



ELSIG

Kompania e Sigurimeve Sh.A./Insurance Company J.S.C.



Gjithcka që duhet ta keni

KUSHTET E PËRGJITHSHME TË SIGURIMIT SHËNDETËSOR

Adresa: Tringë Smajli Nr.19, 10000 Prishtinë, Kosovë
Tel: + 383 (0)38 221-112 / 113 ;
ëeb: www.kselsig.com; e-mail: shendeti@kselsig.com; info@kselsig.com

Në bazë të nenit 38 të Statutit të kompanisë së sigurimeve " Elsig" sh.a. Bordi i Drejtorëve i Kompanisë në mbledhjen e rregullt të mbajtur me 29 Tetor 2024 miratoi Kushtet e Përgjithshme të Sigurimit Shëndetësor

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 mjekësore 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 polic mbajtësit/të siguruarit.....	13
14. Të drejtat e police mbajtësit/të siguruarit.....	14
15. Detyrimet e siguruarit	15
16. Mosmarrëveshjet dhe apelimet - Ndërprerja e kontratës	15
17. Polica duplikat.....	15
18. E drejta e parashkrimit	15
19. Kontaktimi me siguruarin	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 SHËNDETIT

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 ambulatore 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. **Sigures:** Është Kompania e Sigurimeve “Elsig” e cila jep të siguruarit planin e sigurimit shëndetësor, policen e sigurimit dhe kartën përkatëse të sigurimit;
- 2.2 **I siguruari/Policëmbajtësi** – është personi fizik apo juridik që lidhë marrëveshjen e sigurimit me Siguresin.
- 2.3. **Kontraktuesi i sigurimit:** – personi fizik ose juridik, i cili me siguresin e lidh kontratën përsigurimin 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 policen e sigurimit,
- 2.7 **Përqindja e bashkësigurimit: (participimit):** Është përqindja e mbulimit të shpenzimeve mjekësore nga vetë policëmbajtësi apo i siguruari;
- 2.8 **Policë:** është dokumenti me shkrim që përmban kushtet e policës së sigurimit, pyetësin, kontratën 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 mbulohen nga siguresi;
- 2.11 **Data e ripërtërierjes (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 shëndetësore, gjegjësisht keqësimi i papritur i gjendjes shëndetësore të personit që kërkon tretman mjekësorë;

- 2.13 Aksident:** një ngjarje e papritur, rastësore dhe e paparashikuar që ndodh pa vullnetin e të Siguararit, e identifikueshme sa i përket kohës dhe vendit të ndodhjes, që ka impakt trupor të drejtëpërdrejtë, të jashtëm dhe të dhunshëm mbi të siguararin dhe që sjell si rrjedhojë vdekjen, paaftësinë e përhershme ose përkohshme. Do të konsiderohet aksident edhe ndrydhja, tërheqja muskulore, këputja e ligamenteve etj., të shkaktuara nga sforcime fizike të të siguararit;
- 2.14 Data e fillimit (të sigurimit):** është data në të cilën fillon vlefshmëria e kontratës së sigurimit, e cila përcaktohet në policën e sigurimit me datë dhe orë të saktë;
- 2.15 Doktor/mjek:** Është ushtruesi i profesionit mjekësor i cili është ligjërisht i kualifikuar dhe i licencuar të ushtrorë profesionin e mjekut;
- 2.16 Dentist:** Është personi i licensuar nga autoritetet mjekësore të vendit që të kryejë kontrolle preventive, diagnostikuese dhe trajtime mjekësore të sëmundjeve që kanë lidhje me dhëmbët;
- 2.17 Emergjencia (urgjencë):** Është një situatë që kërkon kujdesin emergjent mjekësor në rast aksidenti ose keqësimi i papritur i gjendjes shëndetësore që kërcënon në mënyrë të menjëhershme shëndetin e të siguararit, 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 licensuar 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 (mesatarja e cmimit në vend për atë shërbim). Në rast se KS 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 paralajmëruar;
- 2.22 Sëmundje kongjenitale(e lindur):** një sëmundje që është prezentë që në lindje, pavarësisht nëse bëhet e dukshme që në lindje apo më vonë;
- 2.23 Sëmundje/gjendje para ekzistuese:** Çdo simptomë, sëmundje, lëndim ose gjendje tjetër shëndetësore e cila në baze të vlerësimit mjekësor ka filluar para datës së fillimit të sigurimit apo është gjendje e lindur. Në rast se sigurimi përtërihet në mënyrë të vazhdueshme (pa shkëputje), si datë e fillimit do të merret data e fillimit të policës së parë;
- 2.24 Spital:** Quhet një institucion publik apo privat ligjërisht i autorizuar (licencuar) për trajtimin e sëmundjeve, apo lëndimeve trupore, i pajisur me mjete për kryerjen e diagnostikimeve, dhe operacioneve kirurgjikale,
- 2.25 Trajtim:** Shërbimet mjekësore të nevojshme për të diagnostikuar, kuruar apo për të lehtësuar një sëmundje e cila për arsye mjekësore duhet të ofrohet (trajtimi) nga një profesionalist mjekësor i licensuar;
- 2.26 Trajtimi ditor spitalor:** Është trajtimi i cili për arsye mjekësore kërkon që pacienti të akomodohet në një krevat spitalor vetëm gjatë ditës dhe gjatë natës jo më gjatë se 24 ore dhe trajtimi i tillë konsiderohet si trajtim ambulator;
- 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 mjekësore 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 marrëveshje me siguruesin) në formë propozuese. Pas përcaktimit në formë 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 mjeksor (këshillim mjeksor):** 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 njëjtin vend dhe në të njëjtën 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 parandaluar 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 - ngjitjen (bashkimin) e pjesëve fundore të një kocke të thyer.

3. Lidhja e kontratës

Neni 3

Kontrata lidhet në bazë të kërkesës, ofertës së përzgjedhur dhe pyetësorit, 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 kërkohej gjatë periudhës sigurose që në kontratë të shtohen persona në sigurim deri në moshën 65 vjeçare.

Të siguruarve nga lista ekzistuese mund të ju vazhdohet policja 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 vlerësim i kompanisë).

Në rast të futjes të ndonjë punjonësi/familjari të ri në sigurim shëndetsor, ai/ajo do të gëzojë shumat sigurose në përpjestim të periudhës së mbetur të sigurimit deri në skadim të kontratës.

5. Trajtimet mjekësore të mbuluara nga Polica

Neni 5

5.1 Autorizimi paraprak

Për përfitimit e mëposhtme duhet të merret autorizim paraprak nga ELSIG:

- Trajtim me shtrim në spital, në rastet e planifikuara, në Kosovë dhe zonen e mbulimit.
- Trajtim për rastin e lindjes
- Kontrollë mjekësore me skanim magnetic MRI, gjitha llojet e CT, Endoskopi

Autorizimi paraprak duhet të kërkohet përmes Emailit dhe duhet bashkangjitur të gjitha dokumentet mbështetëse, raportin mjekësor dhe një vlerësim të përafërt të shpenzimeve mjekësore. KS Elsig do të konfirmojë brenda 48 orëve të punës për mbulim ose jo bazuar në kushte të kontratës.

Nëse nuk është marrë autorizimi paraprak, atëherë KS Elsig ruan të drejtën të refuzojë ose paguajë pjesërisht shumën e pretenduar për dëmshpërblim, nëse trajtimi/shërbimi mjekësor mbulohet nga polica e sigurimit dhe shuma e shpenzimit është e arsyeshme dhe e zakonshme për trajtimin apo procedurën mjekësore të kryer. Nëse mbulimi për trajtimin përkatës sipas listes së përfitimeve është përcaktuar në lartësinë prej 100%/80%, në mungesë të autorizimit paraprak rimbursimi do të bëhet në lartësinë prej 70%/50% të shumës.

5.2 Trajtimi në spital i shtruar (me netë qëndrimi), trajtimi ditor në spital dhe trajtimi ambulantor në rrjetin mjekësor të Kosovës të kontraktuar me Siguruesin.

Kur trajtimi mjekësor merret brenda rrjetit mjekësor të kontraktuar nga siguruari, shpenzimet mjekësore për trajtim do të kompensohen direkt nga siguruari në llogari të spitalit, mjekut, laboratorit të analizave etj.

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

Për disa nga trajtimet mjekësore të siguruara, në pajtim me nenin 5.1. kërkohet një autorizim paraprak nga Siguruari.

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

Para autorizimi 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 mjekësore në Kosovë. Në këtë rast, i siguruari duhet të njoftojë siguruesin brenda 72 orëve nga fillimi i trajtimit. Siguruari do të paguajë për të gjitha shpenzimet e mbulueshme nga polica derisa siguruari ta njoftojë të siguarin për ndonjë vendim tjetër.

5.3. 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 mjekësor të kontraktuar me Siguruesin.

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

5.3.1 I Siguruari ose përfaqësuesi i tij duhet të njoftojnë siguruesin për trajtimin mjekësor brenda këtyre limiteve:

5.3.1.1 Urgjencat, brenda 3 ditëve nga fillimi i marrjes së trajtimit;

5.3.1.2 Operacionet (kirurgjike) dhe shtrimet e planifikuara në spital, të paktën 48 orë përpara datës së trajtimit.

5.3.2 Për trajtimet mjekësore 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 mjekësor në të cilin specifikohet diagnoza dhe tipin i sëmundjes, emrin dhe vendin e institucionit mjekësor, datën e pranimit, zgjatjen dhe natyrën e trajtimit mjekësor që është duke marrë.

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

5.3.4 Mbajtësi i policës, i Siguruari ose familja e të siguarit duhet të lejojnë mjekun e emëruar nga Siguruesi që të ekzaminojë të siguarin në mënyrë që të verifikojë çdo çështje që ka lidhje me gjendjen shëndetësore të të Siguarit.

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

5.3.6 Mbajtësi i policës ose i Siguruari duhet t'i paraqes Siguruesit në afat prej tre muajsh nga data e fillimit të marrjes së trajtimit mjekësor 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 Siguarit);
 - b. Të dhënat e detajuara të trajtimit, datat e marrjes së trajtimit dhe kostot e trajtimit mjekësor;
 - c. Identifikimi i Institucionit mjekësor që e jep trajtimin, emri i mjekut ose personit tjetër që kryen këtë trajtim, NIPT – in (numri si person i tatueshëm)
 - d. Faturat origjinale dhe kuponi fiskal;
 - e. Recetat dhe rekomandimet origjinale mjekësore për trajtimin e marrë nga i Siguruari;
 - f. Raporti mjekësor origjinal shpjegues për trajtimin që i është dhënë të Siguarit, zhvillimin sëmundjes dhe vlerësimin e trajtimit në të ardhmen.
- Autorizimin paraprak (tek rastet kur kërkohej një gjë e tillë)

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

5.4 Marrja e trajtimeve Mjekësore në një vend sekondar

5.4.1 Trajtimi spitalor si pacient i shtruar dhe trajtimi spitalor ditor që merret në një spitalose 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 mjekësore të mbulueshme nga polica, duke zbatuar përqindjen e bashkësigurimit (participimit) të specifikuar në Tabelën e Përfitimeve. Pjesa participuese e shpenzimeve është përgjegjësi e të Siguararit.

Fillimi i trajtimit pa marrë më parë autorizimin e Siguruesit, do të jetë në përgjegjësi të të Siguararit. Përjashtim bëhet për rastet e urgjencave, ku në këtë rast, i Siguruari duhet të njoftojë Siguruesin brenda 72 orësh nga fillimi i trajtimit mjekësor.

I Siguruari duhet të plotësojë në spital një kërkesë për kompensim dhe të kërkojë kompenzimin 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 bashkë sigurimit.

5.4.2 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 shëndetësore të pa kontraktuara, shpenzimet për trajtimin mjekësor do të paguhet fillimisht nga i Siguruari. Siguruesi do t'ia bëjë të Siguararit kompensimin 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 marrjes së trajtimit, dokumentet që vijnë:

- 5.4.2.1 kërkesën e plotë (përfundimtare) për kompensim
- 5.4.2.2 recetat dhe faturat origjinale me kupon fiskal
- 5.4.2.3 rekomandimet e mjekëve për marrjen e trajtimit mjekësor
- 5.4.2.4 raportet mjekësore origjinale dhe çdo informacion tjetër që lidhet me trajtimin e përcaktuar në kërkesën për kompensim
- 5.4.2.5 rezultatet origjinale të kontrolleve diagnostikuese
- 5.4.2.6 konfirmimin me shkrim nëse mund të bëhet reklamim (kërkesë për zhdëmtim) në adresë të një kompanieose personi tjetër

Rimbursimi (kompensimi) për trajtimin mjekësor të marrë në shtetin sekondar të përcaktuar në kontratë, 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 mjekësor.

6. Përshkrimi i shërbimeve mjekësore

Neni 6

Vërejtje e rëndësishme:

Kushtet e sigurimit, shërbimet mjekësore 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 përfitimetsi më poshtë:

6.1. Mjekësia (kujdesi) Primare e cila përfshin:

- a. Mjekësia e përgjithshme: kujdesi mjekësor në dhomat e vizitës (konsultimit mjekësor), diagnostikimi, rekomandimi për kontrollet bazë të diagnostikimit 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 konsultës mjekësore për shkak vetëm të sëmundjes që është duke e vuajtur.
- b. Pediatria: Kujdesi shëndetësor për fëmijët e siguruar deri në moshën 14 vjeçare.
- c. Gjinekologjia: Vizitat dhe kontrollet gjinekologjike, vizitat obstetrike për përcjelljen e gjendjes së shtatzanisë, për rastet e komplikacioneve të shtatzënisë, lindjes dhe procesit pas lindjes. Diagnostifikimin e problemeve hormonale dhe atyre me cikël, dhe trajtimin terapeutik ose në rastet kirurgjikale vetëm me aprovim të siguruarit.
- d. Kujdesi mjekësor: Asistenca mjekësore e dhënë në dhomën e vizitave të mjekut. Asistenca mjekësore mund të jepet edhe në shtëpinë e Siguruarit 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) Patologjia 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 gojës, 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 ultratinguj, skaneri, rezonanca magnetike, arteriografia dhe gamagrafia digjitale, densiteti i kockave, mamografia;
- n) Endokrinologjia:diagnostimi dhe trajtimi spitalor;
- o) Hematologjia;
- p) Mjekësia internale;
- q) Nefrologjia;

- r) Kujdesi për sistemin e frymarrjes:vetëm dianostikimi dhe trajtimi spitalor;
- s) Neurokirurgjia;
- t) Neurologjia: diagnostikimi dhe mjekimet deri në 45 ditë në vit;
- u) Obstetrikogjinekologjia:patologjitë, komplikacionet e shtatzanisë, lindje cezariane me aprovim paraprak nga siguruesi;
- 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 përçdo të siguar.
- x) Onkologjia: diagnostikimi dhe mjekimi kirurgjikal;
- y) Veshtë, hundë dhe fyt për gjendjet akute me trajtim terapeutik ose në rastet kirurgjikale vetëm me aprovim të siguruesit;
- z) Psikiatria: trajtimi deri në 21 ditë në vit; aa) Traumatologjia dhe kirurgjia ortopedike;
- aa) Urologjia: me miratim të siguruesit mund të përfshihet trajtimi kirurgjik i problemeve me veshkë dhe rrugë urinare, prostate. Kurse përjashtohet çdo trajtim diagnostik dhe terapeutik i infertilitetit ose çrregullimeve të lidhura me të;
- bb) Konsultat tek specialistët më të kualifikuar: vetëm kur është e domosdoshme nga ana mjeksore dhe e rekomanduar nga një mjek i siguruesit. 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 seancash për rastet akute, në një limit maksimal prej 5 seancash. 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 tek çrregullimet e të folurit tek fëmijët ku përfshihet intervenimi në frenulum ose disa seanca logopedike, në një limit maksimal prej 150 euro.
- 7.5. Terapia mbulohet vetëm brenda sistemit të kontraktuar dhe deri në 3 muaj në vit;
- 7.6. Kimioterapia: terapia duhet të 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. Riaftësimi: riaftësimi ambulator(outpatient) mbulon ekskluzivisht çrregullimet muskolo-skeletore.Në rastin e kujdesit spitalor, mbulimi përfshin riaftësimin muskulo-skeltor pas operacionit si një proces sekondar i trajtimit ortopedik, dhe riaftësimin 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 riaftësues ose për kryerjen e kontrolleve diagnostikuese ambulare(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: valvulet e zemrës, bai-pasi vaskular, stentet, stimuluesit kardiak të përkohshëm 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, transplatimet, 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 duhet të njoftojë siguruesin brenda 72 orëve nga fillimi i marrjes së trajtimit;
- 9.2. Hospitalizimi mjeksor: Hospitalizimi mjeksor (shtrimi në spital) mbulohet kur ky trajtim bëhet me rekomandim të mjekut të licensuar dhe në një spital të licensuar;
- 9.3. Trajtimi psikiatrik spitalor (ditor dhe i shtruar në spital): mbulohet me rekomandim të një mjeku të licensuar dhe në një spital psikiatrik ose njësi spitalore të licensuar. Trajtimi ipet deri në limitin maksimal të përcaktuar në policen e sigurimit. Nuk ka mbulim për sëmundjet kronike psikiatrike;
- 9.4. Trajtimi i kujdesit intensiv: bëhet me rekomandim mjekësor të një mjeku të licensuar dhe në një spital ose qendër të licensuar. Nuk mbulohet krevati për personin shoqëruar;
- 9.5. Hospitalizimi kirurgjikal: mbulohen operacionet kirurgjikale që kërkojnë shtrimin në spital, ku përfshihen dhe komplikacionet e lindjes apo lindja e parakohshme;
- 9.6. 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:
 - a. 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 rrejshme.
 - b. Kur i siguruari nuk njofton siguruesin për rritjen e riskut, njoftim i cili jepet qëllimisht.
 - c. Kur kërkesa për dëmshpërblim (kompensim) është rezultat i veprimeve të pandershme të të siguarit, mashtrimit apo të paraqitjes së rreme të fakteve apo duke fshehur faktet dhe me qëllim të përfitimit të kundërligjshëm të dobisë pasurore që mashtron apo vazhdon lajthimin e siguruesit refuzohet në tërësi kompensimi i demit.
- 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.
- 10.4. Nëse i siguruari shkel një nga detyrimet kontraktuale të tij/saj, KS Elsig do të c'lirohet nga cdo përgjegjësi, përveçse nëse ka prova që shkelja ishte e paqëllimshme, ose që nuk ndikoi sadopak mbi madhësinë e dëmit, ose mbi të drejtat dhe detyrimet e KS Elsig. Në rast se KS Elsig vërteton përmes provave materiale se i siguruari ka kryer abuzim apo mashtrimin në sigurim apo ka tentuar të abuzojë apo të kryejë mashtrim

në sigurim, kërkesa për rimbursim të shpenzimeve mjekësore do të refuzohet dhe i siguruari do të perjashtohet nga mbulimi në mënyrë të menjëhershme.

11. Kohëzgjatja e policës

Neni 11

- 11.1. Periudha e sigurimit përcaktohet në policen e sigurimit, 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 zyrtar me shkrim së paku 30 dite me heret .
- 11.2. Palët pajtohen, qe nëse para përfundimit të kontratës, i siguruari tërhiqet nga sigurimi, atëherë palët kontraktuese do ta nxjerrin dhe raportojnë gjendjen e primit të paguar dhe gjendjen për dëmet e paraqitura dhe të paguara. Bazuar në rezultatin e gjendjes, në rast se raporti i dëmeve është mbi 0%, i siguruari përveç primit të paguar, me rastin e ndërprerjes, obligohet të paguaje të gjitha primet e mbetura deri ne përfundim te afatit te vlefshmerise se kontrates.
- 11.3. Për çdo të siguar, polica përfundon:
 - a) Për shkak të vdekjes së të siguarit;
 - b) Nëse personat e siguar shpërngulen në një adresë të veçantë (brenda Kosovës), dhe nëse adresa e re shkakton rritje të shkallës së rrezikut, e për këtë shprehulje nuk është njoftuar Siguresi.
 - c) Kur njëra palë heq dorë nga Polica e Sigurimit
 - d) Pas përfitimit të dëmshpërblimit maksimal nga i Siguruari
- 11.4. Si rregull, personat nën moshën 14 vjeçare mund të përfshihen në sigurim vetëm nëse kujdestari- ët ligjor apo personi-at përgjegjës për kujdestarinë e tyre janë gjithashtu të siguar.
- 11.5. 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 këstit përkatës, dhe sigurimi riaktivizohet 24 orë pas ditës së pagesës së këstit 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 këstet e papaguara të primit për vitin në vazhdim.
- 12.3. Primi duhet të paguhet direkt ne llogarinë bankare të siguruesit, pagesa duhet të vërtetohet me dëftesën bankare.

12.4. Primi i sigurimit diferencohet sipas moshës dhe gjinisë së të siguruarit. Kjo bëhet në vazhdimësi edhe për çdo përtëritje të policës duke aplikuar tarifën që i përgjigjen moshës së të siguruarit në momentin e përtëritjes së policës. Në rast se policmbajtësi 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 siguruesin për dëshirën e tyre për ta përfunduar kontratën në ditën e mbarimit të periudhës së sigurimit të shënuar në çertifikatë. Paga 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 policmbajtësit/të siguruarit

Neni 13

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

- 13.1. T'i deklarojë Siguruesit, përpara lidhjes së kontratës së sigurimit dhe në pajtim me pyetësonin e marrjes në sigurim të gjitha rrethanat e njohura prej tij/asaj që mund të ndikojë në rritjen e riskut. Siguruesi mund ta përfundojë kontratën brenda një muaji pasi ai (siguruesi) informohet për mosparaqitjen e atyre rrethanave, ose pasaktësinë e policmbajtësit apo të siguruarit, kontrata prishet dhe primi i paguar mbahet nga siguruesi.
- 13.2. Në qoftë se kërkesa për marrjen e përfitimit bëhet përpara se siguruesi të njoftojë policmbajtësin 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 policmbajtësit, atëherë siguruesi nuk do të ketë asnjë detyrim për të paguar përfitimin.
- 13.3. Të njoftojë siguruesin, 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 siguruesi në datën e fillimit të sigurimit, ose do të refuzohej marrja në sigurim ose do të ishin imponuar të siguruarit kushte shtesë.
- 13.4. Siguruesi 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 policmbajtësi 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 siguarin 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 rripte 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, policëmbajtësi 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, policëmbajtësi 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 shëndetësor 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, shumta 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) Bërbjen 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 shëndetësor të kontraktuar, pyetësorin për sigurim të firmosur nga policëmbajtësi dhe çdo dokument tjetër që mund të shërbejë si garanci e bërjes së sigurimit.
- b) Siguruesi duhet të pajisë policëmbajtësin / ose të Siguararin me Kartën (Kartat) e Planit të Sigurimit "Elsig" duke treguar edhe numrin e telefonit të informacionit për shërbimet urgjente.

16. Mosmarrëveshtjet 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 kërkojë shkëputjen e kontratës në qoftë se njëra pale apo dy anshëm nuk i përmbahen obligimeve kontraktuale apo në qoftë se 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 siguar dhe rrjedhimisht humb arsyeja ekonomike e kontratës.

17. Polica duplikat

Neni 17

Nëse humbet polica origjinale, me kërkesë të Siguararit apo përfituesit, Siguruesi lëshon policën duplikate, e cila do të ketë të njëjtën 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 kërkesën e tyre mund ta drejtoj ne gjykatën kompetente.

19. Kontaktimi me siguruesin

Neni 19

- 19.1. Komunikimet me Siguruesin nga ana e policëmbajtësit, të Siguararit 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 Siguararin apo përfituesin, Siguruesi duhet t'i dërgojë në adresën (e policëmbajtësit të Siguararit) 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, agjentit (ndërmjetësuesit) të sigurimeve nuk do të konsiderohet se i është bërë Siguruesit, në qoftë se agjenti nuk i jep të siguararit dëftesën e Siguruesit që vërteton 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 ankesë 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 ankesën e klientit dhe dokumentacionin brenda 15 ditëve pas regjistrimit të ankesës 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 lidhur me vendimin, ata duhet të shënojnë në emailin zyrtar duke kërkuar shqyrtim të mëtutjeshëm 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 me vone se 15 ditë nga data e pranimit te vlerësimit

21. Deklarata e klientit

Neni 21

- a) Personi që kanë nënshkruar policen e sigurimit shëndetësor si dhe pyetësorin dhe pakon e përzgjedhur se 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 strukturoren me ndihmën e kartelave apo përmes ndonjë baze elektronike 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 KS "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. Sekret i mjekësor

Neni 23

I siguruari cilron nga detyrimi i sekretit profesional të gjithë mjekët me të cilët ai/ajo është këshilluar para apo gjatë periudhës së sigurimit, për të mundësuar dhënien e informacioneve ELSIG dhe mjekëve të caktuar nga ELSIG.

Kompania e sigurimeve ELSIG zotohet ta trajtojë në mënyrë konfidenciale të gjithë informacionin e dhënë, duke përfshirë këtu rezultatet e kontrolleve dhe analizave që mund ti bëhen të ditur.

24. Kushtet e zbatueshme për të gjitha seksionet

Neni 24

- 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.

25. Kufizimet territoriale për mbulimin e sigurimit

Neni 25

- a) Sigurimi për përkujdesje mjekësore kufizohet brenda territorit të cekur në policen bashkëngjitur. **Për zonat jashtë territorit të mbulimit të Kosovës kërkohet aprovim paraprak nga KS Elsig për rastet e hospitalizimit dhe intervenimeve kirurgjike të planifikuara.**
- b) Megjithatë, në raste të një emergjence mjekësore që konstatohet në rast aksidenti, që kërcënon në mënyrë të menjëhershme shëndetin, duke kërkuar në këtë mënyrë marrjen e masave mjekësore urgjente. Do të kompensohet ndihma e parë dhe trajtimi mjekësor nga një mjek i përgjithshëm edhe jashtë zonës së mbulimit të specifikuar në policen e sigurimit.

26. Mbulesa siguruese - vdekja aksidentale dhe invaliditeti i përhershëm

Neni 26

• Përfitimet nga aksidenti personal

Përfitimi për vdekje që rezulton nga aksidenti sipas policës së 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 shumata 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 dotë 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 komplete 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:

	Të djathtë	Të majtë
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/extensore)	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 popliteal	30%
Paraliza totale e nervit të jashtëm ishiadik popliteal	30%
Paraliza totale e dy nervave ishiadikë popliteal	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) Ankilozja e gishtit të madh të këmbës	3,5%

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

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

b) 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.

27. Procedura e ujdisë

Neni 26

Siguruesi do t'ia paguajnë shumën që i takon të siguruarit nga aksidenti brenda një muaji pas pranimit të certifikatës mjekësore, ku është cekur shkaku i invaliditetit, natyra e saktë e invaliditetit dhe shkalla e invaliditetit.

SIGURIMI SHËNDETËSOR

28. Përfitimet nga sigurimi shëndetësor

Neni 27

Përfitimet nga ky sigurim përcaktohen në policë si dhe në shtojcat e saj, kjo policë mbulon shpenzimet për trajtime të cilat njihet se kanë aftësi diagnostikuese, stabilizuese apo përmirësuese dhe të cilat janë të nevojshme nga ana mjeksore.

Kjo policë sigurimi mbulon shpenzimet që janë të arsyeshme dhe të zakonshme për përkujdesjen sipas vendit ku jepen. Në rast se KS ELSIG gjykon se shpenzimet janë të tepruara, atëherë ELSIG ruan të drejtën të paguajë vetëm një shumë që e quan të zakonshme dhe të arsyeshme për trajtimin e dhënë.

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 anamnestike, indikacione mjekësore si dhe diagnoze udhëzuese ne te kundërtën ne mungese te lartcekurave nuk mbuloen shpenzimet.

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

a. Siguruasi 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. Siguruasi 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 te percaktuara ne kontraten e sigurimit: shpenzime jashtë spitalorë, shpenzimet gjatë qëndrimit në spital deri në shumat maksimale të percaktuara në **policën bashkëngjitur**. Shpenzimet lidhur me shtatzani kufizohen brenda limitit të sigurimit për një ngjarje të siguruar e jo për vit kontraktual.

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**. Në secilin rast mund të kërkohet ortopani dhe mund të kërkohe vizita te mjeku i caktuar nga siguruasi.

Shpenzimet ortopedike dento-faciale kompensohen vetëm nëse trajtimi fillon para moshës 15 vjeçe. Kompensimi për shpenzime ortopedike dento-faciale mundësohet vetëm pas vitit të katërt të sigurimit, në rastet kur kemi vazhdimsi të sigurimit për 4 vite rresht.

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 bashkëngjitur për kontrollat, ekzaminime mjekësore, dy xhama optik (me qese) brenda vitit të sigurimit. Mbulohen këto lloje të xhamave: fokale, bifokale dhe cilindrik. Në secilin rast mund të kërkohet vizita te mjeku i caktuar nga siguroesi.

4. Kujdesi parandalues

Mamografia dhe PAPA testi te femrat dhe ekzaminimi i prostatës dhe matja e nivelit të PSA (Antigjeni Specifik 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 siguroari është lënduar nga aksidenti apo është goditur nga ndonjë sëmundje deri në spitalin e parë më të afërt sipas limitit në policën bashkëngjitur.

5. Trajtimi fizioterapeutik

Shpenzimet për trajtimin fizioterapeutik kompensohen sipas limitit në policën bashkëngjitur për periudhë njëvjeçare të policës së sigurimit. Është e domosdoshme që fizioterapia të jetë e udhëzuar 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 lirimit, 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 zyrtare në formularin për kërkesa.

Kërkesat do të paguhen me pagesë të drejtpërdrejtë në numrin e xhirollogarisë 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 .

Nuk pranohet ndërhyrja në raportet mjekësore, fatura apo dokumente tjera pas vlerësimit apo refuzimit të kërkesës: Kërkesa për rimbursim duhet të dorëzohet në KS Elsig e kompletuar. Përmirësimi apo korrektimi i raporteve mjekësore (psh. Ndryshimi i përshkrimit, vlerës apo datës së faturës) dhe dokumenteve për vlerësimin kërkesave për rimbursim do të konsiderohet ndërhyrje në dokumente me qëllim të përfitimit të rastit të siguruar, si e tillë kërkesa për rimbursim të shpenzimeve mjekësore do të refuzohet. KS Elsig ruan të drejtën të shqyrtojë të dhënat mjekësore dhe të lidhet drejtpërdrejtë me ofruesit e shërbimeve mjekësore, mjekët e familjes, mjekët që kanë dhënë trajtimin mjekësor, terapistët dhe spitalet.

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 pagesen e këstit 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. Përfjashtimet

Neni 31

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

- a. 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.
- b. Trajtimin për një sëmundje apo lëndim që ndodh si rezultat i luftërave 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 deklaruara zyrtarisht.
- c. 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, përmbijtjet, shpërthimet vullkanike si dhe fenomene të tjera sismike apo meteorologjike si dhe rrufeja.
 - d. 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 autopërgjegjësish, përveç rasteve të parashikuara në policë.Në qoftë se policmbajtësi/i i siguruari ka ndonjë mbulim tjetër për të njëjtën kërkesë për përfitim, siguruari do të paguajë vetëm pjesën e vet të kostos së trajtimit.
 - e. 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. Siguruari nuk paguan as varesin ndaj te lartecukurave dhe as pasojat e drejtperdrejta ose jo te drejtperdrejta te tyre.
 - f. 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 mbulohenpaisjet ortopedike), aprat frymemarrje, pompa qumshti, dush per goje, qese per akull, jastek korrenti.
 - g. termometer, tensiometer, aparat i glikemise, lancetat, produkte kozmetike dhe mjete tjera per perkujdesje trupi..
 - h. 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, terapiame shtypje, ozonoterapia etj. trajtimi për zgjatjen e jetës, zhdukja apo pakësimi i dhembjes dhe vuajtjes, ose aktivitete sportive (përfshin notimin), terapitë në baza rehabilituese dhe kurat e pushimit (zakonisht trajtimet për çrregullimet nervore).
 - i. 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 edhekthimi mbrapsht i sterilizimit, aborti; studimi, diagnostikimi dhe mjekimi (përfshirë kirurgjinë) e impotencës.
 - j. Transplatimet 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.
 - k. 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.
 - l. 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.
 - m. Hospitalizimi për shkak të problemeve të tipit social.
 - n. Kontrolltet dhe analizat laboratorike te zakonshme shëndetësore të natyrës parandaluese (Chek up).
 - o. Gjithqka që ka lidhje me psikologjinë, psikoanalizën, hipnozën, psikoterapinë individuale ose në grup,

kontrollet psikologjike, narkolepsia (përgjumja e shpeshtë dhe e thellë) etj. gjithashtu dhe terapia edukativee tillë si edukim gjuhësor në procesin kongjenital ose edukimi special spitalor me sëmundje mendore.

- p. Trajtimet endodontike (diangositikimi 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, Kurorae dhëmbëve prej floriri veneer dhe zirkoni.
- q. 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.
- r. Dializat dhe trajtimet për sëmundjet kronike, si dhe Insuficiencia e veshkave
- s. Shpenzimet e udhëtimit, përveq ambulancën në rastet e parapara nga polica.
- t. Teknikat kirurgjiale ose terapitë me rreze lazer, teknikat kirurgjikale me lazer në kirurgjinë vaskulareperiferike dhe paisjet e përdorura për rehabilitimet muskuloskeletore.
- u. Ekzaminimi gjentik që synon vlerësimin e predispozicionit të të siguarit për të pasur ndonjë sëmundje gjentike.
- v. Kirurgjia që synon ndryshimin e seksit.
- w. Semundje apo aksidente që rrjedhin drejtpërdrejt nga krime apo veprimtari të kunderligjshme të kryera nemenyre të vetedijshme.
- x. Aborti artificial pa indikacione mjekesore dhe aborti për qëllim të planifikimit familjar. Siguruesi nuk mbulon asgjë që ka të bëjë me planifikimin familjar duke përfshirë vizitat dhe terapite.
- y. Trajtimi i obezitetit (mbipeshes) dhe diabetit si dhe nuk mbulohen as pasojat e shkaktuara nga sëmundja e diabetit.
- z. Shpenzimet jo mjekesore psh: shpenzimet për telefon privat, perkthimi i dokumentacionit mjekësor nuk dote mbulohen nuk mbulohen certifikatat e punës, certifikatat për lirim nga puna.
- aa. Nëse kërkesa për rimbursim apo pagesa e shpenzimeve mbulohet plotësisht apo pjesërisht nga një programi financiar nga organet qeveritare, atëherë Siguruesi nuk do të jetë përgjegjës për pjesën e mbuluar.
- bb. Shpenzimet për c'rrregullimet e zhvillimit mendor (epilepsia, sëmundjet psiçike dhe skleroza multiple).
- cc. Nuk mbulohet synetia dhe as shpenzimet të cilat mund të vijnë si rezultat i komplikimeve.
- dd. Siguruesi nuk mbulon të gjitha kornizat pa përjashtim, xhamat për syzet e luksit pa dioptri dhe xhamat e luksit, xhama pa qese optike, lentet, kirurgjia radiale keratomike në rast miopie, presbiopie, hypermetopie, astigmatizmit, trajtimin e kataraktes nuk ka rendsi a ka qene paraegzistuese apo jo nuk mbulohet, trajtimin laserik të syrit, trajtimin dhe intervenimet e syrit të cilat vijnë si pasojë e komplikimeve nga sëmundja e diabetit,
- ee. Logopedia dhe mësimdhënia përmirësuese (rehabilituese),
- ff. Heqja e nevuave (bengave) dhe lythave me dëshirë të klientit,
- gg. Siguruesi nuk mbulon fizioterapinë e cila nuk është e përshkruar nga mjeku specialist pasqat nuk mbulohet fizioterapia e cila kryhet në spa, hidro klinika, institucione për rehabilitim, azilet të moshuarve, banja.
- hh. Riatdhësimi i eshtrave mortore (kufomës)
- ii. Shpuarja e veshit apo e trupit dhe tatuazha, si dhe çdo tretman që kërkohet në lidhje me këtë;
- jj. Të gjitha shpenzimet për trajtim dhe egzaminim të perseritur për diagnozë të njëjtë, në formë të mendimit të dytë mjekësorë, që nuk është kërkuar 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

Kompania e Sigurimeve ELSIG sh.a