

KUSHTET E PËRGJITHSHME TË SIGURIMIT JETA DHE SHËNDETI NË UDHËTIM TË ALBSIG JETË SH.A.,

1. Objekti i kontratës, mbulimet dhe limitet e sigurimit

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

Seksioni i Dëmshpërblimit për vdekje natyrore;
Seksioni i Shpenzimeve Mjekësore Urgjente;
Seksioni i Pageseva 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 Siguararit 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 **10.000 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 përqindjeve të përcaktuara më poshtë:

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

4. Seksioni i shpenzimeve për humbjen e Jetës nga shkaqe natyrore, përcaktime

Vdekja e shkaktuar nga moshja ose sëmundje të shfaqura gjatë periudhës së sigurimit, sëmundje, të cilat nuk janë të përjashtuara nga kushtet e kësaj kontrate, do të quhet "Vdekje natyrore".

4.1 Përfitime për humbjen e jetës nga shkaqe natyrore
- Përfitimi për vdekjen natyrore është në masën 1,000 euro.

- Për personat nën moshën 16 vjeç dhe mbi 65 vjeç deri në 70 vjeç, limiti i mësipërm reduktohet në vlerën 500 euro.

5. Seksioni i shpenzimeve mjekësore urgjente

5.1 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.

5.2 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 difekte fizike, sëmundje kronike, sëmundje të lindura ose të trashëguara ose shkaqeve të lidhura me to.

- shpenzimet shtesë 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 Siguararit, kur nga mjeku diagnostikues dhe Siguruesi vlerësohet se gjendja shëndetësore e të Siguararit 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 Siguararit, 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-të të shtatzanisë;

- shpenzime për trajtim mjekësor të shkaktuar nga kryerja e punëve fizike e të Siguararit me statusin e të punësuarit;

- Per personat mbi moshën 65 vjeç përjashtohet çdo shpenzim mjekësor që tejkalon limitin e përcaktuar sipas pikës 6.2 .

Mbulimi i referuar pikës 6.2 do të përfitohet vetëm pas pagesës së primit të përlllogarit në 1 Euro për çdo ditë qëndrimi jashtë shtetit.

6. Seksioni i aksidenteve personale, përcaktime

6.1 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 objektivist të verifikueshme me pasojë vdekjen ose paaftësinë e përhershme të plotë të të Siguararit.

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 Siguararit 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 nenkupton 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 siguararin në përmbushjen e detyrave.

6.2. 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 më shumë se 1,000 Euro.

7. Seksioni i shpenzimeve të riatdhesisimit

7.1 Siguruesi mbulon shpenzimet e riatdhesisimit të të Siguararit 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.

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

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

Rreziqet dhe shpenzimet e mëposhtme përjashtohen nga mbulimi në sigurim:

- Siguruesi nuk paguan nëse nga ana e të Siguararit ka një sëmundje të ekzistuar më parë, si pasojë e të cilës kërkon trajtim spitalor apo e cila mund të jetë shkak i vdekjes;
- Siguruesi nuk paguan në rast të Gjendjes mjekësore "pre-ekzistuese", gjendjes mjekësore Kronike, apo sëmundjeve të diagnostikuara apo dëmtimeve fizike të pësura para datës së fillimit të sigurimit, duke përfshirë çdo komplikacion periodik dhe aktiv të tyre si pasojë e të cilave kërkohet trajtim mjekësor apo të cilat mund të jenë shkak i humbjes së Jetës
- shpenzimet mjekësore të kryera në Shqipëri;
- dëme jopasurore, të vuajtjeve morale e shpirtërore të të Siguararit dhe/ose të afërmeve të tij lidhur me ndodhjen e rastit të sigurimit;
- dëme të shkaktuara nga i Siguarari 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 Siguararit, 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 polica sigurimi të tjera, programe mjekësore private ose shtetërore;

- dëmtime të shkaktuara të Siguararit/ve nga përfshirja e tyre në aksidente me mjete transporti rrugor, detar dhe ajror, dëme të cilat mbulohen nga polica 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 pësura nga një grup personash të siguruar në një ngjarje sigurimi, deri në shumën prej 60,000 Euro. Nëse përfitimet që duheshin paguar të Siguararve 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 Siguararit, përfitues.

- Vdekja për shkak të sëmundjeve të lidhura ose

që rrjedhin nga Epidemi ose Pandemi te ndryshme.

- Shpenzime me shtrim në spital ose ambulatorie, medikamentet, suplementet, lidhur me sëmundje që rrjedhin nga Epidemi ose Pandemi të ndryshme

9. 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.

9.1 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 Siguruari:

- 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 ekzistuanin më parë;
- ka shkaktuar vetë dëmtimin e shëndetit 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 zbatojë dispozitat e kodit civil.

Siguruesi duhet të ruajë fshehtësinë e të dhënave të ësj 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.

9.2 I siguruari ose përfaqesuesi 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 (policë) 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.

10. Kërkesa për dëmshpërblim, dokumentacioni standard për vërtetimin e ngjarjes së sigurimit, mënyra e pagesës

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

10.1 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 diagnostikimit, 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 dëmshpërblim sipas formularit të përcaktuar nga Siguruesi i përmbushur nga i Siguruari, trashëgimtari i tij ose përfituesi i sigurimit.

10.2 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;

10.3. Në rast vdekje natyrore duhet të paraqesë

- Raporti i diagnostikimit të nevojës urgjente nga sëmundja akute për trajtim mjekësor, të përshkrimit të mjekimit, të gjendjes së pacientit gjatë qëndrimit në spital dhe raportin e autopsisë;

- Dokumentacioni nga mjeku i familjes dhe/ose enti për sëmundje të konstatuara dhe trajtuara përpara udhëtimit;

- certifikata e vdekjes;
- vendimi i vlefshëm për trashëgiminë;

10.4 Në rast të Pa aftësisë së përhershme:

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

11. Pagesa e dëmshpërblimit dhe (Subrogimi/Kundër-Drejtimi)

11.1 Kompania i paguan dëmshpërblim personit që ka të drejtë për të përfituar, brenda limiteve të shumave të sigurimit të përcaktuar në marrëveshjen e sigurimit pas pranimit të dokumentit të fundit që është i nevojshëm për vërtetësinë e rastit të sigurimit.

11.2 Pas pagimit të dëmshpërblimit, kalojnë mbi siguresin, deri në vlerën e dëmshpërblimit të paguar, të gjitha të drejtat e të siguruarit për të marrë kompensimin nga Palë të Treta, sidomos për raste kur shkaktari i dëmit është farefis dhe jeton në bashkësi me të siguruarin. Personi i siguar do t'i japë Siguruesit të gjithë ndihmën e nevojshme në këto procedura.

12. Detyrimi për ruajtjen e sekretit

12.1 Siguruesi ka detyrim profesional për ruajtjen e sekretit në lidhje me informacionin e marrë konform statusit të siguruesit përveç rasteve kur dhënia një informacioni të tillë përbën detyrim ligjor.

12.2 Siguruesi ka detyrim ligjor për ruajtjen e sekretit në lidhje me informacionin e marrë konform statusit të siguruesit, si dhe administrimi i të dhënave, përpunimi dhe transferimi edhe ndërkombëtar i të dhënave sensitive tek partnerët, risiguruesi, kryhet vetëm pas lidhjes së kontratës së sigurimit dhe vetëm për qëllime të kontratës së sigurimit, risigurimit dhe të asistencës nëpërmjet një agjencie ndërkombëtare, për efekt të trajtimit të sigurimit, dhe në respekt të përcaktimeve të ligjit në fuqi "Për Mbrojtjen e të Dhënave Personale", 9887, datë 10.03.2008 (i ndryshuar), si dhe legjislacionit në fuqi.

13. Dispozita të tjera

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