

KUSHTET E PËRGJITHSHME TË SHËNDETIT NË UDHËTIM ALBSIG SH.A.,

1. Objekti i kontratës, mbulimet dhe limitet e sigurimit

Objekt i kontratës të shëndetit në udhëtim është marrëdhënia kontraktore në të cilën Siguruesi ofron mbulimin për:

Seksioni i Shpenzimeve Mjekësore Urgjente; Seksioni i Pagesave për Aksidentet; Seksioni i Shpenzimeve të Riatdhesimit; kundrejt pagimit të primit dhe plotësimit të detyrimeve të kësaj kontrate nga i Siguruari.

2. Territori

Territori i mbulimit nga kjo kontratë sigurimi, përcaktohet nga territori i vendit të destinacionit të udhëtimit të të Siguarit dhe ndahet në:

Zona A, gjithë Bota;

Zona B, gjithë Bota, përjashtuar USA dhe Kanada;

Zona C, vetëm Europa.

3. Limitet e Mbulimit

Shuma maksimale e të gjitha përfitimeve të pagueshme sipas këtyre seksioneve për një ose më shumë dëmtime të pësura nga i Siguruari, të ndodhura gjatë periudhës së sigurimit, nuk kalon limitin prej **30.000 Euro** dhe është e barabartë për të gjitha zonat e mbulimit, respektivisht **Zonat A, B dhe C**.

Kontrata e sigurimit të shëndetit në udhëtim mbulon shpenzimet mjeksore urgjente dhe Riatdhesimin sipas perqindjeve të përcaktuara me poshte:

Shpenzime mjeksore të mbulimit në sigurim	Perqindja
Deri në 190 euro	100%
190 - 900 euro	90%
900 - 1900 euro	80%
Mbi 1900 euro	70%

4. Seksioni i shpenzimeve mjekësore urgjente

4.1 Siguruesi mbulon shpenzimet mjekësore akute për shkak dëmtimi ose të një sëmundje, që i Siguruari nuk e kishte pasur më parë, deri në limitin 8,000 euro, lidhur me: vizita mjekësore urgjente; trajtim mjekësor nga shërbimet mjekësore të urgjencës; trajtim spitalor urgjent.

4.2 Mbulimi i shpenzimeve mjekësore nuk përfshin:

- vizitën dhe trajtimin mjekësor jo-urgjent, vaksinimin, analizat dhe kontrollet rutinë, vizitat e zakonshme për sytë, dëgjimin dhe aparatet ndihmës të dëgjimit, etj. të kësaj natyre;
- çdo ndihmë mjekësore dhe/ose blerje ilaçesh të lidhur me sëmundje të mëparshme, me defekte fizike, sëmundje kronike, sëmundje të lindur ose të trashëguar ose shkaqeve të lidhura me to.
- shpenzimet shitesë për shërbime mjekësore, të cilat tejkalojnë kostot normale në bazë të çmimeve në vendin ku ofrohen këto shërbime;
- shpenzime për trajtim në vendin e huaj me dëshirë të Siguarit, kur nga mjeku diagnostikues dhe Siguruesi vlerësohet se gjendja shëndetësore e të Siguarit pret

deri në rikthimin e tij në RSH dhe shërbime të tilla ofrohen nga entet spitalore shqiptare;

- të gjitha shpenzimet mjekësore (përfshirë analizat diagnostikuese), të një ose disa sëmundjeve të tjera, që nuk lidhen drejtpërdrejtë me sëmundjen apo dëmtimin, për të cilin i Siguruari është shtruar fillimisht në Spital;
- shpenzime mjekësore nga të Siguarit, të cilëve ju është bërë e ditur përpara nënshkrimit të kësaj police, diagnoza e një sëmundje të pashërueshme;
- çdo shpenzim ose trajtim që lidhet me sëmundjet tumorale ose kancerogjene, sëmundjet e zemrës, hipertensionin dhe diabetin;
- kirurgjinë plastike;
- trajtimin e zakonshëm mjekësor përpara lindjes, ndihmën e paralindjes pas javës së 28^{te} të shtatzanisë;
- shpenzime për trajtim mjekësor të shkaktuar nga kryerja e punëve fizike e të Siguarit me statusin e të punësuarit;
- Per personat mbi moshën 65 vjeç përjashtohen çdo shpenzim mjeksor që tejkalon limitin e përcaktuar sipas pikes 5.2 .

Mbulimi i referuar pikes 5.2 do të përfitohet vetëm pas pageses së primit të perlllogaritur në 1 Euro për çdo ditë qëndrimi jashtë shtetit.

5. Seksioni i aksidenteve personale, përcaktime

5.1 Aksident do të quhet çdo ngjarje që ndodh për shkak rastësor, të dhunshëm, të menjëhershëm, të paparashikuar dhe të jashtëm i cili, pavarësisht dhe i pafavorizuar nga çdo shkak tjetër, rezulton në dëmtime fizike objektivi të verifikueshme me pasojë vdekjen ose paaftësinë e përhershme të plotë të të Siguarit.

Vdekja konsiderohet që është shkaktuar nga Aksidenti kur vertetohet si e tillë nga autoriteti mjekësor i autorizuar, brenda 12 muajve nga data e ndodhjes së Aksidentit.

Pagesa për vdekjen nga Aksidenti, i të miturve nën moshën 16 vjeç, është **1,000 Euro**.

Me paaftësi të përhershme të plotë do të kuptohet gjendja fizike që i bën të pamundur plotësisht të Siguarit kryerjen e detyrave në profesionin e tij apo në çdo lloj profesioni tjetër, të shkaktuar nga aksidenti.

Gjendja fizike e pamundësisë ose paaftësisë së plotë do të quhet:

- humbja e plotë dhe e pariparueshme e shikimit të dy syve;
- humbja e përhershme e dy ose më shumë gjymtyrëve së bashku, që nuk kupton shkëputjen fizike të gjymtyrës nga ose përmbi kyçin e dorës ose këmbës;
- humbja e plotë e shikimit të njërit sy dhe e një gjymtyrë së bashku;
- paralizë e plotë ose paaftësi e plotë (përveç atyre të përmendura më sipër), që pengon të siguarin në përmbushjen e detyrave.

5.2. Mbulimi i Pagesave sipas këtij Seksioni (për Vdekjen dhe Paaftësinë e plotë), **për moshat mbi 65 vjeç është 1,000. Euro**. Ndërsa Seksionet e tjera jo me shume se **3,000 Euro**.

6. Seksioni i shpenzimeve të riatdhesimit

6.1 Siguruesi mbulon shpenzimet e riatdhesimit të të Siguarit me cilësinë e pacientit për kthimin e tij në

atdhe, që nenkupton shpenzimet e transportit të tij me çfarëdolloj mjete, qoftë edhe marrjen me qira të një ambulancë ajrore me kosto deri në shumën e shënuar në këtë kontratë.

6.2 Siguruesi mbulon Shpenzimet funerale jashtë territorit të RSH dhe/ose koston e transportit të kufomës apo hirit të personit të të Siguruarit për në atdhe, **deri në 5,000 Euro**;

7. Shpenzime dhe rreziqe të përjashtuara, kushte të zbatueshme për të gjitha seksionet.

Rreziqet dhe shpenzimet e mëposhtme përjashtohen nga mbulimi në sigurim:

- shpenzimet mjekësore të kryera në Shqipëri;
- dëme jopasurore, të vuajtjeve morale e shpirtërore të të Siguruarit dhe/ose të afërmeve të tij lidhur me ndodhjen e rastit të sigurimit;
- dëme të shkaktuara nga i Siguruarit palëve të treta;
- shpenzimet e kryera një muaj mbas datës së diagnostikimit ose fillimit të trajtimit mjekësor, dhe në çdo rast jo më vonë se një muaj mbas kalimit të datës së përfundimit të shënuar në policë;
- shpenzimet mjekësore për kurimin e pasojave të ndikimit të ilaçeve, si dhe helmimeve të çfarëdo natyre qofshin;
- vetvrasjen, tentativën për kryerjen e saj dhe/ose shpenzime që vijnë nga një akt kriminal i qëllimshëm i të Siguruarit, si vetëinfektimi, ekspozimi i vullnetshëm përpara rreziqeve evidente, përjashtuar rastin e ndërhyrjes për shpëtimin e jetëve njerëzore;
- sëmundje seksualisht të transmetueshme (veneriane) sindromi i pamjaftueshmërisë imunitare (SIDA) dhe sëmundjeve të lidhura me të;
- mjekimi i sëmundjeve psiqike dhe psiqiatrike, psikoterapinë dhe agipunturën, trajtimin nga mjekimi popullor ose alternative;
- mjekimi ambulant ose spitalor si rezultat i konsumimit të alkoolit ose drogës ose të pasojave të lidhura me konsumin e tyre;
- shpenzime dhe kosto të paguara nga policia sigurimi të tjera, programe mjekësore private ose shtetërore;
- dëmtime të shkaktuara të Siguruarit/ve nga përfshirja e tyre në aksidente me mjete transporti rrugor, detar dhe ajror, dëme të cilat mbulohen nga policia të tjera, të veçanta sigurimi.
- dëmtime të ndodhura përgjatë ushtrimit të sporteve të rrezikshme.
- dëmtime të lidhura drejtpërdrejt ose jo me jonizimin, rrezatimin, ndotjen radioaktive të shkaktuar nga lëndët djegëse ose mbetjet radioaktive, eksplozioni nuklear aksidental përfshi dhe pasojat e çdo lloj arme ose mbushje nukleare;
- dëmtime të lidhura drejtpërdrejt ose jo me luftën, luftën civile, veprime luftareke pavarësisht nëse lufta është shpallur ose jo, rebelimin, kryengritjen, terrorizmin, turbullirat sociale, revolucionet ose ngjarje të tjera të kësaj natyre;
- dëme të shkaktuara nga mjekimi i gabuar i kryer, qoftë edhe nga mjeku specialist i caktuar nga Siguruesi;

- shpenzime mjekësore për personat që udhetojnë në kundërshtim me keshillen e mjekut, ose shpenzime nga të siguruar që udhetojnë qëllimisht për tu mjekuar;
- Siguruesi kufizon përgjegjësinë lidhur me dëmtime e përkeqësime të shendetit të pësuar nga një grup personash të siguruar në një ngjarje sigurimi, deri në shumën prej 60,000 Euro. Nëse përfitimet që duheshin paguar të Siguruarve në pajtim me limitet e përcaktuara sipas seksioneve respektive të kësaj kontrate e kalojnë shumën prej 60,000 Euro, atëherë kjo shumë do të ndahet proporcionalisht për të gjithë të Siguruarit, përfitues.

8. Detyrimet dhe të drejtat kontraktore të palëve.

Në bazë të kësaj kontrate sigurimi Siguruesi mbulon shpenzimet që për nga natyra e tyre janë përgjithësisht të zakonshme dhe të justifikueshme.

8.1 Siguruesi, mbulon shpenzimet e të Siguruarit sipas parashikimeve dhe limitive të kësaj kontrate.

Siguruesi çlirohet nga detyrimi i rimbursimit të shpenzimeve mjekësore të parashikuara kur i Siguruarit:

- nuk njofton dhe nuk deklaron rastin e sigurimit në përputhje me kushtet e kësaj kontrate sigurimi;
- nuk respekton udhëtimin e përcaktuar në Policën e Sigurimit (për të shmangur pagesat më të larta të primit);
- nuk njofton Siguruesin Brenda 34 orëve për shërbimet në entet spitalore. .
- fsheh fakte të rëndësishme Siguruesit përpara lidhjes së kësaj kontrate sigurimi që kanë të bëjnë me mosdeklarimin e sëmundjes/ve që ekzistojnë më parë;
- ka shkaktuar vetë dëmtimin e shendetit të tij, me veprime të qëllimshme, të kundraligjshme ose nga pakujdesia e rëndë;
- jep të dhëna të pavërteta me qëllim mashtrimi dhe përfitimi më të lartë, lidhur me rastin e sigurimit, siguruesit i lind e drejta të zbatohet dispozitat e kodit civil.

Siguruesi duhet të ruajë fshehtësinë e të dhënave të kësaj marrëdhënie kontraktore, përveç rasteve kur këto të dhëna kërkohen nga organet shtetërore si prokuroria, gjykata, organet tatimore, organet e ruajtjes së rendit publik dhe organet e shërbimit informativ shtetëror, institucionet shëndetësore dhe nga shoqëri të tjera sigurimi në raste të parashikuara në kontratë ose me ligj.

8.2 I siguruarit ose përfaqësuesi i tij ligjor, për realizimin e kompensimeve të shpenzimeve të parashikuara nga kjo kontratë (policë) sigurimi duhet:

- të paraqesë kërkesën për dëmshpërblim dhe të përmbushë të gjitha detyrimet e tij në pajtim me këtë kontratë (police) sigurimi;
- të marrë të gjitha masat e nevojshme dhe të domosdoshme për shmangien ose zvogëlimin e pasojave të ngjarjeve që shkaktojnë dëme;
- të dorëzojë kërkesën për dëmshpërblim brenda 10 ditëve nga dita e mbërritjes në shtëpi duke sqaruar të gjitha rrethanat, faktet dhe të dhëna të tjera, lidhur me ndodhjen e ngjarjes së sigurimit;
- të japë nëse i kërkohet edhe me shkrim, autorizimin për marrjen e informacioneve nga kartela personale

shëndetësore e të Siguruarit, të arshivuara ose ruajtura në Entet Spitalore të ndodhura kudo në RSH, ose jashtë vendit;

9. Kërkesa për dëshmëpërblim, dokumentacioni standard për vërtetimin e ngjarjes së sigurimit, mënyra e pagesës

Siguruesi rimbursion të Siguruarin vetëm mbasi i Siguruarit ka paguar më parë Entin spitalor të huaj për shërbimet e marra.

9.1 Për Shpenzimet Mjekësore Urgjente (i vlefshëm edhe për mbulimet e tjera):

- një kopje e policës së sigurimit;
- dokumentacioni i plotë mjekësor, i cili konfirmon urgjencën e mjekimit;
- raporti i diagnozistikimit, të përshkrimit të mjekimit dhe të gjendjes së pacientit gjatë qëndrimit në spital dhe raporti përfundimtar spitalor;
- faturat origjinale për shpenzimet mjekësore të ofruara nga entet e huaja mjekësore si dhe kostot e mjekimit;
- dokumentacioni nga mjeku i familjes dhe/ose enti spitalor për sëmundje të konstatuara dhe trajtuara përpara udhëtimit;
- të gjitha dokumentet e tjera të nevojshme të kërkuar nga Siguruesi, për trajtimin e dëmit;
- certifikata e vdekjes;
- vendimi i vlefshëm për trashëgiminë;
- kërkesa për dëshmëpërblim sipas formularit të përcaktuar nga Siguruesi i përmbushur nga i Siguruarit, trashëgimtari i tij ose përfituesi i sigurimit.

9.2 Në rast aksidenti personal përfshirë dhe vdekjen nga aksidenti:

- njoftimi zyrtar ose vërtetimi i lëshuar nga Autoritetet e huaja për aksidentin e ndodhur, rrethanat, dëmtimet dhe pasojat;
- në rastin e vdekjes aksidentale të Siguruarit vërtetimi mjeko- ligjor i saj dhe /ose raporti i autopsisë.
- certifikata e vdekjes;
- vendimi i vlefshëm për trashëgiminë;

Në rast të Pa aftësisë së përhershme:

- vërtetimi mjekësor për përcaktimin e Pa aftësisë së përhershme, të përcaktuar nga Autoriteti ligjor mjekësor i autorizuar, jo më parë se 12 muaj nga data e aksidentit.

10. Dispozita të tjera

10.1 Në rast mosmarrëveshesh, kur ato nuk zgjidhen me mirëkuptim ndërmjet palëve, kompetente është gjykata e vendit ku është lëshuar policia e sigurimit.

10.2 I siguruarit jep pëlqimin për përpunimin e të dhënave personale nga Siguruesi me qëllim përmbushjen e të drejtave dhe detyrimeve kontraktore si dhe transferimin tek palet e treta, bazuar në ligjin Nr.9887, datë 10/03/2008 i ndryshuar "Për mbrojtjen e të dhënave personale"