

PËR: “

“

Prishtinë

KOMPANIA E SIGURIMEVE “ELSIG” sh.a.

Tringë Smajli, Nr. 19

10 000 Prishtinë,

Republika e Kosovës

KONTRATË NR: ----- /2022

KUSHTET E SIGURIMIT SHËNDETËSOR DHE AKSIDENTET PERSONALE

Përmbajtja

KUSHTET E SIGURIMIT TË SHENDETIT	4
1. Dispozita të përgjithshme	4
2. Përkufizimet	4
3. Lidhja e kontratës	6
4. Aftësia për sigurim	6
5. Trajtimet mjeksore të mbuluara nga Polica	6
6. Përshkrimi i shërbimeve mjekësore	9
7. Trajtimet	10
8. Shërbime të tjera	11
9. Trajtimi në spital si pacient i shtruar dhe trajtimi ditor spitalor	11
10. Aspekte juridike	12
11. Kohëzgjatja e policës	12
12. Primi i sigurimit	12
13. Detyrimet e policëmbajtësit/të siguruarit	13
14. Të drejtat e policëmbajtësit/të siguruarit	14
15. Detyrimet e siguruesit	15
16. Mosmarrëveshjet dhe apelimet - Ndërprerja e kontratës	15
17. Polica duplikat	15
18. E drejta e parashkrimit	15
19. Kontaktimi me siguruesin	15
20. Procedura ankimore	16
21. Deklarata e klientit	16
22. Juridiksioni	16
23. Kushtet e zbatueshme për të gjitha seksionet	17
24. Kufizimet territoriale për mbulimin e sigurimit	17
25. Mbulesa siguruese - vdekja aksidentale dhe invaliditeti i përhershëm	17
26. Procedura e ujdisë	20

SIGURIMI SHËNDETËSOR	20
27. Përfitimet nga sigurimi shëndetësor	20
28. Procedura e kompensimit	22
29. Ndërhyrja e ndonjë sigurimi tjetër	22
30. Procedura e pagesës së primit	23
31. Përjashtimet	23
32. Periudhat pritëse (waiting periods)	25
33. Valuta	26

KUSHTET E SIGURIMIT TË SHENDETIT

1. Dispozita të përgjithshme

Neni 1

Kushtet për sigurimin e shëndetit në tekstin e mëtejshëm **kushtet** janë pjesë përbërëse e kontratës për sigurimin e shëndetit për të siguruarit për trajtime ambulantore dhe spitalore në territorin e Kosovës apo edhe në ndonjë shtet jashtë Kosovës në varësi me skemën e mbulimit të sigurimit, gjegjësisht të skemës së përfitimit të sigurimit shëndetësor të zgjedhur nga i siguruari dhe për të cilin është bërë pagesa e primit të sigurimit përkatës.

Me këto Kushte rregullohen të drejtat dhe obligimet ndërmjet kontraktuesit të sigurimit/të siguruarit dhe siguresit sipas formës së kontraktuar të sigurimit shëndetësor.

2. Përkufizimet

Neni 2

Me këto kushte termat e më poshtëm kanë këtë kuptim:

- 2.1. Sigurues:** Është Kompania e Sigurimeve “Elsig” e cila jep të siguruarit planin e sigurimit shëndetësor, çertifikatën e antarësimit dhe kartën përkatëse të sigurimit;
- 2.2 I siguruari** – është personi fizik i pajisur me police të shëndetit nga Siguruesi, në varëshmeri të lartësisë dhe pagesës së primit.
- 2.3. Kontraktuesi i sigurimit:** – personi fizik ose juridik, i cili me siguresin e lidh çertifikatën për sigurim e shëndetit për vete ose për ndonjë person tjetër;
- 2.3 Shuma e siguruar - limiti i përgjegjësisë:** – shuma më e lartë e obligimit të siguresit e kontraktuar në policë për secilin rast të siguruar dhe që përcakton kufirin e përgjegjësisë së siguresit kundrejt të siguruarit;
- 2.4 Limitet e policës:** Përfitimet vjetore maksimale të pagueshme nga siguresi si limit i përgjithshëm për të gjitha përfitimet apo për çdo përfitim siç tregohet në tabelën e policës;
- 2.5 Primi i sigurimit:** – shuma në para, të cilën kontraktuesi i sigurimit është i detyruar ta paguajë për sigurimin e kontraktuar;
- 2.6 Përfituesi i siguruari:** Personi apo personat që janë të regjistruar në policën e sigurimit,
- 2.7 Përqindja e bashkësigurimit:** (participimit): Është përqindja e mbulimit të shpenzimeve mjeksore nga vetë policëmbajtësi apo i siguruari;
- 2.8 Policë:** është dokumenti me shkrim që përmbanë kushtet e policës së sigurimit, pyetësorin, kontratën në si dhe të gjitha kushtet e veçanta, apo shtojcat që mund të bashkëlidhen;
- 2.9 Policëmbajtësi:** Individidi apo kompania e emërtuar në policë të cilët, së bashku me siguresin kanë të drejta të ligjshme sipas kontratës lidhur me mbulimin e kontraktuar;
- 2.10 Periudha pritëse (moratoriumi):** Është periudha pas fillimit të sigurimit shëndetësor (datës së fillimit) gjatë të cilës disa përfitime nuk mbulojnë nga siguresi;
- 2.11 Data e ripërtërjes (rinovimit):** është data kur përfundon polica aktuale dhe fillon polica e re;
- 2.12 “Rasti i siguruar”** – është ngjarje e ardhshme e pasigurt që do të ndodhë dhe e pavarur nga vullneti i të siguruarit, ngjarja shëndetsore, gjegjësisht keqësimi i papritur i gjendjës shëndetsore të personit që kërkon tretman mjeksorë;

- 2.13 Aksident:** një lëndim trupor i pësuar gjatë periudhes se sigurimit, si rezultat i një ngjarje të jashtme të paparishkuar;
- 2.14 Data e fillimit (të sigurimit):** është data në të cilën fillon mbulimi i policës;
- 2.15 Doktor/mjek:** Është ushtruesi i profesionit mjekësor i cili është ligjërish i kualifikuar dhe i licencuar të ushtrojë profesionin e mjekut;
- 2.16 Dentist:** Është personi i cili lejohet nga autoritetet mjeksore të vendit që të kryejë kontrollë preventive, diagnostifikuese dhe trajtime mjeksore të sëmundjeve që kanë lidhje me dhëmbët;
- 2.17 Emergjencia (urgjencë):** Është një situatë që kërkon kujdesin emergjent mjekësor ne rast aksidenti ose keqësimi i papritur i gjendjes shëndetsore që kërcënon në mënyrë të menjëhershme shëndetin e të siguruait, pasi vonesa në dhënien e këtij kujdesi mund të përbëjë rrezik për jetën ose mund të shkaktojë një dëm të pariparueshëm të integritetit fizik të pacientit;
- 2.18 Sëmundje:** Është një ndryshim në shëndetin e një individi që nuk është rezultat i një aksidenti, ndryshim i cili është diagnostikuar dhe konfirmuar nga një mjek i njohur ligjërish dhe që kërkon një përkujdesje shëndetësore;
- 2.19 Shpenzimet e zakonshme dhe të arsyeshme** për përkujdesje mjekësore do të quhen shpenzimet në përputhje me çmimet normale sipas vendit ku shërbimi jepet. Në rast se K.S. Elsig gjykon se shpenzimet janë të tepruara, ruan të drejtën të paguaj vetëm një shumë që e quan të zakonshme dhe të arsyeshme për trajtimin e dhënë.
- 2.20 Gjendjet shëndetësore kronike:** do të quhet çdo sëmundje që paraqet simptoma dhe kërkon trajtim më të gjatë se 3 muaj;
- 2.21 Sëmundje akute:** sëmundja apo çrregullime shëndetësore që ndodhin papritur, pa paralajmruar;
- 2.22 Sëmundje kongjenitale(e lindur):** një sëmundje që është prezente që në lindje, pavarësisht nëse bëhet e dukshme që në lindje apo më vonë;
- 2.23 Sëmundje paraekzistuese:** Çdo simptomë, sëmundje ose lëndim që ka fillur para datës së fillimit të sigurimit. Në rast se sigurimi përtërihet në mënyrë të vazhdueshme (pa shpëputje), si datë e fillimit do të merret data e fillimit të policës së parë;
- 2.24 Spital:** Quhet një institucion publik apo privat ligjërish i autorizuar (licencuar) për trajtimin e sëmundjeve, apo lëndimeve trupore, i paisur me mjete për kryerjen e diagnostikimeve, dhe operacioneve kirurgjikale,
- 2.25 Trajtim:** Shërbimet mjeksore të nevojshme për të diagnostifikuar, kuruar apo për të lehtësuar një sëmundje e cila për arsye mjeksore duhet të ofrohet (trajtimi) nga një profesionalist mjekësor;
- 2.26 Trajtimi ditor spitalor:** Është trajtimi i cili për arsye mjeksore kërkon që pacienti të akomodohet në një krevat spitalor vetëm gjatë ditës dhe gjatë natës jo më gjatë se 24 ore;
- 2.27 Trajtim ambulator (jo spitalor):** Është trajtimi mjekësor i cili normalisht nuk kërkon që pacienti të pranohet në spital;
- 2.28 Trajtimi spitalor:** Trajtimi që për arsye mjeksore kërkon që pacienti të shtrohet në spital dhe të qëndrojë 24 orë ose më gjatë;
- 2.29 Vendi i mbulimit:** Është vendi i përcaktuar nga përfituesi (në marrveshje me siguruesin) në formë propozuese. Pas përcaktimit në forme propozuese, vendi i marrjes së mbulimit nuk mund të ndryshojë pa miratimin e siguruesit;
- 2.30 Hospitalizimi (shtrirja në spital):** Është qëndrim në një spital jo më pak se 24 orë;
- 2.31 Konsultim në shtëpi:** Konsultimi me një mjek të përgjithshëm apo mjek të familjës, kur i siguruari, për shkak të sëmundjes nuk mund të shkojë në institucione mjeksore;
- 2.32 Konsultim mjekësor (këshillim mjekësor):** Një takim me një mjek (doktor) për të diskutuar,

diagnostikuar dhe trajtuar një sëmundje ose lëndim trupor, ku edhe doktori edhe pacienti janë fizikisht prezent në të njejtin vend dhe në të njejtën kohë;

- 2.33 Kirurgji:** Çdo operacion për qëllime diagnostikuese apo terapeutike, i kryer me anë të ndërhyrjes kirurgjike ose mënyrë tjetër e trajtimit të bërë nga specialistet e lëmisë përkatëse në një spital (trajtim spitalor apo ambulator) që normalisht kërkon përdorimin e një salle operacioni;
- 2.34 Lëndim:** Nënkupton dëmtim fizik i trupit, i shkaktuar vetëm nga faktorë të jashtëm, të dhunshëm dhe objektivisht të vërtetueshëm, i evidentuar dhe vërtetuar nga mjeku (duke përjashtuar sëmundjen).
- 2.35 Materialet/shtojca ortopedike:** Elementet anatomike apo të çdo lloji që përdoren për të prandaluar apo korriguar deformimet trupore, mjetet ndihmese ortopedike si p.sh splinte, ortoza, çorapat elastike kompresive etj.
- 2.36 Material osteosintetik:** Pjesët apo elementet artificiale apo të çdo lloji tjetër që përdoren për lidhjen - ngjijtjen (bashkimin) e pjesëve fundore të një kocke të thyer.

3. Lidhja e kontratës

Neni 3

Kontrata lidhet në bazë të kërkeses, ofertës së përzgjedhur dhe pyetsorit, që ushtruesi i kërkesës ia paraqet siguruesit. Kjo kontratë lidhet për periudhë kohore 1 vjeçare me mundësi vazhdimi 15 ditë para datës së skadimit.

Kontrata për sigurim konsiderohet e lidhur kur kontraktuesi dhe siguruesi e nënshkruajnë policën e sigurimit.

4. Aftësia për sigurim

Neni 4

Sipas këtyre Kushteve personat që mund të sigurohen janë prej moshës 0 deri 65 vjeç (si klient të ri) ndërsa mund të kërkojnë gjatë periudhës siguruese që në kontratë shtohen persona në sigurim deri në moshën 65 vjeçare.

Të siguruarve nga lista ekzistuese mund të ju vazhdohet policat e sigurimit deri në moshën 70 vjeçare atyre që kanë historik të mirë në paraqitjen e kërkesave për kompensim në kompaninë e sigurimeve Elsig (mbetet vleresim i kompanisë).

5. Trajtimet mjeksore të mbuluara nga Polica

Neni 5

5.1. Trajtimi në spital i shtruar (me netë qëndrimi), trajtimi ditor në spital dhe trajtimi ambulator në rrjetin mjeksor të Kosovës të kontraktuar me Siguruesin.

Kur trajtimi mjeksor merret mbrenda rrjetit mjeksor të kontraktuar nga siguruesi, shpenzimet mjeksore për trajtim do të kompensohen direkt nga siguruesi në llogari të spitalit, mjekut, laboratorit të analizave etj.

Përfituesi i sigurimit duhet të shkojnë direkt tek mjeku i familjes ose ndonjë mjek tjetër i licencuar i cili mund t'i rekomandojë ata në institucionet tjera të licencuara për kryerjen e këtyre shërbimeve në Kosovë.

Në rastet kur trajtimi mjeksor kryhet në rrjetin e kontraktuar, i siguruari duhet të paraqes Kartelen e sigurimit "Elsig" me këtë rast i siguruari duhet të paraqes edhe një dokument tjetër identifikues (leternjoftimin).

Për disa nga trajtimet mjeksore të siguruara, kërkohet një autorizim paraprak nga Siguruesi. Autorizim paraprak nga siguruesi kërkohet për operacionet kirurgjikale, shtrimet në spital (qendrim ditën dhe natën), trajtimet ditore spitalore (day care / naten nuk qendrohet në spital), trajtimet nga mjeku specialist, disa trajtime terapeutike dhe kontrolle diagnostifikuese që do të bëhen në rrjetin e kontraktuar - institucionet mjeksore të licencuara në Kosovë.

Siguruesi do të lëshojë autorizimin për kryerjen e trajtimit mjeksor vetëm për rastet e mbulueshme në sigurim, kështu që vetem rastet kur është bërë lëshimi i autorizimit paraprak do të bëhet kryerja e pagesës nga ana e të siguruarit brenda limiteve të kontraktuara.

Paraautorizimi nuk do të kërkohet për rastet e trajtimeve urgjente, por për emergjencat mjafton një rekomandim (referencë) e lëshuar nga një doktor i rrjetit të kontraktuar - institucionet e licencuara mjeksore në Kosovë. Në këtë rast, i siguruari duhet të njoftojë siguruesin brenda 72 orëve nga fillimi i trajtimit. Siguruesi do të paguajë për të gjitha shpenzimet e mbulueshme nga policia derisa siguruesi ta njoftojë të siguruarin për ndonjë vendim tjetër.

5.2. Trajtimi spitalor si pacient i shtruar, trajtimi spitalor vetëm ditor (pacienti merr trajtimin gjatë ditës dhe kthehet në shtëpi) brenda territorit të Kosovës, por jashtë rrjetit mjeksor të kontraktuar me Siguruesin.

Kur trajtimi mjeksor merret në Kosovë, por jashtë rrjetit të kontraktuar me Siguruesin, për marrjen e përfitimeve të policës, i Siguruari duhet të ndjekë procedurën si vijon:

5.2.1. I Siguruari ose përfaqësuesi i tij duhet të njoftojnë siguruesin për trajtimin mjeksor brenda këtyre limiteve:

- a) Urgjencat, brenda 3 diteve nga fillimi i marrjës së trajtimit;
- b) Operacionet (kirurgjike) dhe shtrimjet e planifikuara në spital, të paktën 7 ditë përpara datës së trajtimit.

5.2.2. Për trajtimet mjeksore që përfshijnë kirurgjinë, shtrimin në spital, kontrollet diagnostikuese, ose trajtime të tjera që bëhen shkak për të bërë një kërkesë për kompensim, i Siguruari duhet t'i dërgojë Siguruesit një informacion mjeksor në të cilin specifikohet diagnoza dhe tipin i smundjës, emrin dhe vendin e institucionit mjeksor, datën e pranimit, zgjatjen dhe natyrën e trajtimit mjeksor që është duke marrë.

5.2.3. I Siguruari duhet të ndjekë saktësisht këshillat e mjekeve dhe duhet t'i jap Siguruesit çdo informacion që mund të kërkohet për ngjarjen e sigurimit dhe kërkesën për kompensim.

5.2.4. Mbajtësi i policës, i Siguruari ose familja e të siguruarit duhet të lejojnë mjekun e emëruar nga Siguruesi që të ekzaminojë të siguruarin në mënyrë që të verifikojë çdo çeshtje që ka lidhje me gjendjen shëndetsore të të Siguruarit.

5. 2. 5. Mbajtësi i policës ose i Siguruari duhet të njoftojë Siguruesin për mbarimin e periudhës së hospitalizimit për çdo rast të trajtimit spitalor.

5. 2. 6. Mbajtësi i policës ose i Siguruari duhet t'i paraqes Siguruesin dokumentet që vijojnë:

- Një kërkesë me shkrim (claim form) plotësisht të kompletuar;
- Faturat për të gjitha shpenzimet e kryera nga i Siguruari, të drejtuara siç dihet dhe të shoqëruara me informacionin:
 - a. Emrin e pacientit (të Siguruarit);
 - b. Të dhënat e detajuara të trajtimit, datat e marrjës së trajtimit dhe kostot e trajtimit mjeksor;

- c. Identifikimi i Institucionit mjeksor që e jep trajtimin, emri i mjekut ose personit tjetër që kryen këtë trajtim, NIPT – in (numri si person i tatushem)
- d. Faturat origjinale dhe kuponi fiskal;
- e. Recetat dhe rekomandimet origjinale mjeksore për trajtimin e marrë nga i Siguruari;
- f. Raporti mjeksor origjinal shpjegues për trajtimin që i është dhënë të Siguararit, zhvillimin sëmundjes dhe vlerësimin e trajtimit në të ardhmen.

Mos zbatimi i kërkesave të mësipërme do të jap të drejtën Siguruesit që të mos kompensojë të Siguararin. Posa të merret dokumentacioni i kërkuar nga siguruesi dhe të bëhen të gjitha verifikimet e duhura për ngjarjen që kushtëzoi trajtimin mjeksor, Siguruesi do të bëjë kompensimin financiar brenda 15 ditëve (ditë pune) ose sipas marrëveshjes së kontraktuar.

5.3. Marrja e trajtimeve Mjeksore në një vend sekondar

5.3.1. Trajtimi spitalor si pacient i shtruar dhe trajtimi spitalor ditor që merret në një spital ose klinikë të përfshirë në listën e spitaleve dhe klinikave të kontraktuara.

Vendi sekondar përcaktohet që në momentin e plotësimit të formës propozuese dhe nuk mund të ndryshojë gjatë periudhës së sigurimit.

I Siguruari duhet të paraqet kartën e sigurimit shëndetësor “Elsig” dhe pakon e mbulimit. Siguruesi do të bëjë rimbursimin direkt në spitalin për shpenzimet mjeksore të mbulueshme nga policja, duke zbatuar perqindjen e bashkësigurimit (participimit) të specifikuar në Tabelën e Përfitimeve. Pjesa participuese e shpenzimeve është përgjegjësi e të Siguararit.

Për të gjitha trajtimet spitalore dhe spitalore ditore duhet të merret paraautorizimi nga Siguruesi. Fillimi i trajtimit pa marrë më parë autorizimin e Siguruesit, do të jetë në përgjegjësi të të Siguararit. Përrjashtim bëhet për rastet e urgjencave, ku në këtë rast, i Siguruari duhet të njoftojë Siguruesin brenda 72 orësh nga fillimi i trajtimit mjeksor.

I Siguruari duhet të plotësojë në spital një kërkesë për kompensim dhe të kërkojë kompensimin direkt nga Siguruesi, përpara se të dal nga spitali, i Siguruari duhet të paguaj pjesën e shpenzimeve që i takon të paguaj sipas nivelit të bashkësigurimit.

5.3.2. Trajtimi spitalor si pacient i shtruar dhe trajtimi spitalor ditor që merret në një spital ose klinikë jashtë listës së spitaleve dhe klinikave të kontraktuara

Kur trajtimi merret në një vend sekondar në spital dhe klinikat shëndetsore të pakontraktuara, shpenzimet për trajtimin mjeksor do të paguhet fillimisht nga i Siguruari. Siguruesi do t’ia bëjë të Siguararit kompenzimin e shpenzimeve përkatëse duke marrë parasysh kushtet dhe limitet e policës së sigurimit.

I Siguruari duhet t’i paraqes Siguruesit, brenda 3 muajve nga data e fillimit të marrjës së trajtimit, dokumentet që vijojnë:

- a) kërkesën e plotë (përfundimtare) për kompensim
- b) recetat dhe faturat origjinale me kupon fiskal
- c) rekomandimet e mjekëve për marrjen e trajtimit mjeksor
- d) raportet mjeksore origjinale dhe çdo informacion tjetër që lidhet me trajtimin e përcaktuar në kërkesën për kompensim
- e) rezultatet origjinale të kontrolleve diagnostifikuese
- f) konfirmimin me shkrim nëse mund të bëhet reklamim (kërkesë për zhdëmtim) në adres të një kompanie ose personi tjetër

Rimbursimi (kompensimi) për trajtimin mjeksor të marrë në shtetin sekondar të përcaktuar në certifikatën e anëtarësimit (certifikatën e sigurimit shëndetësor) mund të bëhet brenda 15 ditëve (ditë pune) nga kompletimi i dokumentacionit të kërkuar nga siguruesi dhe në pajtim me kushtet e kontraktuara për kompensimin e trajtimit mjeksor

6. Përshkrimi i shërbimeve mjeksore

Neni 6

Vërejtje e rëndësishme:

Kushtet e sigurimit, shërbimet mjeksore të përfshira në këtë policë i përgjigjen skemës së sigurimit shëndetësor të ofruar nga KS “Elsig”. Polica, në varësi me planin e sigurimit shëndetësor të zgjedhur përfshinë përfitimet si më poshtë:

6.1. Mjekësia (kujdesi) Primare e cila përfshin:

- a. Mjekësia e përgjithshme:** kujdesi mjeksor në dhomat e vizites (konsultimit mjeksor), diagnostikimi, rekomandimi për kontrollet bazë të diagnostifikimit si psh. analizat e gjakut dhe radiologjia e përgjithshme; vizita e mjekut në banesën e të siguruarit parashihet vetëm në raste të veçanta kur i siguruari pamundësohet të shkojë (qoftë edhe me mjete transporti) në dhomën e konsultes mjeksore për shkak vetëm të sëmundjes që është duke e vuajtur.
- b. Pediatria:** Kujdesi shëndetësor për fëmijët e siguruar deri në moshën 14 vjeqare.
- c. Gjinekologjia:** Vizitat dhe kontrollet tek gjinekologu për rastet e komplikacioneve të shtatzanisë, rekomandimi për analiza dhe kontrollet diagnostikuese për rastet e komplikacioneve të shtatzanisë.
- d. Kujdesi mjeksor:** Asistenca mjeksore e dhënë në dhomën e vizitave të mjekut. Asistenca mjeksore mund të jepet edhe në shtëpinë e Siguarit pas daljes nga spitali dhe me rekomandim të mjekut.

6.2. Emergjencat (urgjencat): brenda Kosovës

6.3. Mjeket specialist dhe kirurgët dhe teste diagnostikuese ku përfshihen:

- a) Analizat klinike ;
- b) Patalogjia anatomike;
- c) Anestezia;
- d) Kirurgjia e enëve të gjakut;
- e) Sistemi i tretjes ;
- f) Kardiologjia ;

- g) Kirurgjia kardiovaskulare;
- h) Kirurgjia e përgjithshme dhe gastrointestinale;
- i) Kirurgjia e gojes, nofullave dhe fytyrës: përjashtohet kirurgjia kozmetike;
- j) Kirurgjia pediatrike;
- k) kirurgjia plastike: vetëm në rast aksidenti për riparimin e shëmtimeve aksidentale;
- l) Kirurgjia e krahrorit;
- m) Diagnostikimi me imazhe: mbulimi përfshin të teknikat rutine si: radiologjia e përgjithshme, grafia me ultratingun, skaneri, rezonanca magnetike, arteriografia dhe gamagrafia digjitale, dendsiteti i kockave, mamografia;
- n) Endokrinologjia: diagnostimi dhe trajtimi spitalor;
- o) Hematologjia;
- p) Mjekësia interne;
- q) Nefrologjia;
- r) Kujdesi për sistemin e frymarrjes: vetëm diagnostikimi dhe trajtimi spitalor;
- s) Neurokirurgjia;
- t) Neurologjia: diagnostikimi dhe mjekimet deri në 45 ditë në vit;
- u) Obstetrikë-gjinekologjia: patologjitetë, komplikacionet e shtatzanisë, lindje cezariene dhe vetëm në rrjetin e kontraktuar brenda Kosovës;
- v) Trajtimet dentale: konsultat, heqjet (shkuljet), trajtimet në rast aksidenti;
- w) Okulistika: trajtimi me laser për arsye mjeksore (por jo për të korigjuar shikimin afër ose larg), transplatet e kornes (jo për gjendje mjeksore që në lindje), një kontroll për shikimin një herë në vit për çdo të siguar.
- x) Onkologjia: diagnostikimi dhe mjekimi kirurgjikal;
- y) Veshtë, hundë dhe fyt, vetëm në rast të kancerit të nozofagut;
- z) Psikiatria: trajtimi deri në 21 ditë në vit;
- aa) Traumatologjia dhe kirurgjia ortopedike;
- bb) Urologjia: me miratim të sigurisë mund të përfshihen dhe diagnostikimi i shtërpesisë dhe vazektomia por vetëm brenda sistemit të kontraktuar brenda Kosovës;
- cc) Konsultat tek specialistët më të kualifikuar: vetëm kur është e domosdoshme nga ana mjeksore dhe e rekomanduar nga një mjek i sigurisë. Shërbime të tilla nuk mbulohen jashtë sistemit të kontraktuar në Kosovë apo në një vend tjetër jashtë Kosovës.

7. Trajtimet

Neni 7

- 7.1. Terapia me oksigjen dhe ventiloterapia: për koston e barnave përgjigjet i siguruari;
- 7.2. Dializa: vetëm trajtimi për një numër të kufizuar ditësh për rastet akute. Dializa për sëmundje kronike nuk mbulohet;
- 7.3. Litotripsia për gurët në veshka;
- 7.4. Terapia e të folurit: vetëm kur është e domosdoshme nga ana mjeksore si pjesë e trajtimit për një sëmundje tjetër si p.sh. goditja cerebrovaskulare (apopleksia).
- 7.5. Terapia mbulohet vetëm brenda sistemit të kontraktuar dhe deri në 3 muaj në vit;

- 7.6. Kimioterapia: terapia duhet te caktohet nga mjeku specialist. Siguruesi paguan vetëm koston e trajtimit të terapisë kimike, kurse për mjekimin anti-tumor paguan vetë i siguruari;
- 7.7. Radioterapia;
- 7.8. Rriafesimi: rriafësimi ambulantor(outpatient) mbulon ekskluzivisht çrregullimet muskolo-skeletore. Në rastin e kujdesit spitalor, mbulimi përfshin rriafësimin muskulo-skeltor pas operacionit si një proces sekondar i trajtimit ortopedik, dhe rriafësimin e zemrës pas një operacioni.

8. Shërbime të tjera

Neni 8

- 8.1. Ambulanca: për rastet e urgjencës deri në spitalin më të afërm. Për rastet e tjera me rekomandim të mjekut të rrjetit të kontraktuar dhe autorizim të siguruesit. Nuk mbulohet transportimi për terapistë rriafësuese ose për kryerjen e kontrolleve diagnostikuese ambulatore(outpatient);
- 8.2. Protezat: Mbulohen vetëm protezat e poshtëshënuara: protezat e përdorura në trajtimin e traumave dhe kirurgjisë ortopedike: bashkuset (lidhëset), vidhat, pllakat e brendshme shtrenguese. Gjithashtu mbulohen protezat kardiake dhe vaskulare si vijon: valvulat e zemrës, bai-pasi vaskular, stentet, stimuluesit kardiak të përkoshëm dhe përfundimtar dhe protezave të gjoksit (sisore) pas mastektomise (operacionit të gjoksit) për shkak të tumorit. Mbulimi nuk përfshin materialet ortopedike të çdo lloji, pajisjet e jashtme fiksuese, materialet biologjike ose sintetike, transplatinet, stimuluesit kardiak të impantushëm ose zemrat artificiale.

9. Trajtimi në spital si pacient i shtruar dhe trajtimi ditor spitalor

Neni 9

- 9.1. Trajtimet spitalore (dhe ditore spitalore) bëhen me rekomandim të mjekut dhe autorizim paraprak të siguruesit. Në rastet e urgjencave nuk nevojitet autorizim i siguruesit, por i siguruari
- 9.2. duhet të njoftojë siguruesin brenda 72 orëve nga fillimi i marrjes së trajtimit;
- 9.3. Hospitalizimi mjeksor: Hospitalizimi mjeksor (shtrimi në spital) mbulohet kur ky trajtim bëhet me rekomandim të mjekut të njohur dhe në një spital të njohur; zakonisht të siguruarit duhet të jenë mbi 14 vjeç;
- 9.4. Kujdesi pediatrik spitalor si pacient i shtruar dhe kujdesi vetëm ditor spitalor: si në pikën paraprake por për të siguruarit nën moshën 14 vjeç që shtrohen në pediatri;
- 9.5. Trajtimi psikiatrik spitalor (ditor dhe i shtruar në spital): mbulohet me rekomandim të një mjeku të njohur dhe në një spital psikiatrik ose njesi spitalore të njohur. Trajtimi ipet deri në limitin kohor të përcaktuar në planin e sigurimit. Nuk ka mbulim për sëmundjet kronike psikiatrike;
- 9.6. Trajtimi i kujdesit intensiv: bëhet me rekomandim mjeksor të një mjeku të njohur dhe në një spital ose qendër të njohur. Nuk mbulohet krevati për personin shoqëruar;
- 9.7. Hospitalizimi kirurgjikal: mbulohen operacionet kirurgjikale që kërkojnë shtrimin në spital, ku përfshihen dhe komplikacionet e lindjes apo lindja e parakohshme;
- 9.8. Hospitalizimi obstetrik: përfshin mbulimin për shtrimin në spitalin obstetrik nën kujdesin e një mjeku obsteter të ndihmuar nga një infermjere, përfshirë shpenzimet e dhomes së lindjes.

10. Aspekte juridike

Neni 10

- 10.1. Kjo policë lëshohet mbi bazën e pyetësorit dhe deklarimeve të bëra nga policmbajtësi dhe i siguruari në kërkesën për sigurim. Këto deklarata përbëjnë bazën e pranimin të riskut të kësaj police dhe janë pjesë integrale e policës.
- 10.2. I siguruari do të humbasë të drejtën e përfitimit të garantuar në rastet:
- Kur gjatë plotësimit të pyetësorit për sigurim (formës propozuese të sigurimit) policmbajtësi ose i siguruari bëjnë deklarata jo të vërteta ose me qëllim mashtrimi fshehin rrethanat që do të rrisnin riskun. Siguruesi mund ta anulojë policën e sigurimit nga dita e zbulimit të fshehjes së rrethanave shëndetësore ose deklarimet e gabuara.
 - Kur i siguruari nuk njofton siguruesin për rritjen e riskut, njoftim i cili ipet qëllimisht.
 - Kur kërkesa për dëmshpërblim (kompensim) është rezultat i veprimeve të pandershme të të siguarit.
- 10.3. Në qoftë se i siguruari nuk tregon datën e saktë të lindjes, siguruesi mund ta anulojë policën vetëm nëse rezulton se mosha reale e të siguarit është më e madhe se mosha kufi e përcaktuar nga siguruesi, në rastet e tjera bëhet vetëm korigjimi i primit sipas moshës së vërtetë të të siguarit.

11. Kohëzgjatja e policës

Neni 11

- 11.1. Periudha e sigurimit përcaktohet në çertifikatën e antarësimit, kohëzgjatja është minimumi 1 vit, dhe mund të përtërihet me marrëveshjen e palëve kontraktuese, përveç nëse është kontraktuar ndryshe. Megjithatë, palët kontraktuese (i siguruari, siguruesi) mund ta anulojnë kontratën duke dhënë një paralajmërim me shkrim së paku dy muaj nga data e skadencës së sigurimit aktual.
- 11.2. Për çdo të siguar, polica përfundon:
- Për shkak të vdekjes së të siguarit;
 - Nëse personat në ngarkim që jetojnë më policëmbajtësin të cilët janë të përfshirë në policë shpërngulen në një adresë të veçantë (brenda Kosovës), ku për këtë shpërngulje duhet t'i jepet njoftim Siguruesit, por nëse këta persona paisen me një policë të re nga Siguruesi brenda 1 muaji nga njoftimi. Siguruesi mund të mbajë në fuqi të drejtat e policës, me kusht që të vazhdohet me të njëjtin nivel mbulimi.
- 11.3. Si rreguli, personat nën moshën 14 vjeqare mund të përfshihen në sigurim vetëm nëse kujdestari - ët ligjor apo personi-at përgjegjës për kujdestarinë e tyre janë gjithashtu të siguar.
- 11.4. Nuk do të jepet asnjë mbulim derisa të jetë paguar primi apo kësti i parë i mbulimit.

12. Primi i sigurimit

Neni 12

- 12.1. Primi i sigurimit ose kësti i parë i tij duhet të paguhet sapo të nënshkruhet kontrata. Nëse policëmbajtësi nuk paguan primin, siguruesi ka të drejtë të anulojë policën pa njoftim paraprak; siguruesi nuk mban përgjegjësi për ndonjë kërkesë për kompensim që bëhet gjatë kohës kur primi nuk është paguar.
- 12.2. Në qoftë se nuk paguhet kësti i dytë i primit apo këstet e tjera pasardhëse, e drejta për kompensim nga

polica e sigurimit shëndetësor suspendohet një muaj pas datës së përcaktuar për pagimin e kështit përkatës, dhe sigurimi riaktivizohet 24 orë pas datës së pagesës së kështit të prapambetur. Kërkesat për kompensim të bëra gjatë periudhës së suspendimit do të bëhen të reduktuara sipas raportit të primit të paguar me primin që duhet të ishte paguar. Nëse nuk bëhet riaktivizimi i policës brenda 6 muajve, atëherë polica konsiderohet e përfunduar. Nëse polica është e suspenduar, i siguruari mund ta përtërijë kontratën për vitin pasardhës vetëm nëse paguan të tëra kështet e papaguara të primit për vitin në vazhdim.

- 12.3. Primi duhet të paguhet direkt në llogarinë bankare të siguresit, pagesa duhet të vërtetohet me dëftesën bankare.
- 12.4. Primi i sigurimit diferencohet sipas moshës dhe gjinisë së të siguarit. Kjo bëhet në vazhdimësi edhe për çdo përtëritje të policës duke aplikuar tarifat që i përgjigjen moshës së të siguarit në momentin e përtëritjes së policës. Në rast se policëmbajtësi apo i siguruari nuk do të jenë dakord me primin e sigurimit për kontratën e vitit pasardhës, ata mund ta përfundojnë kontratën në datën e skadencës (mbarimit të afatit) të sigurimit, duke njoftuar me shkrim siguresin për dëshirën e tyre për ta përfunduar kontratën në ditën e mbarimit të periudhës së sigurimit të shënuar në çertifikatë. Pagesa e kështit të parë të primit për vitin pasardhës do të thotë se i siguruari ka pranuar termat dhe kushtet e policës së re.

13. Detyrimet e policëmbajtësit/të siguarit

Neni 13

Policëmbajtësi/I siguruari do të ketë obligimet si më poshtë:

- 13.1. T'i deklarojë Siguresit, përpara lidhjes së kontratës së sigurimit dhe në pajtim me pyetësorin e marrjes në sigurim të gjitha rrethanat e njohura prej tij/asaj që mund të ndikojë në rritjen e riskut. Siguresi mund ta përfundojë kontratën brenda një muaji pasi ai (siguresi) informohet për mosparaqitjen e atyre rrethanave, ose pasaktësinë e policëmbajtësit apo të siguarit, kontrata priset dhe primi i paguar mbahet nga siguresi.
- 13.2. Në qoftë se kërkesa për marrjen e përfitimit bëhet përpara se siguresi të njoftojë policëmbajtësin për anulimin (përfundimin) e kontratës, atëherë do të paguhet një përfitim i reduktuar në raport me primin e paguar në fakt me primin që duhej paguar sipas riskut të vërtetë. Nëse risku i vërtetë është fshehur me qëllim mashtrimi apo për pakujdesi të rëndë të policëmbajtësit, atëherë siguresi nuk do të ketë asnjë detyrim për të paguar përfitimin.
- 13.3. Të njoftojë siguresin, gjatë periudhës së kontratës dhe sa më parë të jetë e mundur, për të gjitha rrethanat që mund të ndikojnë në natyrën e rrezikut, dhe që janë (rrethanat) të atilla që po të njiheshin nga siguresi në datën e fillimit të sigurimit, ose do të refuzohej marrja në sigurim ose do të ishin imponuar të siguarit kushte shtesë.
- 13.4. Siguresi mund të propozojë një ndryshim të kontratës së sigurimit brenda dy muajve nga dita e marrjes së njoftimit për rrezikun e shtuar, dhe në këtë rast policëmbajtësi ka 15 ditë në dispozicion për të vendosur që të pranojë apo ta refuzojë ndryshimin e kontratës. Në rastin e refuzimit me shkrim apo refuzimit në

heshtje nga ana e policmbajtësit, siguruesi ka të drejtë të përfundojë kontratën në fund të periudhës 15 ditore që kishte në dispozicion i siguruari për të dhënë përgjigjen, dhe brenda 10 ditëve të tjera vijuese, siguruesi mund ti dërgojë policmbajtësit njoftimin për anulimin përfundimtar të policës. Siguruesi mundet gjithashtu të anulojë kontratën duke njoftuar me shkrim policmbajtësin/të siguararin brenda 1 muaj nga data e informimit për rrezikun e shtuar. Nëse policmbajtësi apo i siguruari nuk e kanë njoftuar siguruesin për rrezikun e shtuar, ndërkohë që është bërë një kërkesë për përfitim, siguruesi nuk është i detyruar të paguajë ndonjë përfitim, nëse policmbajtësi apo i siguruari kanë vepruar pandershmërisht, në rastet e tjera (kur i siguruari nuk ka qenë qëllimisht neglizhent) do të paguhet një përfitim i reduktuar sipas raportit të vlerës së primit të paguar, me vlerën e primit që duhet të ishte paguar sipas riskut të shtuar, sikur ky risk i shtuar do të kishte qenë i njohur.

- 13.5. Ta informojë siguruesin sa më parë të jetë e mundur për ndonjë ndryshim të adresës. Nëse adresa e re shkakton zvoglim apo rrijte të shkallës së rrezikut, duhet të bëhen korigjimet e duhura në madhësinë e primit për kontratën e përtëritur për vitin pasardhës.
- 13.6. Të kufizojë madhësinë e dëmit (përfitimit) duke përdorur të gjitha mjetet që ka në dispozicion. Mos kryerja e këtij obligimi me qëllim të dëmtimit apo mashtrimit të siguruesit, do ta çlirojë këtë të fundit (siguruesin) nga të gjitha obligimet për pagesën e përfitimit të kërkuar.
- 13.7. Për qëllime të përdorimit të shërbimeve relevante të mbuluara nga kjo policë sigurimi, i siguruari duhet të paraqesë kartën e sigurimit shëndetësor “Elsig” një dokument i patransferueshëm tek personat të tjerë. Në rast të humbjes apo vjedhjes së kësaj karte, policmbajtësi ose i siguruari duhet të njoftojë siguruesin brenda 48 orësh, ndërsa siguruesi do të lëshojë kartën e re dhe do të anulojë të vjetrën. Veç kësaj, policmbajtësi ose i siguruari detyrohen ti kthejnë kartën e sigurimit shëndetësor tek siguruesi në rast se përfundon marrëdhënia kontraktore cilido qoftë shkaku: anulimi i kontratës, mospërtëritja e kontratës pas mbarimit të periudhës së sigurimit (data e skadencës) etj.

14. Të drejtat e policëmbajtësit/të siguararit

Neni 14

Policë mbajtësi ose i Siguruari gëzojnë të drejtat për:

- a) Kurimet, trajtimet dhe shërbimet mjekësore të listuara në planin e përfitimit shëndetsor të blerë, në përputhje me kushtet e kontratës, kufizimet apo perjashtimet përkatëse.
- b) Informimin e Siguruesit për rrezikun e reduktuar, gjë e cila mund të shërbejë si bazë për korigjimin e primit në favor të të Siguararit. Në këtë rast, në fund të periudhës siguroese të mbuluar nga ky prim, shumica e primit të ardhshëm duhet të reduktohet proporcionalisht, ndryshe policëmbajtësi ka të drejtën e përfundimit të kontratës dhe të kërkojë kthimin e diferencës midis primit të paguar në fakt me primin që duhet të paguante pas njoftimit për reduktimin e rrezikut.
- c) Bërjen e kërkesës në adresë të Siguararit për të korigjuar çdo gabim ose të pastrojë (eliminonjë) diferencat midis policës aktuale dhe sigurimit të rënë dakort brenda një muaji nga data e lëshimit (dorzimit) të policës. Pas kalimit të afatit një mujor i Siguarari nuk ka më të drejtë të kërkojë bërjen e korigjimit.

15. Detyrimet e siguruesit

Neni 15

- a) Siguruesi duhet të pajisë policëmbajtësin me policë të sigurimit, pakon e sigurimit shëndetsor të kontraktuar, pyetsorin për sigurim të firmosur nga policëmbajtësi dhe çdo dokument tjetër që mund të shërbejë si garanci e bërjes së sigurimit.
- b) Siguruesi duhet të paisë policëmbajtësin / ose të Siguruarin me Karten (Kartat) e Planit të Sigurimit “Elsig” duke treguar edhe numrin e telefonit të informacionit për shërbimet urgjente.

16. Mosmarrëveshjet dhe apelimet - Ndërprerja e kontratës

Neni 16

Nëse palet nuk bijnë dakort në një relacion të përbashkët, atëherë çështja adresohet në Gjykatën kompetente. Secila palë paguan shpenzimet për ekspertin e vet. Palët kanë të drejtë që mosmarrëveshjet e tyre ti zgjidhin edhe në institucionet alternative për zgjidhjen e kontesteve në republikën e Kosovës.

I siguruari dhe Siguruesi kanë të drejtë që në çdo kohë me paralajmërim 30 ditë më parë, të kërkojnë shkëputjen e kontratës në qoftëse njëra pale apo dy anshëm nuk i përmbahen obligimeve kontraktuale apo në qoftëse për këtë ekziston një arsye e fortë e cila do të arsyetonte shkëputjen. Nëse nuk paguhet premia e sigurimit, gjithashtu siguruesi gëzon të drejtën e shkëputjes së kontratës me paralajmërim 30 dite me pare edhe nëse nga i siguruari në mënyre abuzive keqpërdoret e drejta në kompensimin e rastit të siguruar dhe rrjedhimisht humb arsyjeja ekonomike e kontratës.

17. Polica duplikat

Neni 17

Nëse humbet polica origjinale, me kërkesë të Siguruarit apo përfituesit, Siguruesi lëshon policën duplikate, e cila do të ketë të njejtën vlerë si polica origjinale.

18. E drejta e parashkrimit

Neni 18

Policëmbajtësi dhe i Siguruari të cilët janë të pa kënaqur me vendimin e siguruesit lidhur me kërkesat për kompensime kërkesen e tyre mund ta realizojnë me rrugë gjyqësore, për një periudhë 3 vjeçare pasi ka ndodhur ngjarja e cila qëndron në bazë të kërkesës së perfitimit.

19. Kontaktimi me siguruesin

Neni 19

- 19.1. Komunikimet me Siguruesin nga ana e policëmbajtësit, të Siguruarit apo përfituesit duhet të dërgohen në adresën e punës së Siguruesit siç tregohet në policën e sigurimit.
- 19.2. Komunikimet e tij për policëmbajtësin, të Siguruarin apo përfituesin, Siguruesi duhet t’i dërgojë në adresën (e policëmbajtësit të Siguruarit) të treguar në policë, ose në adresën e re, nëse i është dërguar njoftim me shkrim Siguruesit për ndryshimin e adresës.
- 19.3. Pagesa e shumës së primit që i bëhet nga policëmbajtësi / i Siguruari, agentit (ndërmjetësuesit) të

sigurimeve nuk do të konsiderohet se i është bërë Siguruesit, në qoftë se agjenti nuk i jep të siguarit deftesën e Siguruesit që verteton marrjen e shumës së primit (nga Siguruesi). Ose dëshminë e pagesës së premisë në llogarinë e Siguruesit KS “Elsig”.

20. Procedura ankimore

Neni 20

- a) Policëmbajtësi / i Siguruari paraqet një kërkesë me shkrim, në formën e paraparë nga Siguruesi, së bashku me dokumentet e tjera të përcaktuara në kushtet e policës. Kjo paraqitje mund të bëhet në zyrën më të afërt të Siguruesit ose përmes postes.
- b) Siguruesi shqyrton kërkesën e klientit dhe dokumentacionin brenda 15 ditëve pas regjistrimit të kërkesës në protokollin e Siguruesit.
- c) Siguruesi njofton me shkrim policëmbajtësin lidhur me vendimin duke shpjeguar të gjitha arsyet për një vendim të tillë. Nëse klienti akoma ka nevojë për informata shtesë apo lidhur me vendimin, ata duhet të kontaktojnë zyrtarin për zbatimin e ligjit në Kompaninë e Sigurimit dhe të kërkojnë shqyrtim të metutjeshëm të ankesës. Adresa e kontaktit: **shendeti@kselsig.com**
- d) Nëse klienti nuk pajtohet me vendimin e marrë nga Siguruesi, klienti ka të drejtë të vazhdojë me procedurën e ankesës jo më vonë se 15 ditë nga data e pranimit të vleresimit.

21. Deklarata e klientit

Neni 21

- a) Personi që kanë nënshkruar policen e sigurimit shendetësor si dhe pyetsorin dhe pakon e perzgjedhur së bashku me kushtet është informuar nga siguruesi dhe është pajtuar, që: - të dhënat personale të kësaj kërkesë, së bashku me të dhënat tjera, do të përpunohen dhe përdoren nga siguruesi, në lidhje me sigurimin e kontraktuar, për qëllime statistikore dhe për qëllime të hulumtimit si dhe transferim tek një palë e tretë me qëllim të trajtimit të dëmeve - siguruesi do të ruaj të dhënat personale me sigurinë e nevojshme në regjistra, ku këto të dhëna do të strukturohen me ndihmën e kartelave apo përmes ndonjë baze elektronike të të dhënave. - në këto të dhëna personale të përpunuara, personat e tretë nuk do të kenë qasje, përveç nëse është fjala për organet shtetërore kur kjo është e sanksionuar me ligj, si dhe për personat që përpunojnë të dhënat nën udhëheqjen e kompanisë K.S. “ELSIG” sh.a.
- b) Personat që nënshkruajnë këtë policë, vërtetojnë se: vullnetarisht kanë dhënë informata personale për vetveten, si kusht i domosdoshëm për kontraktimin e këtij sigurimi, dhe se janë të pajtimit, që siguruesi të përpunojë ato të dhëna dhe t'u lejojë personave të tretë në pajtim me pikën 1 të këtij dokumenti, qasje në to.
- c) Kontraktuesi i sigurimit vërteton me nënshkrimin e tij, se: është plotësisht i aftë dhe se nuk ka asnjë kufizim për hyrjen në marrëdhënie kontraktuese.
- d) Personat që kanë nënshkruar këtë policë vërtetojnë se: në lidhje me këtë policë, nuk ka asnjë marrëveshje gojore shtesë.

22. Juridiksioni

Neni 22

Gjykata kompetente për zgjidhjen e mosmarrëveshjeve, do të jetë Gjykata e Prishtinës. Por çdo çështje të policës do t'i referohet Ligjeve dhe Rregulloreve në Republikën e Kosovës.

23. Kushtet e zbatueshme për të gjitha seksionet

Neni 23

- a) siguruesi nuk përgjigjet për kërkesat për dëmshpërblim sipas këtij sigurimi, po që se personi (personat) e siguruar ose ndonjë tjetër që i jepet e drejta për të mbuluar, nuk ka përmbushur çdo gjë që i kërkohet të bëhet sipas policës së sigurimit dhe dokumenteve.
- b) personi i siguruar duhet të këtë kujdes të mjaftueshëm për të parandaluar aksidentimin, dëmtimin ose sëmundjen.
- c) të gjitha certifikatat, informacione, dhe evidenca të kërkuara nga KS “Elsig ”sha do të blehet me shpenzimet e personit të siguruar ose përfaqësuesit të tij ligjor.
- d) përveç se me pëlqimin me shkrim të siguruesve as një personi tjetër nuk i jepet e drejta të pranoj përgjegjësinë si përfaqësues i tyre ose të bëj përfaqësimin në emër të tyre. Siguruesve u jepet e drejta për veprime të plota të kontrollojnë dhe të zgjidhen mosmarrëveshjet që lindin ose që lidhen me ankesat e personit të siguruar.
- e) në rast kërkesë për dëmshpërblim, një këshilltar mjekësor i caktuar nga siguruesi do të lejohet të ekzaminoj personin e siguruar, aq herë sa e shikon të arsyeshme siguruesi, në rast vdekjeje të personit të siguruar, nëse është e nevojshme, siguruesve u lind e drejta për të bërë me shpenzimet e tyre autopsinë e të vdekurve.
- f) siguruesit me shpenzimet e tyre mund të fillojnë procedurë gjyqësore, në emër të përfituesit, në emër të personit të siguruar për të marrë kompensime nga një palë e tretë në lidhje me çdo zhdëmtim të parashikuar sipas këtij sigurimi, kështu që çdo shumë e marrë do ti përkas siguruesit, ndërsa personat e siguruar duhet të japin gjithë ndihmën e nevojshme siguruesve.

24. Kufizimet territoriale për mbulimin e sigurimit

Neni 24

- a) Sigurimi për përkujdesje mjekësore kufizohet brenda teritorit të cekur ne policen bashkëngjitur. **Për zonën e mbulimit jashtë teritorit të Kosovës kërkohet aprovim paraprak nga KS Elsig.**

25. Mbulesa siguroese - vdekja aksidentale dhe invaliditeti i përhershëm

Neni 25

- **Përfitimet nga aksidenti personal**

Përfitimi për vdekje që rezulton nga aksidenti sipas **policës** se sigurimit bashkëngjitur këtyre kushteve.

A. PËRFITIMI PËR INVALIDITET TË PËRHERSHËM

- a) Personi i siguruar, i cili para moshës 65-vjeçare, pasi të jetë pranuar nga mjeku dhe miratuar nga bartësi i sigurimit dhe Siguruesi si invalid i përhershëm si pasojë e aksidentit, do të përfitojë shumën kapitale. Si person i siguruar, i cili pas moshës 65-vjeçare, pasi të jetë pranuar nga mjeku dhe miratuar nga bartësi i sigurimit dhe Siguruesi si person me paaftësi të përhershme për punë si pasojë e aksidentit, do të përfitojë 40% nga shuma kapitale.

Me paaftësi të përhershme konsiderohet i siguruari që është pjesërisht apo plotësisht i paaftë për të kryer ndonjë punë apo profesion, për të cilin ai/ajo është trajnuar, shkolluar apo ka krijuar përvojë.

b) Nëse paaftësia e përhershme është e plotë (totale), vlera kapitale e përfitimit do të arrijë shumën e specifikuar në policën bashkëngjitur kushteve.

c) Nëse paaftësia është e natyrës së pjesshme, përqindja e shumës, e caktuar në paragrafët e sipërsënuara do të paguhet sipas shkallës së përcaktuar me konventa ndërkombëtare.

Tjetërsimi mental i pashërueshëm	100%
Paraliza organike totale	100%
Verbërimi i plotë	100%

Amputim (këputje) apo humbje e përhershme e:

a) e të dy krahëve dhe e të dy duarve	100%
b) e të dy këmbëve dhe e të dy shputave të këmbëve	100%
c) e njërit krah apo dorë dhe njëres këmbë apo shputë këmbë	100%
Humbja e complete të pamurit pa heqjen e syrit	50%
Humbja e trashësisë së substancës së kafkës:	45%
a) Në sipërfaqe prej 6 cm ² e më tepër	40%
b) Në një sipërfaqe prej 3 to 6 cm ²	20%
c) Në sipërfaqe më pak se 3 cm ²	10%

Shurdhimi plotë (në të dy veshët)	100%
Shurdhimi i plotë (në njërin vesh)	50%

Amputimi i nofullës së poshtme:

a) Në tërësi	70%
b) Pjesërisht (ramus mandibulae apo gjysma e mandibullës)	40%
Humbja e të gjithë dhëmbëve dhe pragut alveolar (pamundësia e vendosjes së protezës)	10 - 30%
Në rast se vendosja e protezës do të përmirësonte funksionin	1 deri 10%

Humbje e funksionit të ekstremitetit të sipërm:

	<u>Të djathtë</u>	<u>Të majtë</u>
Humbje e krahut apo e dorës	75%	60%
Paraliza totale e gjymtyrës së sipërme	65%	55%
Paraliza totale e nervit circumflex	20%	15%
Paraliza totale e nervit të mesëm	45%	35%
Paraliza totale e nervit kubital në bërryl	30%	25%
Paraliza totale e nervit të dorës	20%	15%
Paraliza totale e nervit radial mbi muskulin tricepsin	40%	30%

Ligamenti i tërësishëm i artikulacionit të supit:

a) Imobilizimi i shpatullës	65%	55%
b) Me mobilizimin të shpatullës	35%	25%

Thyerje e pakonsoliduar e krahut:

Formimi i pseudo- artrozës	30%	25%
----------------------------	-----	-----

Humbje e plotë e lëvizjes së bërrylit:

a) Në një pozitë të papërshtatshme	40%	35%
b) Në pozitë të përshtatshme	25%	20%

Thyerje e pakonsoliduar e parakrahut: (formimi i pseudo-artrozës)

a) Dy kockat	25%	20%
b) Një kockë	10%	8%

Humbje e plotë e lëvizjes së kyçit të dorës

a) Në pozitë të papërshtatshme (kontrakturë fleksore/estensore)	40%	30%
b) Në pozitë të përshtatshme (supinacion/pronacion)	15%	20%

Amputimi i gishtit të madh

a) Totale	20%	18%
b) Parciale (ashti i gishtit të këmbës)	10%	8%

Ankiloza e gishtit

a) Totale	15%	12%
b) Parciale (ashti i gishtit të këmbës)	10%	8%

Amputimi i gishtërinjve të dorës

a) Total	16%	14%
b) I dy gishtrinjve	12%	10%
c) Një gishti	6%	5%
Amputimi i gishtit të dytë	12%	10%
Amputimi i gishtit të tretë	10%	8%
Amputimi i gishtit të katërt	8%	6%

Amputimi i gjymtyrës së poshtme

Amputimi total i gjymtyrës së poshtme	60%
Paraliza totale e nervit ishiadik poplietal	30%
Paraliza totale e nervit të jashtëm ishiadik popliteal	30%
Paraliza totale e dy nervave ishiadikë poplietal	40%

Shkurtimi i gjymtyrës së poshtme

a) Së paku 5 cm	30%
b) Nga 3 to 5 cm	20%
c) Nga 1 to 3 cm	10%

Ankiloza totale e njërës kërdhokullë:

a) Në pozitë të papërshtatshme (kontrakturë fleksore/ekstenzore)	60%
b) Në pozitë të drejtë	40%

Amputimi i kofshës:

a) Gjysmës së sipërme	60%
b) Gjysmës së poshtme	50%
Thyerje e pakonsoliduar e kofshës (Formimi i pseudo-artrozës)	50%

Ankiloza complete e gjurit:

a) Kontrakturë fleksore/ekstenzore deri 130 shkallë	50%
b) Në pozitë të drejtë	25%
Hidrops kronik në bazë të atrofisë muskulare	3 - 20%
Thyerje e pakonsoliduar e nyjes apo kapakut të gjurit me ndarje të gjerë të fragmenteve dhe me vështirësi të konsiderueshme për shtrirje të këmbës	40%
Amputimi i këmbës	50%
Ankiloza talo-krurale (kërci i tibies)	15%

Amputimi i shputës së këmbës:

a) Totale (dezartikulim talo-krural)	50%
b) Sub-astraglian	40%
c) Media-tarzal	35%
d) Tarso-metatarzal	30%
e) Amputimi i të gjithë gishtrinjve të këmbëve	20%
f) Amputimi i gishtit të madh	10%
g) Amptimi i gishtit të këmbës, përveç gishtit të madh	5%
h) Ankiloza e gishtit të madh të këmbës	3,5%

Rastet që nuk janë në listë kompensohen me përqindje nga shuma totale siç është paraqitur në paragrafët e lartëshënuar ekuivalent me përqindjen e shkallës së paaftësisë.

d) Personat sollak (majtak), me rastin e deklaramit se janë sollak (majtak) në vërtetimin mjekësor duhet të marrin përfitime të shkallëzuara lidhur me gjymtyrën e sipërme të djathtë, dhe e kundërta.

e) Rastet e shumëfishta të paraqitura në listë, të cilat rrjedhin nga aksidenti i njëjtë do të kompensohen me të njëjtën masë, jo më shumë se shuma kapitale 100% për paaftësi të përhershme.

26. Procedura e ujdisë

Neni 26

Siguruesi do t'ia paguajnë shumën kapitale bartësit të policës brenda një muaji pas pranimit të çertifikatës mjekësore, ku është cekur shkaku i invaliditetit, natyra e saktë e invaliditetit dhe shkalla e invaliditetit. Shuma kapitale pastaj do t'i paguhet personit të siguruar nga bartësi i policës së sigurimit.

SIGURIMI SHËNDETËSOR

27. Përfitimet nga sigurimi shëndetësor

Neni 27

Shuma e përgjithshme e kompensimit që Siguruesi është i obliguar të paguajë për shpenzimet e përgjithshme mjekësore dhe aksidentale, të mbuluara me këtë kontratë dhe Personit të siguruar në cilin do vit të policës, nuk lejohet të kalojnë shumën prej:

Shuma e sigurimit sipas strukturës së përfitimeve në policën bashkëngjitur

Te gjitha analizat, ekzaminimet, trajtimet dhe terapitë është e domosdoshme të jenë të përshkruara nga ana e mjekut specialist, të kenë të dhëna anamnesticke, indikacione mjekësore si dhe diagnoze udhëzuese në të kundërtën në mungesë të lartcekurave nuk mbulohen shpenzimet.

I siguruari obligohet që të prezantoj çdo dokumentacion mjekësor qofte edhe paraprak nëse i kërkohet nga siguruesi. Siguruesi do të ketë qasje të plotë në të gjithë dokumentacionin i cili ka të bëjë me klientin (rastin).

a. Siguruesi merr përsipër të kompensojë **80%** të shpenzimeve ambulatorë për trajtimin mjekësor, nga mjekët e kualifikuar dhe çertifikuar, **ndërsa kufizimi i shumës se kompensimit për medikamente sipas limitit në policën bashkëngjitur kushteve.**

b. Siguruesi merr përsipër të kompensojë **100%** të shpenzimeve për **hospitalizim**, për rastet që kërkojnë qëndrim në spital së paku një natë (duke përjashtuara shpenzimet e mjekut-shih pikën a.) siç janë:

- shtrati dhe shtroja
- shërbimi i përgjithshëm i infermierisë
- shfrytëzimi i sallave dhe pajisjeve kirurgjike
- ekzaminimet laboratorike
- ekzaminimet radiologjike
- trajtimi në dhomën e emergjencës
- trajtimi në dhomën e kujdesit intensiv
- transporti me autoambulancë në dhe nga spitali
- medikamentet e shfrytëzuara gjatë hospitalizimit.

Pagesa e shpenzimeve për shtrat dhe shtrojë duhet të kufizohet në nivel me çmimin për një dhomë dy-shtretëshe.

A. **Shpenzimet për maternitet:** përfshirë shpenzimet gjatë shtatzënisë, lindjes, dhe kujdesit pas lindjes të përcaktuara në kontratën e sigurimit: shpenzime jashtë spitalorë, shpenzimet gjatë qëndrimit në spital deri në shumën maksimale të përcaktuara në **policën bashkëngjitur**.

B. Llojet e trajtimeve të përshkruara që veçanërisht u nënshtrohen kufizimeve vijuese janë si në vijim:

1. Trajtimi Dentar

Shpenzimet për kontrollë nga ana e stomatologut, pastrimin e dhëmbëve, trajtimin parandalues, proteza protetike, mbushja, trajtimi i rrënjës së dhëmbit, nxjerrja e dhëmbit, urat e dhëmbëve, kurorat do të kompensohen **sipas limitit në policën bashkëngjitur**. Të gjitha rastet e dyshimta do të kërkojnë ortopani dhe mund të kërkojnë edhe vizita te mjeku i caktuar nga siguruesi.

Shpenzimet ortopedike dento-faciale kompensohen vetëm nëse trajtimi fillon para moshës 15 vjeçare. Kompensimi për shpenzime ortopedike dento-faciale mundësohet vetëm në rast të policave 4 vjeçare.

2. Ekzaminimet speciale dhe trajtimet

a) Trajtimi psikiatrik duke përfshirë, psiko-analizën kompensohet vetëm nëse pacienti është trajtuar nga psikiatri. Shpenzimet e psikiatrit lidhur me personin e siguruar kompensohen **sipas limitit në policën bashkëngjitur** (gjatë kohëzgjatjes 1 vjeçare të policës së sigurimit).

b) Shpenzimet për trajtimin radiologjik kompensohen vetëm nëse pacienti është udhëzuar nga mjeku përkatës.

3. Trajtimi i të dëgjuarit dhe trajtimi optik

a) Trajtimi i të dëgjuarit

Shpenzimet për ndihmë në të dëgjuar për aparat dëgjimi, duke përfshirë edhe ekzaminimet përcjellëse, maksimalisht një aparat dëgjimi për një vesh për periudhë trevjeçare të policës së sigurimit kompensohen **sipas limitit në policën bashkëngjitur**.

b) Trajtimi optik

Shpenzimet për trajtimin optik brenda 1 viti të policës së sigurimit kompensohen **sipas limitit në policën bashkëngjit** për dy xhama optik brenda vitit të sigurimit. Rastet e dyshimta mund të kerkohet vizita te mjeku i caktuar nga siguruesi.

4. Kujdesi parandalues

Mamografia dhe PAPA testi te femrat dhe ekzaminimi i prostatës dhe matja e nivelit të PSA (Antigjeni Specifiki i Prostatës) për 1 vit të policës kompensohet **80% për person** të siguruar të moshës **40-vjeçare e mbi**, pa udhëzim mjeku.

F. Shpenzimet për ambulancë: shfrytëzuar për transport të personit të Siguruar prej vendit ku i siguruari është lënduar nga aksidenti apo është goditur nga ndonjë sëmundje deri në spitalin e parë më të afërt kompensohet **100% max 350 euro ne vit.**

5. Trajtimi fizioterapeutik

Shpenzimet për trajtimin fizioterapeutik kompensohen **sipas limitit në policën bashkëngjit** për periudhë njëvjeçare të policës së sigurimit. Është e domosdoshme që fizioterapia të jetë e udhezuar nga mjeku specialist në të kundërtën nuk do të mbulohet.

28. Procedura e kompensimit**Neni 28**

Kërkesat për shpenzimet mjekësore do t'i dërgohen Siguruesit nga personi i siguruar, duke shfrytëzuar formularët përkatës, të siguruar nga ana e Siguruesit.

Kërkesave për shpenzimet mjekësore duhet t'u bashkëngjiten dokumentacioni origjinal mjekësor (raportet e mjekut, udhëzimet, fletë lirimet, etj.), si dhe faturat/kuponat përkatëse fiskale, etj. Po ashtu duhet të dorëzohen edhe përshkrimet e barnave. Dokumentacionit duhet t'i bashkëngjitet përkthimi, në njëren nga tri gjuhët (shqipe, serbe ose angleze) në formularin për kërkesa.

Kërkesat do të paguhën me pagesë të drejtpërdrejtë në numrin e xhirlogarisë në bankë të të siguruarit. Pagesa për hospitalizim i paguhet drejtpërdrejt spitalit për personin e siguruar nga Siguruesi nëse Kompania ka marrëveshje me spitalin ku është marr trajtimi.

Kompensimi do të bëhet pas pranimit të dokumentacionit të plotë mbështetës, jo më vonë se 15 ditë, dokumentet e dorëzuara, Siguresi i ndalë dhe i ruan për afat kohor të pacaktuar.

29. Ndërhyrja e ndonjë sigurimi tjetër**Neni 29**

Në rastet kur personi i siguruar ka të drejtë që të kompensohet nga ndonjë Sigurues tjetër, Siguruesi do ta realizojë kompensimin - bëjë pagesën e duhur, duke u bazuar në dallimin ndërmjet shpenzimeve, të cilat janë kryer në të vërtetë, të fituara nga burimet tjera.

30. Procedura e pagesës së primit

Neni 30

Pagesa e primit duhet të bëhet menjëherë me rastin e pranimit të policës nga i siguruari apo, në afatin kohor i cili është i cekur në faturë. Polica hyn në fuqi me ditën e pagesës së primit apo, nëse palët janë dakorduar që pagesa e primit të bëhet me këste (direct debit), me pagesën e kështit të parë.

Në rast të mospagesës së primit - kësteve të sigurimit, sipas datave të marrëveshjes dhe ate më shumë se dy muaj - dy këste, atëherë siguruesi nuk do të marrë përsipër pagesën e çfarëdo dëmi të ndodhur për periudhën për të cilën polica ka qenë në fuqi.

31. Përjashtimet

Neni 31

Polica e sigurimit shëndetësor “Elsig” nuk mbulon shpenzimet mjeksore, ambulatore, spitalore apo të çdo forme që të bëhen kur këto shpenzime lidhen me gjendjet shëndetësore të mëposhtme:

1. Të gjitha tipet e sëmundjeve paraekzistuese ose kongjenitale, defektet apo deformacionet, si rezultat i sëmundjeve apo aksidenteve ekzistuese në datën e regjistrimit të përfituesit në policë; polica gjithashtu nuk mbulon çdo sëmundje apo çrregullim shëndetësor që lidhet me sëmundje paraekzistuese apo të lindura; pavarësisht a ka qene siguruesi ne dijeni apo jo per gjendjen paraekzistuese siguruesi nuk mbulon as diagnostifikimin dhe as terapine per gjendjet e lartecekura.
2. Trajtimin për një sëmundje apo lëndim që ndodh si rezultat i lufrave civile, ndërkombëtare apo koloniale. invazioneve, kryengritjeve, rebelimeve, aktet e natyrave terroriste të çdo forme (kimiike. biologjike, nukleare etj.) revolucioneve, revoltave, represioneve, manovrave ushtarake qofshin këto edhe në kohë paqe, dhe epidemitë e deklaruar zyrtarisht.
3. Trajtimin për sëmundjet dhe lëndimet që mund të kenë lidhje direkte apo indirekte me radiacionin nuklear ose kontaminimin radioaktiv si dhe sëmundjet dhe lëndimet që burojnë nga katastrofa të tilla të natyrës si tërmetet, përmbytjet, shpërthimet vullkanike si dhe fenomene të tjera sismike apo meteorologjike si dhe rrufeja.
4. Trajtimin për sëmundjet apo aksidentet industriale apo profesionale, sëmundjet apo aksidentet e pësuar në ngjarjet sportive, si rezultat i mjeteve motorike të mbuluara nga sigurimi i detyrueshëm i autopërgjegjësive, përveç rasteve të parashikuara në policë. Në qoftë se policmbajtësi/i siguruari ka ndonjë mbulim tjetër për të njejtën kërkesë për përfitim, siguruesi do të paguajë vetëm pjesën e vet të kostos së trajtimit.
5. Trajtimi për alkoolizëm kronik, drogim intoksikimin nga abuzimi me alkoolin, keqpërdorimi i barnave, narkotikëve ose substancave iluziono-prodhuese (halucinantet), përpjekjet për vetvrasje apo lëndimet me dashje, si dhe sëmundjet apo lëndimet e provuara (vuajtura) nga i siguruari me qëllim mashtrimi. Siguruesi nuk paguan as varesin ndaj te lartecekurave dhe as pasojat e drejtperdrejta ose jo te drejtperdrejta te tyre.
6. Të gjitha barnat per semundje kronike, vaksinat per alergji, nuk mbulohen as një lloj vaksine, barnat komplementare (vitaminat, vaj peshku, mineralet, qajra, etj) si dhe barnat me perberje bimore. Veshjet e përdorura gjatë trajtimit ambulator apo në shtëpi (përveç kimioterapisë). Aparatet qe sherbejne per perkujdesje trupi dhe te semuresh si psh: kepuce ortopedike, qorape kompresive (elastike)(Nuk mbulohen paisjet ortopedike), aprat frymemarrje, pompa qumshti, dush per goje, qese per akull, jastek korrenti,

termometer, tensiometer, aparat i glikemise, lancetat, produkte kozmetike dhe mjete tjera per perkujdesje trupi..

7. Trajtimin që është eksperimental.Kjo përfshin trajtimet që nuk kanë provuar në mënyrë të mjaftueshme kontributin e tyre efektiv për parandalimin, për trajtimin apo kurimin e sëmundjes; ilaçet alternative, metoda e shërimit natyror(natyropatia), hemopatia, akupuntura, mesoterapia, hidroterapia, mangetoterapia, terapia me shtypje, ozonoterapia etj. trajtimi për zgjatjen e jetës, zhdukja apo pakësimi i dhembjes dhe vuajtjes, ose aktivitete sportive (përfshin notimin), terapitë ne baja rehabilituese dhe kurat e pushimit (zakonisht trajtimet për çrregullimet nervore).
8. Trajtimin përfshirë kirurgjinë, që ka për qëllim menjanimin e sterilitetit ose shtërpesisë në të dy sekset (fekondimin artificial etj.).Nuk mbulohet hetimi, trajtimi dhe diagnostifikimi sterilitetit nuk mbulohet edhe kthimi mbrapsht i sterilizimit, aborti; studimi, diagnostikimi dhe mjekimi (përfshirë kirurgjinë) e impotencës.
9. Transplantimet e organeve, indeve, qelizave ose komponenteve qelizore, përveq transplantit të palcës së kockave të vetë pacientit (palcës së kockave të pacientit) dhe trajtimit të sëmundjeve malinje të gjakut.
- 10.Trajtimin për çdo sëmundje, ose lëndim që shkaktohet nga infeksioni me virusin e imunodeficiencës së njeriut (H.I.V.) AIDS si dhe semundjet seksualisht te transmetueshme. Hulumtimi, diagnostifikimi dhe trajtimi per semundjet seksualisht te transmetueshme. Nuk mbulohet as kontracesioni.
11. Kurat e rinimit, nderhyrjet/trajtimet estetike dhe kirurgjia plastike nuk do te mbulohen me perjashtim te kirurgjise plastike nese eshte e nevojshme si pasoje e nje rreziku te mbuluar apo si pasoje e nje aksidenti apo semundje te ndodhur vetem per permiresimin e gjendjes shendetesore.
12. Hospitalizimi për shkak të problemeve të tipit social.
13. Kontrolllet dhe analizat laboratorike te zakonshme shëndetësore të natyrës parandaluese (Chek up).
14. Gjithçka që ka lidhje me psikologjinë, psikoanalizën, hipnozën, psikoterapinë individuale ose në grup, kontrolllet psikologjike, narkolepsia (përgjumja e shpeshtë dhe e thellë) etj. gjithashtu dhe terapia edukative e tillë si edukim gjuhësor në procesin kongjenital ose edukimi special spitalor me sëmundje mendore.
15. Trajtimet endodontike (diagnostikimi dhe trajtimi i mishit të dhëmbëve), paisja me proteza dentare, trajtimet ortodontike (korrektimi i dhëmbëve të parregullt), trajtimi i sëmundjeve të periodintitit, implantet, Zbardhja e dhëmbëve, Fasetat e porcelanit, që përdoren për efekt estetik, nëpërmjet zgjatjes dhe riformimit të dhëmbëve si edhe mbylljen e boshllëqeve ndërmjet tyre, apo ndryshimin e ngjyrës së dhëmbëve, Kurora e dhëmbëve prej floriri veneer dhe zirkoni.
16. Protezat e çdo lloji dhe natyre, përveq atyre të listuara në nenin 8.2.Të gjitha llojet e materialeve të indeve kockore, materialeve biologjike dhe sintetike, organet transpolantuara dhe zemrat artificiale përjashtohen gjithashtu nga mbulimi.
17. Dializat dhe trajtimet për sëmundjet kronike, si dhe Insuficiencia e veshkave
18. Shpenzimet e udhëtimit, përveq ambulancën në rastet e parapara nga polica.
19. Teknikat kirurgjiale ose terapitë me rreze lazer, teknikat kirurgjikale me lazer në kirurgjinë vaskulare periferike dhe paisjet e përdorura për rehabilitimet muskuloskeletore.
20. Ekzaminimi gjentik që synon vlerësimin e predispozicionit të të siguarit për të pasur ndonjë sëmundje gjentike.
21. Kirurgjia që synon ndryshimin e seksit.
22. Semundje apo aksidente qe rrjedhin drejteperdrejt nga krime apo veprimtari te kunderligjshme te kryera ne menyre te vetedijshme.
23. Aborti artificial pa indikacione mjekesore dhe aborti per qellim te planifikimit familjar. Siguruesi nuk mbulon asgje qe ka te beje me planifikimin familjar duke perfshir vizitat dhe terapite.

24. Trajtimi i obezitetit (mbipeshes) dhe diabetit si dhe nuk mbulohen as pasojat e shkaktuara nga semundja e diabetit.
25. Shpenzimet jo mjekesore psh: shpenzimet per telefon privat, perkthimi i dokumentacionit mjekesor nuk do te mbulohen nuk mbulohen certifikatat e punes, certifikatat per lirim nga puna.
26. Nese kerkesa per rimburim apo pagesa e shpenzimeve mbulohet plotesisht apo pjeserisht nga nje program i financuar nga organet qeveritare, atehere Siguruesi nuk do te jete pergjegjes per pjesen e mbuluar.
27. Shpenzimet per c'rregullimet e zhvillimit mendor (epilepsia,semundjet psiqike dhe skleroza multiple).
28. Nuk mbulohet synetia dhe as shpenzimet të cilat mund të vijnë si rezultat i komplikimeve.
30. Siguruesi nuk mbulon te gjitha kornizat pa perjashtim, xhamat per syzet e luksit pa dioptri dhe xhamat e luksit , xhama pa qese optike, lentet, kirurgjia radiale keratomike ne rast miopie, presbiopie, hypermetopie, astigmatismit, trajtimin e kataraktes nuk ka rendsi a ka qene paraegzistuese apo jo nuk mbulohet, trajtimin laserik te syrit, trajtimin dhe intervenimet e syrit te cilat vine si pasoje e komplikimeve nga semundja e diabetit,
31. Logopedia dhe mësimdhënia permirësuese (rehabilituese),
32. Heqja e nevusave (bengave) dhe lythave me deshire te klientit,
33. Siguruesi nuk mbulon fizioterapin e cila nuk eshte e pershkruar nga mjeku specialist poashtu nuk mbulohet as fizioterapia e cila kryhet ne spa, hidro klinika, institucione per rehabilitim, azilet te moshuarve, banja.
34. Riatdhesimi i eshrave mortore (kufomës)
35. Shpuarja e veshit apo e trupit dhe tatuazha, si dhe çdo tretman që kërkohet në lidhje me këtë;
36. Te gjitha shpenzimet per trajtim dhe egzaminim te perseritur per diagnoze te njejt, ne form te mendimit te dyte mjekesore, qe nuk eshte kerkuar nga mjeku paraprak.

32. Periudhat pritëse (waiting periods)

Neni 32

E aplikueshme për sigurimin e shëndetit vetëm për vitin e parë të sigurimit.(klientët të cilët hyjnë për herë të parë në sigurim)

Të gjitha përfitimet që ofron polica do të jepen që nga data e fillimit të sigurimit, përveq disa trajtimeve si më poshtë për të cilat do të zbatohet një periudhe pritëse pas datës së fillimit të sigurimit:

1. 300 ditë për kujdesin dhe trajtimet maternitare (obsteto-gjinekologjike)
2. 180 ditë për radioterapinë, kimioterapinë, terapitë me kobalt, izotopet radioaktive, akseletorët lineare, skanimet, densitometria e kockave, litotripsia, arteriografia digjitale, radio-neurokirurgjia dhe operacioni transuretral hipertermik, MRI
3. 90 ditë për fizioterapi dhe terapi rehabilituese

33. Valuta

Neni 33

Kësti i sigurimit si dhe pagesa e parave nga ana e Siguruesit duhet të paguhet në valutën EURO. Çdo shëndërrim i shpenzimeve mjekësore, nga valuta tjetër, përveç në EURO, duhet bërë në bazë të kursit aktual të Bankave Komerciale që është në fuqi në datën e kompensimit të dëmit.

Siguruesi

Klienti

Rexhep Idrizaj
Drejtore i Përgjithshëm
Kompania e Sigurimeve ELSIG sh.a