Siguruesi. 5. Siguruesi rimbursion drejtpërsëdrejti të siguruarin vetëm pasi i siguruari ka paguar institucionin mjekësor për shërbimet mjekësore të marra dhe vetëm pas paraqitjes së plotë të dokumentacionit të kërkuar nga Siguruesi në lidhje me rastin.; ose Siguruesi i paguan

drejtëpërsëdrejti faturat institucionit mjekësor 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. 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. Nuk lejohet kthim i primit në të holla, i pjesshëm ose i plotë, kur ka filluar periudha e mbulimit. Në se kërkohet, 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. 11. Të gjithë mosmarrëveshjet ndërmjet të Siguruarit dhe Siguruesit do të zgjidhen me mirëkuptim, në të kundërt kompetente do të jetë Gjykata e Rrethit Tiranë, meqënëse është vendodhja e zyrave Qëndrore të SIGAL UNIQA Group Austria sh.a.

12. Përgjegjësia e Siguruesit nuk do të kalojë shumën e përcaktuar në Skedulën e policës së sigurimit. 13. Kjo Kontrate hyn në fuqi në orën 24.00 të ditës kur është paguar primi i sigurimit nga policëmbajtësi/i Siguruari.

MBROJTJA E TE DHENAVE 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 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. Në rast, mbrojtja e të dhënave personale do të behet në përputhje me rregullat dhe procedurat e percaktuara në Ligjin Nr. 9887, date 10.03.2008, "Për mbrojtjen e të dhënave personale". Nepermjet lidhjes të kontratës, i siguruari autorizon shoqërinë e sigurimit që për efekt dhe zbatim të kontratës të sigurimit të marrë të dhëna personale përfshirë ato sensitive nga pala të treta me qëllim përpunimin e tyre.

E DREJTA E INFORMIMIT

I siguruari ka të 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 nepermjet telefonit, e-mailit, faqes zyrtare në internet apo broshurave informative të perdoruara nga shoqëria. I siguruari dhe/ose Policëmbajtësi janë informuar nga Siguruesi përpara nënshkrimit të kontratës së sigurimit, duke marrë 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 perjashtuara, metodat e llogaritjes, afatet dhe menyra e pageses së primit, metodën e llogaritjes së vlerës së kompesueshme dhe cdo informacion tjetër që ka lidhje me kontratën e sigurimit.

E DREJTA E TE SIGURUARIT PËR T'U ANKUAR

I siguruari apo persona të tjerë të interesuar, kanë të drejtë të paraqesin një ankesë pranë shoqërisë së sigurimit, në rast se cmojnë 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 ankesë të depozituar me shkrim apo në formë elektronike dhe do të japë çdo informacion të kërkuar që ka lidhje me kontratën e sigurimit, brenda afateve të percaktuara në ligj.

DISPOZITA TË TJERA

Çdo ndryshim i mundshëm i kushteve të kontratës duhet të miratohet me shkrim nga i Siguruari dhe Siguruesi. Në respekt të nenit 686 të Kodit Civil i siguruari deklaroi se kushtet e kësaj kontrate sigurimi nënshkruar me shoqërinë SIGAL UNIQA Group AUSTRIA sh.a janë të njohura dhe pranuar. Këto terma i kemi negociuar dhe pranuar me vullnet të plote e të lirë pasi jemi konsultuar me dispozitat ligjore në fuqi. Policëmbajtësi/I Siguruari bie dakort që në rast mosmarrëveshje ndërmjet tij dhe siguruesit të ndërmjetësojë dhe ta zgjidhë sipas rregullave të procedurës të brendëshme të zgjidhjes jashtëgjyqësore të mosmarrëveshjeve. Për këtë qëllim

është informuar mbi rregullat e brëndshme të shoqërise 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 Tirane . Kjo kontratë sigurimi hartohet dhe zbatohet në përputhje me kushtet e percaktuara si më sipër, Kodin Civil, Ligjin nr.52 të vitit 2014 “Për veprimtarinë e sigurimeve dhe risigurimeve” dhe legjislacionin tjetër në fuqi.

KUFIZIMET E SANKSIONEVE DHE KLAUZOLA PËRJASHTUESE

Pavarësisht dispozitave tjera të kësaj kontrate, kjo kontratë sigurimi ofron mbulim për atë që mbulimi me 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 klauzole 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 atë që nuk bien ndesh me legjislacionin e Bashkimit Evropian (BE) ose legjislacionin vendor.”

Nenshkrimet e paleve në policën e sigurimit dhe/ose pagesa e primit të sigurimit vërtetojnë se kanë njohur dhe rënë dakort me informacionin e dhënë paraprakisht, kanë lexuar dhe kuptuar të gjitha termet dhe kushtet e kësaj kontrate sigurimi, dhe pranojnë me vullnet të lirë t’i respektojnë dhe zbatojnë ato. keto kushte janë njohur dhe pranuar për tu respektuar dhe zbatuar nga përfituesi i kësaj kontrate i cili është dhe mbajtës i kontrates.

INSURANCE'S TERMS AND CONDITIONS "LIVE AND TRAVEL IN ALBANIA"

1. Coverage of emergent medical expenses and medical evacuation/repatriation expenses:

This insurance policy shall cover: The reasonable and necessary emergent medical expenses and reasonable and necessary medical evacuation/repatriation expenses up to the maximum limit defined in the insurance policy schedule, in case of a medical emergency incurred by the insured person in the territory of Albania due to a sudden and unexpected illness or accident during the insurance coverage term.

2. The insurance policy covers the expenses according to the percentages to the table below:

Medical expenses covered (in Euro)	The Rate of coverage
Up to 1,000 Euro	100%
Exceeding 1,001 Euro	80%

3. DEFINITIONS:

'Accident' – Shall be defined: An unexpected and unforeseen event that happens regardless of the Insured's intentions, is identifiable as per the place and the time of the event, has a direct, violent and external impact on the Insured and that causes the death, professional disability, or bodily injury of the Insured. **'Emergency'** – Shall be defined: a condition that can be affirmed in case of an accident, or any sudden beginning or worsening of a severe illness resulting in a medical condition that presents an immediate threat to health and therefore requires urgent medical measures. Only medical treatment by a physician, general practitioner or specialist or hospitalizations that commences within 24 hours of emergency – causing event shall be covered as such. **'Medical evacuation'** - The insurer will cover the costs of medical transportation from the place of medical emergency in case of illness or accident, to the nearest place where the appropriate treatment can be delivered. In such emergencies THE INSURER should be notified as soon as it is possible but not later than 24 hours after the occurrence of the event. The insurer has the right to decide on the center medical center where the Insured will be transported. **'Repatriation'** - In case of loss of life of the insured in Albania, The insurer covers the costs of returning the body of the insured to the place of residence of the insured. Maximum limit of coverage for Medical evacuation / Repatriation is specified in the policy schedule. **'Pre-existing conditions'** – Any disease, illness and/or bodily injury that either: a)Has been diagnosed by a physician or has required medical treatment, including prescription of drugs, prior to the effective date of the policy; b)Exhibited symptoms, prior to the effective date of the policy, which could cause an ordinary prudent person to seek medical advice or treatment. **'Request for reimbursement'** – Shall be the considered the request for reimbursement, submitted in a written form (as per the form provided by the Insurer) coupled with the original documentation (medical and fiscal documents or any other document that the Insurer requires and that are considered relevant and necessary); **'Limit of coverage'** – Shall be the considered the maximum amount of expenses that the insurer shall pay during the term of the insurance contract for any treatment or care, which as a separate or total expense can not exceed the annual limit defined in the policy in the insurance policy schedule. **'Medicaments'** – Shall be considered: The process of treatment to heal or treat an illness or injury, with medications containing medicinal preparations and which are recommended by a licensed physician and specialist. The vaccines are not considered medication. **'Medical Provider'** – Shall be the considered a professionally licensed individual of juridical entity or an entity providing medical related services to patients. Physicians, hospitals, clinics, pharmacies, chiropractors, nurses, nurse-midwives, physical therapists, laboratories are medical providers. **'Illness'** – Shall be defined: Any unintended impairment of the state of health diagnosed by a medical practitioner that is not the consequence of an accident. Complications that develop during pregnancy or childbirth are considered illnesses. **'Reasonable medical expenses'** – Shall be the considered reasonable the medical expenses / fees that are applicable to the Insurer's medical network (for a list of the medical institutions that are part of the Insurer's medical network go to the link – www.sigal.com.al). In the event that the fees applied by the medical provider will be more expensive than the fees applied in the Insurer's medical network, the Insurer's reserves the right to indemnify / reimburse not more than what are considered reasonable fees. **'The Insured'** – Shall be defined: Any individual whose name and personal data are shown in the insurance policy schedule and for whom the insurance premium is paid. **'The Insurer'** – Shall be the Insurance Company SIGAL UNIQA Group AUSTRIA;

4. EXCLUSIONS APPLICABLE FOR THE COVERAGE/

The Insurer shall not be liable for expenses:

1. Expenses incurred outside Albania;
2. The expenses of medical treatment received after the completion of the Insurance Coverage Period.
3. Emergency expenses incurred after 15 (fifteen) days from the date of the diagnosis date or commencement of medical treatment;
4. The medical or repatriation expenses incurred, that exceed the total limit defined in the insurance schedule;
5. Any expenses paid by any medical plan, insurance policy or by any government or private medical program;
6. Expenses arising from: health issues related directly or indirectly from the alcohol use, inebriation, from the direct or indirect effects or influence of drugs or intoxicants of any kind, from the use of drugs or hallucinatory substances of any kind or abuse of chemical substances, from suicide or attempt to, from the Insured person's own criminal act, or willful self-exposure of the Insured person to exceptional danger (except in an attempt to save human life);
7. For losses directly or indirectly caused by war, invasion, acts of foreign enemies, hostilities or war like operations/activity whether war be declared or not, civil war, mutiny, riot, civil commotion assuming the proportions of a popular uprising, coup d'état, military rising, insurrection, rebellion, revolution, military or usurped power, or the act of every person acting on behalf or connecting to organization (s) who aim to overthrow by force the government de jure or de facto, or influencing it by acts of terrorism or violence;
8. Expenses incurred for mental depression, anxiety, mental, psychological or nervous conditions treatment;
9. Expenses incurred for normal visual treatment and provision of visual aid, or normal hearing test and provision of hearing aid, routine medical check - up and examination;
10. Expenses incurred for elective cosmetic surgery or medical treatment related to such surgery;
11. Expenses incurred for normal pregnancy or child birth;
12. Expenses incurred for normal dental treatment or provision of false teeth or dentures; For dental emergencies are paid no more than € 100 (after applying the % of participation).
13. Expenses incurred for bodily injuries caused during participation in climbing normally involving the use of ropes or guides, Air Travel (except as a passenger in a properly licensed multi-engines aircraft being operated by a licensed commercial air carrier) including gliding and parachuting, winter sports, races on horseback or driving or riding in any kind of race, cars, bikes, participation in submerged diving, aquatic ski or while usage of timber processing machineries;
14. Expenses incurred for self – inflicted injuries or venereal diseases or AIDS and all diseases caused by and / or related to AIDS.
15. Expenses incurred for every physical defects, instability, chronic medical condition or disease, pre-existing the date of insured person's coverage;
16. Indemnity claims for expenses that exceed the usual and reasonable charges for services rendered and supplied furnished;
17. Indemnity claims for expenses incurred by anyone who travels with the purpose of obtaining medical treatment;
18. Indemnity claims for expenses incurred by anyone who has been given a severe or terminal diagnosis;
19. Expenses for the medication that are not recommended by a doctor, expenses for the medications that are not related to the diagnoses or expenses for medications in a dosage that lasts more than 7 (seven) days. The immunization vaccines also shall not be covered.

5. CONDITIONS APPLICABLE ON ALL THE SECTIONS/

1. The Insured in case of an insured event shall acquire and collect from the medical provider institution the entire medical documentation and the payment receipts, in order to present them at the Insurer. Only the originals shall be validated and not copies or photocopies of these documents.
2. The insured individual must exercise due care and diligence to prevent accidents, injuries and illnesses;
3. The insured individual must notify the insurer within 24 hours from the moment of his/her admission at the medical provider premises. Otherwise, the insurer shall not cover more than 80% of the medical treatment expenses incurred;
4. The Insurer is not liable on indemnity claims according this Insurance coverage, except when the Insured have fulfilled all that requested in the Insurance contract and other documents requested by the Insurer.
5. The Insurer shall reimburse the Insured Person only after the Insured person shall proof to the Insurer the payment to the hospital for the medical services obtained; or The Insurer shall pay directly the hospital in case that the hospital had received written confirmation of the Insurance coverage from The Insurer only after delivery of

the medical report and documents of the Insured. 6. All necessary expenses to obtain the certificates, information, testimonies or any other proof required by the insurer shall be borne by the insured or his/her legal representatives. 7. No person has the right to accept responsibilities or represent or undertake other similar actions on behalf of the Insurer, except on written authorization of the Insurer. The Insurer is entitled to follow up, audit and terminate all the procedures that relate to or derive from the indemnity claims of the Insured person.

8. In case of an indemnity claim, the Insurer (or a medical practitioner appointed by the Insurer) reserves the right to request the Insured to submit to medical testing at the Insurer's expense in order to better evaluate the claim request. The Insured must comply with request. In case of death of the Insured, the Insurer on his own expenses reserves the right of the autopsy of the body. 9. The Insurer on his own expenses may undertake legal procedures on behalf of the Insured, such as to have compensations from the Third Parties for every indemnity paid claim according this Insurance Policy and the entire amount received will pertain to the Insurer. The Insured will do all in his power to help the Insurer. 10. No refund is allowed, full or partial, after the inception date. If requested this Insurance Policy can be void for reasons that are not under the Insured person's power. In such case the premium can be returned after the deduction of administrative expenses, on condition that the void request has been issued prior to the inception date. 11. All disagreement among the Insured and SIGAL UNIQA Group AUSTRIA shall be settled by the Albanian Court. 12. The Insurer's responsibility shall not exceed the defined limits in the insurance policy schedule. 13. This Contract enters into force at 24.00 hrs of the day when the insurance premium was paid by the policyholder/insured.

PERSONAL DATA PROTECTION

The insured person is familiar with the privacy statement of the insurance company and authorizes UNIQA GROUP AUSTRIA jsc to collect and process personal data and information which is needed for the insurance contract administration, for services provision to the policyholders and the beneficiaries including the treatment of damage for the provision of new products or services, based on the relevant laws in force (Law no. 9887, dated 10.03.2008, "Personal data protection" and transferring of personal data to the third for insurance or business purposes, which also guarantee the protection of personal data. In any case, personal data protection will be made in accordance with the rules and procedures provided in Law no. 9887, dated 10.03.2008, "Personal data protection". Through signing the contract, the insured/beneficiary authorizes the insurance company that for effect and implementation of insurance contract to take personal data including sensitive ones from third parties in order to process them.

RIGHT TO INFORMATION

The Insured has the right to be informed by the insurer regarding conditions, procedures and terms of coverage and / or benefit from the insurance, information which begins before signing the contract and continues during the validity of the contract. The information obtained by phone, e- mail, official website or informative brochures used by society. The insured and / or policyholders are informed by the insurer before signing the insurance contract, by taking all the necessary information about the legal input of the insurer, or type of insurance, procedures, deadline, damage procedure methods, risks covered and excluded, calculation methods, terms and manners of premium payment, the reimbursable value calculating method and any other information relating to the insurance contract.

THE INSURED RIGHT TO COMPLAIN

The insured or other interested persons have the right to present a complaint with the insurance company, in any case consider that if the insurance company does not comply with the conditions established in the insurance contract. Complaints can be submitted in electronic form (e- mail) or writing to the mail box of the company. The insurance company will respond to every complaint submitted in writing or in electronic form and will give any information requested related to the insurance contract within the time limits provided in law.

OTHER PROVISIONS

Any possible change of contract terms must be approved in writing by the insured and the insurer. In respect of Article 686 of the Civil Code states that the insurer's general conditions of the insurance contract signed with society Sigal UNIQA Group is recognized and accepted by us. These terms have negotiated and voluntarily agreed to full and free after we have consulted with the legal provisions in force. Policyholder agrees that in case of disagreement between him and insurers to mediate and resolve them according to internal rules of procedure of extrajudicial resolution of disputes. For this purpose it is informed of the internal rules of society for consumer protection. Jurisdiction - Any controversy over this policy that cannot be solved by mutual agreement of the legislation is the jurisdiction of the Republic of Albania and the District Court where

the insurance policy is issued. This contract is drawn up and implemented in accordance with the conditions specified above, Civil Code, Law No. 52 of 2014 "On the insurance and reinsurance" and other legislation in force.

SANCTIONS LIMITATION AND EXCLUSION CLAUSE

Irrespective of all other provisions of this contract, this (re-)insurance contract provides coverage insofar as insurance coverage is not conflicting with any economic, trade or financial sanctions and/or embargos of the Security Council of the United Nations (UN), the European Union (EU), or any national legislation which is applicable to the parties of this contract. This also applies to economic, commercial or financial sanctions and/or embargos issued by the United States of America or other countries, insofar as not in conflict with the legislation of the European Union (EU) or local legislation.

SIGNATURES OF THE PARTIES IN THE INSURANCE POLICY AND/OR THE PAYMENT OF THE INSURANCE PREMIUM PROVE THAT THEY HAVE KNOWN AND AGREED WITH THE INFORMATION PROVIDED IN ADVANCE, AND READ AND UNDERSTAND ALL TERMS AND CONDITIONS OF THIS INSURANCE CONTRACT, AND ACCEPT FREELY TO RESPECT THEM. THESE CONDITIONS ARE KNOWN AND ACCEPTED TO BE IMPLEMENTED BY THE RESPECTED AND BENEFICIARIES OF THIS AGREEMENT IS AND HOLD THAT CONTRACT.