

Kushtet e Sigurimit “Shëndet në Udhëtim”

1. Objekti i sigurimit:

1.1 Shpenzime emergjente mjekësore dhe riatdhesimi

Polica e sigurimit të shëndetit në udhëtim mbulon shpenzimet e arësyeshme dhe të nevojshme emergjente mjekësore dhe shpenzimet e arësyeshme dhe të nevojshme të riatdhesimit, deri në vlerën maksimale të shpenzimeve të përcaktuara në formularin e policës së sigurimit si dhe në përputhje me zonën e zgjedhur të mbulimit, në rast emergjence shëndetësore, të shkaktuar si pasojë e një aksidenti apo sëmundje të papritur dhe të menjëhershme të ndodhur te siguruarit jashtë territorit të Shqipërisë gjatë periudhës së mbulimit në sigurim të përcaktuar në formularin e policës dhe për të cilën është paguar primi përkatës i sigurimit.

1.2 Mbulim shtesë në rast të Anullimit të Udhëtimit

Siguruesi mbulon shpenzimet e biletës të udhëtimit në masën 80 % të cmimit të biletës por jo më shumë se 1500 Euro nëse personi i siguruar nuk është në gjendje të fillojë udhëtimin e rezervuar si rezultat i njërit prej shkaqeve të listuara më poshtë, me kusht që një shkak i tillë të fillojë në 10 ditët e fundit para datës së fillimit të sigurimit:

(i) Në rast shtrimi në spital si pasojë e sëmundje emergjente apo aksidenti, lëndime të rënda, të vërtetuara me raport mjekësor (ii) vdekja e personit të siguar, personit që udhëton me të siguarin, (iii) si dhe vdekja e një personi që nuk udhëton me të siguarin i cili mund të jetë bashkëshorti, fëmijë, ose prind i të siguarit, vërtetuar me çertifikatë vdekjeje; Në rastin e vdekjes të personit të siguar rimbursimi i shpenzimeve të biletës së udhëtimit i bëhet trashëgimtarëve ligjorë kundrejt paraqitjes të aktit të trashëgimisë.

1.3 Mbulim shtesë në rast të bagazheve të vonuara

SIGAL do të rimbursojë të Siguarin, në varësi kushteve të sigurimit, në rast vonese të bagazheve. Rimbursimi i SIGAL kufizohet në shpenzimet e kryera për blerjen e sendeve të domosdoshme emergjente, që i nevojiten të Siguarit ndërsa është në udhëtim në vendin e mbërritjes sipas itinerarit të përcaktuar në skedulën e policës dhe i ndryshëm nga vendi i nisjes. Çdo blerje duhet të shoqërohet nga fatura (kuponi) fiskal përkatës që vërteton datën, orën dhe llojin e shpenzimit të kryer. Në rast të vonesës së bagazheve, i Siguarit duhet të njoftojë menjëherë SIGAL (me sms apo e-mail) lidhur me kodin e bagazhit të vonuar, sipas dokumentit të marrë nga zyra e deklarimit të bagazhit. Këtë dokument, i Siguarit e vë në dispozicion të SIGAL bashkë me kërkesën për rimbursim të shpenzimeve sapo të kthehet në Shqipëri. Gjithashtu, i Siguarit dorëzon tek SIGAL edhe dokumentin që tregon marrjen në dorëzim nga agjensia e fluturimeve të bagazhit të vonuar, i cili përmban datën dhe orën përkatëse të dorëzimit të bagazhit të vonuar. SIGAL do të rimbursojë për shpenzimet e të Siguarit: 80% të shpenzimeve deri në max. €150 nëse vonesa është më shumë se 6 orë;

PËRKUFIZIME: Vonësë e bagazheve do të konsiderohet vonesa ose transportimi në një drejtim të gabuar të bagazhit të të Siguarit nga momenti që i Siguarit mbërrin në destinacionin (vendin e mbërritjes) së biletës së tij dhe që është i ndryshëm nga vendndodhja e vendqëndrimit të tij/saj të përhershëm. Bagazhi i të Siguarit do të konsiderohet bagazhi dhe sendet personale në bagazh që është nën kujdesin e një shoqërie transportuese dhe që vërtetohet nga kodi i bagazheve pas check – in dhe boarding. Shpenzime për sende të domosdoshme emergjente do të konsiderohen sendet e përdorimit personal si veshje të brendshme apo sende të ngjashme me to, furçë dhëmbësh apo sende të ngjashme me to ose sende të tjera për higjienën personale.

2. Kufijtë e mbulimit: Polica e sigurimit të shëndetit në udhëtim mbulon shpenzimet deri në shumën maksimale të përcaktuar në formularin e policës, sipas përqindjeve të përcaktuara më poshtë:

Shpenzime mjekësore dhe riatdhesimi të mbuluara në sigurim (në Euro):	Përqindja e mbulimit në sigurim:
Deri në 200 Euro	100%
201 - 1,000 Euro	90%
1,001 - 2,000 Euro	80%
mbi 2,001 Euro	70%

Shuma e mbulimit në rast anulimi të udhëtimit (në Euro): 80% e biletës të udhëtimit së krocieres, max 1,500 Euro

Shuma e mbulimit në rast vonese të bagazheve (në Euro): 80% e shpenzimeve, max 150 Euro

3. Përcaktime

‘Aksident’ – Përcaktohet çdo ngjarje e papritur dhe e paparashikuar që ndodh në mënyrë rastësore pa vullnetin e të Siguarit, e identifikueshme për sa i përket kohës dhe vendit të ndodhjes, që ka impakt trupor të drejtpërdrejtë, të jashtëm dhe të dhunshëm mbi të Siguarin dhe që sjell si rrjedhojë humbjen e jetës, paaftësinë për punë ose dëmtime trupore të të Siguarit. **‘Emergjencë’** – do të konsiderohet gjendja që mund të konstatohet në rast aksidenti, ose fillimi apo përkeqësimi papritmas i një sëmundjeje të rëndë që rezulton në një gjendje mjekësore që kërcënon në mënyrë të menjëhershme shëndetin, duke kërkuar në këtë mënyrë marrjen e masave mjekësore urgjente. Do të mbulohen vetëm trajtimi mjekësor nga një mjek i përgjithshëm ose mjek specialist ose shtrimi në spital brenda 24 orëve nga ndodhja e ngjarjes që shkaktonte emergjencën; **‘Gjendje Para-**

ekzistuese' – Çdo sëmundje ose plagë që: -Është diagnostikuar nga një mjek apo ka kërkuar trajtim mjekësor përpara datës së fillimit të policës, duke përfshirë këtu dhe marrjen e ilaçeve; -Ka shfaqur simptoma përpara datës së fillimit të policës, të cilat do ta detyronin një person të kujdeseshëm që të kërkonte këshillim apo trajtim mjekësor. **'I Siguruar'** – Çdo individ emri dhe të dhënat personale të të cilit figurojnë në policën e sigurimit për të cilin është paguar primi i sigurimit. **'Sigurues'** – Kompania e sigurimit SIGAL UNIQA Group AUSTRIA;

4. Përjashtime të zbatueshme për mbulimin:

4.1 Përjashtime për mbulimin e shpenzimeve mjekësore:

1. Shpenzimet e bëra në Shqipëri; 2. Shpenzimet e bëra pas kalimit të një muaji nga data e përfundimit të Periudhës së Sigurimit;

3. Shpenzimet emergjente të bëra pas kalimit të 15 (pesëmbëdhjetë) ditëve nga data e diagnostikimit ose fillimit të trajtimit mjekësor;

4. Shpenzimet mjekësore apo të riadhesimit që tejkalojnë vlerën e limitit të përcaktuar në skedulën e policës së sigurimit. 5. Shpenzimet e paguara nga një plan mjekësor, policë sigurimi ose program mjekësor shtetëror apo privat; 6. Shpenzimet që janë rrjedhojë direkte ose indirekte e përdorimit të alkoolit, për shkak të dehjes, efektet ose influenza e barnave ose intoksikuesve të çdo lloji, përdorimit të drogës apo substancave halucinatave apo abuzimit me substanca kimike (ilaçe ose droga), vetëvrasjen ose aktet kriminale apo vetëeksponimin me dashje ndaj rreziqeve të rënda (përveçse në përpjekje për të shpëtuar jetë njerëzore) të Personit të Siguruar; 7. Dëmtimet e shkaktuara direkt ose indirekt nga lufta, pushtimi, veprime të armikut të jashtëm, veprime luftarake apo të ngjashme me to pavarësisht nëse është shpallur lufta ose jo, lufta civile, kryengritje, trazira, turbullira civile që marrin përparësinë e një kryengritjeje popullore, kryengritje ushtarake, rebelimi, revolucioni, pushteti ushtarak ose i usurruar, ose çdo veprim i çdo personi që vepron në emër të ose në lidhje me çdo organizatë me veprimtari që ka si drejtim përmbysjen me forcë të qeverisë de juro apo de facto ose që ta influencojë atë me anë të terrorizimit apo dhunës; 8. Shpenzimet e bëra për kurimin e depresionit, ankthit, gjendjeve mendore, psikologjike apo nervore; 9. Shpenzimet për kontrollet normale të syve dhe dhënien e ndihmës për shikimin, kontrollet normale të veshëve dhe dhënien e ndihmës për dëgjimin, ekzaminimet dhe kontrollet e zakonshme mjekësore; 10. Shpenzimet për kirurgjinë kozmetike dhe mjekimin shoqëruar; 11. Shpenzimet për shtatzani normale dhe lindje; 12. Shpenzimet për mjekimin normal të dhëmbëve dhe vënien e dhëmbëve false apo protezave të dhëmbëve; Për rastet urgjente dentare paguhet jo më shumë se 100 € pas aplikimit të pjesmarrjes; 13. Shpenzimet për dëmtime trupore që pësohen gjatë marrjes pjesë në ngjitje malore ku normalisht përdoren litarë ose udhëzues, fluturime ajrore (përveçse kur udhëton vetëm si pasagjer) përfshirë varjet dhe parashutimin, sporte dimërore, gara me kuaj, makina, motocikleta, zhytje të nënujshme, ski në ujë ose në përdorimin e makinerive të përpunimit të drurit; 14. Shpenzimet për dëmtime të vetëshkaktuara me dashje ose sëmundje veneriane ose AIDS dhe të gjithë sëmundjet e shkaktuara nga dhe/ose që kanë lidhje me virusin HIV; 15. Shpenzimet për çdo defekt fizik, paqëndrueshmëri, gjendje shëndetësore kronike ose sëmundje që ekzistonin para datës së përfshirjes së Personit të Siguruar në këtë mbulim; 16. Shpenzimet për pagesat që kalojnë çmimin e arsyeshëm dhe të zakonshëm për shërbimet dhe furnizimet e kryera; 17. Shpenzimet për kërkesa për dëmshpërblim nga kushdo që udhëton në kundërshtim me këshillën e mjekut; 18. Shpenzimet për kërkesa për dëmshpërblim nga kushdo që udhëton qëllimisht për të përfituar trajtim mjekësor; 19. Shpenzimet për kërkesa për dëmshpërblim nga një person të cilit i është caktuar diagnozë e rëndë dhe e pashërueshme;

4.2 Përjashtime për anulimin e udhëtimit:

Siguruesi nuk mbulon dhe nuk rimbursion shpenzimet për biletën e udhëtimit :

1. Nëse ofruesi i shërbimit (shoqëria e udhëtimit, qiramarrësi, organizatori, etj.) anulon shërbimin e rene dakord ose ka anuluar shërbimin për arsye objektive; 2. Nëse sëmundja / ankesa e cila ka shkaktuar anulimin është një ndërlikim ose pasojë e një operacioni të planifikuar paraprakisht para fillimit të mbulimit të sigurimit ose në kohën kur udhëtimi u rezervua; 3. Nëse një sëmundje ose pasojat e një aksidenti, operacioni ose trajtimi mjekësor ekzistojnë tashmë në kohën e rezervimit të udhëtimit dhe nuk janë zgjidhur deri në kohën e nisjes; 4. Në rast të anulimit pa tregues mjekësor, dhe nëse nuk është bërë certifikata mjekësore sapo të mund të ishte vendosur aftësia për të udhëtuar; 5. Nëse anulimi është rezultat i një sëmundje mendore, depresioni apo sëmundje psikosomatike. 6. Nëse anulimi i udhëtimit vjen si pasojë e komplikimeve të shtatzanise dhe lindjes. 7. Siguruesi nuk do të mbulojë rimbursimin e biletës për anulimin e udhëtimit, në rast se sëmundja është e një natyre e cila nuk e pengon fizikisht të siguruarin të udhëtojë.

4.3 Përjashtime për vonesën e bagazheve:

Sendet e domosdoshme që nuk mbulohen nga vonesa e bagazheve përfshijnë:

1. Lente me kontakt, syza ose pajisje dëgjimi; 2. Dhëmbë artificialë, ura dentare ose pajisje protezë; 3. Bileta, dokumenta, para, letra me vlerë, çeqe, çeqe udhëtari dhe sende me vlerë; 4. Modele biznesi

5. Kushte të zbatueshme

1. Nëse hyni në spital ose klinikë si pacient, Siguruesi do të njoftohet brenda 48 orësh nga pranimi. Në rast të kundërt Siguruesi do të mbulojë shpenzimet mjekësore deri në 150 €; 2. Personi i siguruar në rast emergjence mjekësore duhet të kërkojë nga Institucioni Shëndetësor të gjithë dokumentacionin mjekësor dhe faturat e pagesave të kryera, për t'i paraqitur pranë Siguruesit. Nuk do të pranohen kopje ose fotokopje të dokumentacionit të mësipërm, por vetëm dokumentat origjinalë; 3. Siguruesi nuk është përgjegjës për pagesa kërkesash për dëmshpërblim sipas këtij sigurimi, përveçse kur Personi(at) i(e) Siguruar, ose çdo kush tjetër që ka të drejtën të mbulohet, të ketë përmbushur gjithçka që kërkohet në Certifikatën e Sigurimit dhe dokumentat; 4. Siguruesi rimbursion drejtpërsëdrejti të siguruarit vetëm pasi i siguruari ka paguar spitalin për shërbimet mjekësore të marra; ose Siguruesi i paguan drejtpërsëdrejti faturat spitalit në rast se ky i fundit ka marrë paraprakisht një konfirmim mbulimi në sigurim me shkrim nga Siguruesi dhe vetëm pas paraqitjes së plotë të dokumentacionit të kërkuar nga Siguruesi; 5. I Siguruari duhet të ushtrojë kujdesin e duhur për të parandaluar aksidentet, dëmtimet ose sëmundjet; 6. Të gjitha certifikatat, informacionet dhe dëshmitë e kërkuara nga Siguruesi do të jepen me shpenzimet e personit të siguruar ose përfaqësuesve të tij ligjorë; 7. Asnjë person nuk ka të drejtë të pranojë përgjegjësi në emër të Siguruesit ose ta përfaqësojë apo marrë përsipër veprime të ngjashme që e ngarkojnë me detyrime, përveçse me miratimin me shkrim të Siguruesit. Siguruesi do të ketë të drejtën për ndjekjen, kontrollin dhe përfundimin e të gjithë procedurave që lindin nga ose lidhen me kërkesat për dëmshpërblim në emër të Personit të Siguruar; 8. Në rast kërkesë për dëmshpërblim, do të lejohet të ekzaminojë Personin e Siguruar një mjek i emëruar nga Siguruesi aq herë sa të shihet e nevojshme prej Siguruesit. Në rast vdekjeje të Personit të Siguruar, Siguruesi do të ketë të drejtën e autopsisë me shpenzimet e tij; 9. Siguruesi, me shpenzimet e tij, mund të ndërmarrë procedura ligjore në emër të Personit të Siguruar për të marrë kompensime nga Palë të Treta për çdo dëmshpërblim të dhënë sipas këtij Sigurimi dhe të gjitha shumat e marra në këtë mënyrë do t'i takojnë Siguruesit. Personi i Siguruar do t'i japë Siguruesit të gjithë ndihmën e nevojshme në këto procedura; 10. Të gjithë mosmarrëveshjet ndërmjet të Siguruarit dhe Siguruesit do të zgjidhen nga Gjykata; 11. Nuk lejohet kthim i primit në të holla, i pjesshëm ose i plotë, kur ka filluar periudha e mbulimit. Në se kërkohet, kjo Policë mund të anulohet, për arsye që nuk varen nga i Siguruari, dhe në këtë rast primi do të kthehet duke zbritur shpenzimet administrative të Siguruesit, me kusht që kërkesa për anulim të bëhet para datës së fillimit të mbulimit në sigurim; 12. Përgjegjësia e Siguruesit nuk do të kalojë shumën e përcaktuar në Skedulën e policës së sigurimit; 13. Në rast vërtetimi të ngjarjes së siguar për anulimin e udhëtimit, Siguruesi rimbursion të siguruarit vetëm pasi i siguruari ka paguar biletën e udhëtimit me krocieri dhe dorëzon pranë siguruesit vërtetimin e pagesës.

MBROJTJA E TE DHENAVE PERSONALE

I siguruari është njohur me deklaratën e privatesisë të shoqërisë së sigurimeve dhe autorizon SIGAL UNIQA GROUP AUSTRIA sh.a që të mbledhë dhe përpunojë të dhënat dhe informacionin personal i cili nevojitet për administrimin e kontratës së sigurimit, për dhënien e shërbimeve ndaj të siguruarit dhe përfituesit përfshirë trajtimin e dëmit, për ofrimin e produkteve apo shërbimeve të reja, bazuar në ligjet përkatëse në fuqi (Ligji Nr. 9887, date 10.03.2008, "Për mbrojtjen e të dhënave personale") si dhe transferimin e të dhënave personale tek te tretë për qëllime të sigurimit apo biznesi të cilët garantojnë gjithashtu mbrojtjen e të dhënave personale. Në rast, mbrojtja e të dhënave personale do të bëhet në përputhje me rregullat dhe procedurat e percaktuara në Ligjin Nr. 9887, date 10.03.2008, "Për mbrojtjen e të dhënave personale". Nepermjet lidhjes të kontratës, i siguruari autorizon shoqërinë e sigurimit që për efekt dhe zbatim të kontratës të sigurimit të marrë të dhëna personale përfshirë ato sensitive nga pala e tretë me qëllim përpunimin e tyre.

E DREJTA E INFORMIMIT

I siguruari ka të drejtën të informohet nga Siguruesi mbi kushtet, procedurat dhe afatet e mbulimit dhe/ose përfitimit nga sigurimi, informim i cili fillon para nënshkrimit të kontratës dhe vazhdon gjatë periudhës së vlefshmërisë së kontratës. Informimi merret nepermjet telefonit, e-mailit, faqes zyrtare në internet apo broshurave informative të perdoruara nga shoqëria. I siguruari dhe/ose Policëmbajtësi janë informuar nga Siguruesi përpara nënshkrimit të kontratës së sigurimit, duke marrë të gjithë informacionin e nevojshëm në lidhje me të dhënat juridike të siguruesit, llojin përkatës të sigurimit, procedurat, afatet, metodat e trajtimit të kërkesave për dëmshpërblim, rreziqet e mbuluara dhe të perjashtuara, metodat e llogaritjes, afatet dhe menyrat e pagesës së primit, metodën e llogaritjes së vlerës së kompesueshme dhe çdo informacion tjetër që ka lidhje me kontratën e sigurimit.

E DREJTA E TE SIGURUARIT PER T'U ANKUAR

I siguruari apo persona të tjerë të interesuar, kane te drejte të paraqesin një ankesë pranë shoqërisë së sigurimit, ne rast se cmojne se shoqëria e sigurimit nuk u përmbahet kushteve të vendosura në kontratën e sigurimit. Ankesa mund te paraqitet ne forme elektronike (e-mail) ose me shkrim ne adresen postare te shoqërisë. Shoqëria e sigurimit do ti pergjigjet çdo ankese të depozituar me shkrim apo në formë elektronike dhe do te jap çdo informacion të kërkuar që ka lidhje me kontratën e sigurimit, brenda afateve te percaktuara ne ligj.

DISPOZITA TE TJERA

Çdo ndryshim i mundshëm i kushteve të kontratës duhet të miratohet me shkrim nga i Siguruari dhe Siguruesi. Në respekt të nenit 686 te Kodit Civil i siguruari deklaroi se kushtet e pergjithshme të kësaj kontrate sigurimi nënshkruar me shoqërinë SIGAL UNIQA Group AUSTRIA sh.a janë të njohura dhe pranuar prej nesh. Këto terma i kemi negociuar dhe pranuar me vullnet te plote e te lirë pasi jemi konsultuar me dispozitat ligjore në fuqi. Policëmbajtësi bie dakort që në rast mosmarrveshje ndërmjet tij dhe siguruesit të ndërmjetësorë dhe ta zgjidhë sipas rregullave të procedurës të brendshme të zgjidhjes jashtëgjyqësore të mosmarrëveshjeve. Për këtë qëllim është informuar mbi rregullat e brendshme të shoqërisë për mbrotjen konsumatore. Juridiksioni - Çdo kundërshti mbi këtë Policë që nuk mund të zgjidhet me mirëkuptim reciprok është juridiksion i legjislacionit të Republikës së Shqipërisë dhe Gjykatës së Rrethit Gjyqësor ku është lëshuar polica e sigurimit. Kjo kontratë sigurimi hartohet dhe zbatohet në përputhje me kushtet e percaktuara si më sipër, Kodin Civil, Ligjin nr.52 te vitit 2014 "Për veprimtarinë e sigurimeve dhe risigurimeve" dhe legjislacionin tjetër ne fuqi.

NENSHKRIMET E PALEVE NE POLICEN E SIGURIMIT VERTETOJNE SE KANE RENE DAKORT ME INFORMACIONIN E DHENE PARAPRAKISHT, KANE LEXUAR DHE KUPTUAR TE GJITHA TERMAT DHE KUSHTET E KESAJ KONTRATE SIGURIMI, DHE PRANOJNE ME VULLNET TE LIRE T'I RESPEKTOJNE ZBATOJNE ATO. KETO KUSHTE JANE NJOHUR DHE PRANUAR PER TU RESPEKTUAR DHE ZBATUAR NGA PERFITUESI I KESAJ KONTRATE I CILI ESHTË DHE MBAJTËS I KONTRATES.

Travel Health Insurance's Terms and Conditions

1. Coverage of emergent medical expenses and repatriation expenses:

This insurance policy shall cover:

1.1 Emergent medical expenses and repatriation

The reasonable and necessary emergent medical expenses and reasonable and necessary repatriation expenses up to the maximum limit defined in the insurance policy schedule and according the chosen coverage area, in case of a medical emergency incurred by the insured person outside the territory of Albania due to a sudden and unexpected illness or accident during the insurance coverage term.

1.2 Addendum- Additional coverage in case of Cancellation trip

The insurer covers the travel ticket costs to the extent of 80% of the ticket price but not more than 1500 Euro, if the insured person is unable to start the booked travel as a result of one of the occurrences listed below, provided such an occurrence begins at latest 10 days before the start date of the insurance:

(i) In case of hospitalization as a result of emergent illness or accident, severe injury, certified with medical report, (ii) death of the insured person, of a person travelling with the insured, (iii) of a person not travelling with the insured, who can be a spouse/partner, child(ren), or parents to the insured, certified with death certificate. In case of the death of the insured person, the reimbursement of the travel ticket expenses will be made to the legal inheritors against the filing of the inheritance act.

1.3 Addendum- Additional coverage in case of Delayed luggage

SIGAL will reimburse the Insured in case of luggage delay according the insurance's terms and conditions. Such reimbursement will be limited to costs incurred for emergency purchase of essential items needed by the Insured while traveling abroad, to the destination country according to the itinerary specified in the schedule and which is different from the country of departure. Each purchase must be associated with the fiscal receipt (bill) released by the vendor, proving the exact date, time and the items purchased. In case of luggage delay, the insured shall notify promptly SIGAL (via e-mail or sms), regarding the delayed luggage code, according to the disclosure document received at the lost luggage office. The insured shall make available to SIGAL, such disclosure document together with the claim form for reimbursement as soon as the Insured will return in Albania. Also the Insured shall make available to SIGAL the document of delivery of the delayed luggage with the appropriate date and time of delivery.

The Insurer will reimburse for the expenses of the insured: 80% of costs, max. € 150.00 if the delay is more than 6 hours.

DEFINITIONS: Delay of luggage will be considered the transportation delay or in the wrong direction of the Insured's luggage, from the moment the insured arrives at his fare destination and that is different from the location of his/her permanent residence. Luggage of the Insured will be considered the luggage and personal belongings in luggage, in the aircraft cargo that is under the care of a freight company and which is proved after check – in and by emission of the boarding receipt. Emergency purchase (expenses) of essential items will be considered items for personal use such as underwear and items alike them, tooth brush and items alike them or other items for personal hygiene.

2. The insurance provides cover:

The extent of entitlement to benefits is determined by the nature of the event causing the cancellation of the trip. Previous or subsequent events are not taken into consideration.

The covered sum for cancellation trip is stated in the benefits overview and in the insurance certificate.

Medical expenses covered (in Euros)	The rate of coverage
Up to 200 Euros	100%
201 - 1,000 Euros	90%
1,001 - 2,000 Euros	80%
Exceeding 2,001 Euros	70%

Coverage in case of Cancellation trip (në Euro): 80% of cruise ticket max 1,500 Euro

Coverage in case of Luggage delay (në Euro): 80% of costs, max 150 Euro

3. Definitions:

'Accident' – Shall be defined: An unexpected and unforeseen event that happens regardless of the Insured's intentions, is identifiable as per the place and the time of the event, has a direct, violent and external impact on the Insured and that causes the death, professional disability, or bodily injury of the Insured. **'Emergency'** – Shall be defined: a condition that can be affirmed in case of an accident, or any sudden beginning or worsening of a severe illness resulting in a medical condition that presents an immediate threat to health and therefore requires urgent medical measures. Only medical treatment by a physician, general practitioner or specialist or hospitalizations that commences within 24 hours of emergency – causing event shall be covered as such. **'The Insured'** – Shall be defined: Any individual whose name and personal data are shown in the insurance policy schedule and for whom the insurance premium is paid. **'The Insurer'** – Shall be the Insurance Company SIGAL UNIQA Group AUSTRIA; **'Pre-existing conditions'** – Any disease, illness and/or bodily injury that either: -has been diagnosed by a physician or has required medical treatment, including prescription of drugs, prior to the effective date of the policy; -exhibited symptoms, prior to the effective date of the policy, which could cause an ordinary prudent person to seek medical advice or treatment.

4. Exclusions applicable for the coverage/

4.1 Exclusions applicable for emergent medical expenses coverage:

1. Expenses incurred in Albania; 2. Expenses incurred after 1 (one) month from the date of Insurance Policy termination; 3. Emergency expenses incurred after 15 (fifteen) days from the date of the diagnosis date or commencement of medical treatment; 4. The medical or repatriation expenses incurred, that exceed the total limit defined in the insurance schedule; 5. Any expenses paid by any medical plan, insurance policy or by any government or private medical program; 6. Expenses arising from: health issues related directly or indirectly from the alcohol use, inebriation, from the direct or indirect effects or influence of drugs or intoxicants of any kind, from the use of drugs or hallucinatory substances of any kind or abuse of chemical substances, from suicide or attempt to, from the Insured person's own criminal act, or willful self-exposure of the Insured person to exceptional danger (except in an attempt to save human life); 7. For losses directly or indirectly caused by war, invasion, acts of foreign enemies, hostilities or war like operations/activity whether war be declared or not, civil war, mutiny, riot, civil commotion assuming the proportions of a popular uprising, coup d'état, military rising, insurrection, rebellion, revolution, military or usurped power, or the act of every person acting on behalf or connecting to organization (s) who aim to overthrow by force the government de jure or de facto, or influencing it by acts of terrorism or violence; 8. Expenses incurred for mental depression, anxiety, mental, psychological or nervous conditions treatment; 9. Expenses incurred for normal visual treatment and provision of visual aid, or normal hearing test and provision of hearing aid, routine medical check - up and examination; 10. Expenses incurred for elective cosmetic surgery or medical treatment related to such surgery; 11. Expenses incurred for normal pregnancy

or child birth; 12. Expenses incurred for normal dental treatment or provision of false teeth or dentures; For dental emergencies are paid no more than € 100 (after applying the % of participation).

13. Expenses incurred for bodily injuries caused during participation in climbing normally involving the use of ropes or guides, Air Travel (except as a passenger in a properly licensed multi-engines aircraft being operated by a licensed commercial air carrier) including gliding and parachuting, winter sports, races on horseback or driving or riding in any kind of race, cars, bikes, participation in submerged diving, aquatic ski or while usage of timber processing machineries; 14. Expenses incurred for self – inflicted injuries or venereal diseases or AIDS and all diseases caused by and / or related to AIDS. 15. Expenses incurred for every physical defects, instability, chronic medical condition or disease, pre-existing the date of insured person's coverage; 16. Indemnity claims for expenses that exceed the usual and reasonable charges for services rendered and supplied furnished; 17. Indemnity claims for expenses incurred by anyone who travels in adverse of his/ her medical practitioner's advice; 18. Indemnity claims for expenses incurred by anyone who travels with the purpose of obtaining medical treatment; 19. Indemnity claims for expenses incurred by anyone who has been given a severe or terminal diagnosis;

4.2 Exclusions applicable for Cancellation trip:

The insurer does not cover and does not reimburse the cost of the travel ticket:

1. If the service provider (travel company, hirer, organiser, etc.) cancels the agreed service or should have cancelled the service for objective reasons; 2. If the illness/complaint which gave rise to the cancellation is a complication or consequence of an operation already planned prior to the commencement of insurance coverage or at the time the journey was booked; 3. If an illness or the consequences of an accident, an operation or medical treatment already exist at the time of booking the trip and have not been resolved by the time of departure; 4. In the event of cancellation without medical indication, and if the medical certificate was not made out as soon as the inability to travel could have been established; 5. If the cancellation is the result of a mental, depression or psychosomatic illness. 6. If the cancellation trip is due to complications of pregnancy and childbirth. 7. The insurer will not cover the reimbursement of travel ticket for cancellation trip in case the illness is of a nature which does not physically hamper the insured person to travel.

4.3 Exclusions applicable for Luggage delay coverage:

Necessary items not covered by the luggage delay coverage include:

1. Contact lenses, eyeglasses or hearing devices; 2. Artificial teeth, dentures or prosthetic device; 3. Tickets, documents, money, securities, bonds, checks, traveler's checks and other valuable items; 4. Business models.

5. Conditions applicable on all the Sections/

1. If you will be hospitalized in a hospital or clinic as a patient, the Insurer should be notified within 48 hours from the admission time. If not notified within this term the Insurer shall cover the medical expenses up to the max. € 150; 2. The Insured in case of an insured event shall acquire and collect from the medical provider institution the entire medical documentation and the payment receipts, in order to present them at the Insurer. Only the originals shall be validated and not copies or photocopies of these documents; 3. The Insurer is not liable on indemnity claims according this Insurance coverage, except when the Insured have fulfilled all that requested in the Insurance Policy and other documents requested by the Insurer; 4. The Insurer shall reimburse the Insured Person only after the Insured person shall proof to the Insurer the payment to the hospital for the medical services obtained; or The Insurer shall pay directly the hospital in case that the hospital had received written confirmation of the Insurance coverage from The Insurer only after delivery of the medical report and documents of the Insured; 5. The Insured Person must do all in his power to prevent accidents, injuries or illness; 6. All necessary expenses to obtain the certificates, information, testimonies or any other proof required by SIGAL UNIQA Group AUSTRIA shall be borne by the insured or his/her legal representatives; 7. No person has the right to accept responsibilities or represent or undertake other similar actions on behalf of the Insurer, except on written authorization of the Insurer. The Insurer is entitled to follow up, audit and terminate all the procedures that relate to or derive from the indemnity claims of the Insured person; 8. In case of an indemnity claim, the Insurer (or a medical practitioner appointed by the Insurer) reserves the right to request the Insured to submit to medical testing at the Insurer's expense in order to better evaluate the claim request. The Insured must comply with request. In case of death of the Insured, the Insurer on his own expenses reserves the right of the autopsy of the body; 9. The Insurer on his own expenses may undertake legal procedures on behalf of the Insured, such as to have compensations from the Third Parties for every indemnity paid claim according this

Insurance Policy and the entire amount received will pertain to the Insurer. The Insured will do all in his power to help the Insurer; 10. All disagreement among the Insured and SIGAL UNIQA Group AUSTRIA shall be settled by the Albanian Court; 11. No refund is allowed (full or partial) after the inception date. If requested this Insurance Policy can be void for reasons that are not under the Insured person's power. In such case the premium can be returned after the deduction of administrative expenses, on condition that the void request has been issued prior to the inception date; 12. The Insurer's responsibility shall not exceed the defined limits in the insurance policy schedule; 13. In case of confirmation of the insured event for cancellation of the trip, The insurer shall reimburse the Insured person only after the Insured has paid the cruise ticket and submits the proof of payment to the insurer.

PERSONAL DATA PROTECTION

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

RIGHT TO INFORMATION

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

THE INSURED RIGHT TO COMPLAIN

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

OTHER PROVISIONS

Any possible change of contract terms must be approved in writing by the insured and the insurer. In respect of Article 686 of the Civil Code states that the insurer's general conditions of the insurance contract signed with society Sigal UNIQA Group is recognized and accepted by us. These terms have negotiated and voluntarily agreed to full and free after we have consulted with the legal provisions in force.

Policyholder agrees that in case of disagreement between him and insurers to mediate and resolve them according to internal rules of procedure of extrajudicial resolution of disputes. For this purpose it is informed of the internal rules of society for consumer protection. Jurisdiction - Any controversy over this policy that cannot be solved by mutual agreement of the legislation is the jurisdiction of the Republic of Albania and the District Court where the insurance policy is issued. This contract is drawn up and implemented in accordance with the conditions specified above, Civil Code, Law No. 52 of 2014 "On the insurance and reinsurance" and other legislation in force. Signatures of the parties in the insurance policy prove that they have agreed with the information provided in advance, and read and understand all terms and conditions of this insurance contract, and accept freely to respect them. THESE CONDITIONS ARE KNOWN AND ACCEPTED TO BE IMPLEMENTED BY THE RESPECTED AND BENEFICIARIES OF THIS AGREEMENT IS AND HOLD THAT CONTRACT.