

KUSHTET E PËRGJITHSHME TË SIGURIMIT TË STUDENTEVE JASHTË SHTETIT

Neni 1. "PËRCAKTIME"

Palë të kësaj kontrate sigurimi janë: **1.1** Shoqëria e sigurimit ALBSIG SHA, këtu e në vazhdim do të quhet Siguruesi; **1.2** I Siguruari është personi fizik që largohet nga Republika e Shqipërisë për qëllime studimi jashtë shtetit; **1.3** Kontraktuesi është personi fizik i cili nënshkruan policën e sigurimit dhe paguan primin e përcaktuar në të për llogari të Siguarit; **1.4** Përfitues është çdo subjekt i cili përcaktohet si i tillë me vullnetin e të siguarit në momentin e lëshimit të policës ose kohëzgjatjes së saj dhe/ose përcaktohet nga ligji në mungesë të vullnetit të shprehur nga i Siguruari.

Neni 2. "OBJEKTI I KONTRATËS, MBULIMET"

Objekt i kësaj kontrate sigurimi është marrëdhënia juridike në të cilën Siguruesi ofron mbulimin për: **2.1** Shpenzime për ndihmën mjekësore urgjente; **2.2** dëmshpërblim në rast të humbjes së jetës nga aksidentet; **2.3** shpenzime për riadhesim; përkundrejt pagimit të primit dhe plotësimit të detyrimeve të kësaj kontrate nga i Siguruari.

Neni 3. "DETYRIMET E SIGURUESIT"

Siguruesi me vërtetimin e rastit të sigurimit: **3.1** Mbulon shpenzimet mjeksore emergjente. Shpenzim mjeksor emergjent i mbulueshëm do të konsiderohet shpenzimi si pasojë e aksidentit apo sëmundjes së menjëherëshme, që nuk ka ekzistuar më parë, gjatë periudhës së sigurimit dhe jashtë territorit të Shqipërisë. SSiguruesi do të paguajë shpenzimeve mjeksore emergjente deri në EU 30.000 për: **a)** transportin e

menjëhershëm e të Siguarit nga vendi ku ka ndodhur aksidenti apo është shfaqur sëmundja akute për në urgjencën e spitalit apo qendrën mjekësore më të afërt; **b)** transportin i të Siguarit në një qendër tjetër spitalore nëse gjendja e tij shëndetësore kërkon një trajtim të specializuar dhe kur kjo kërkohej nga mjeku dhe aprovohet nga Siguruesi; **c)** akomodimin për ditët e qëndrimit në spital, duke përfshirë shërbimet infermierike dhe ndonjë shërbim tjetër spitalor të nevojshëm, pa përfshirë shërbimet personale jo mjekësore; **d)** diagnostifikim, trajtim mjeksor, anestezi, ndërhyrje kirurgjikale për sëmundje të menjëhershme dhe që nuk kanë ekzistuar përpara hyrjes në fuqi të policës; **e)** testet dhe ekzaminimet laboratorike, trajtimet me rreze X, ekzaminimi me Skaner qoftë ky pacient i brendshëm ose i jashtëm i entit; **f)** fizioterapi nëse rekomandohet nga mjeku kurues për trajtimin e një paaftësie specifike; **g)** medikamente kur këto janë të nevojshme dhe të rekomanduara nga mjeku kurues; **h)** mjekimet dentare që rezultojnë si pasojë e aksidentit si dhe trajtimin e infeksioneve; **j)** abortin spontan; **k)** udhëtimin dhe akomodimin në hotel të një të afërmi kur kjo arsyetohet nga mjeku për shoqërimin e të Siguarit në një gjendje të rëndë shëndetësore gjatë periudhës së sigurimit, deri në koston e udhëtimit ajror dhe 50 EU në ditë për shpenzime akomodimi për një maksimum prej 7 ditësh; **l)** transportin e të Siguarit nëse udhëtimi ka filluar dhe është anuluar për shkak të aksidentit apo sëmundjes të mbulueshme nga kjo kontratë me miratimin e Siguruesit; **3.2** Mbulon shpenzimet e riadhesimit deri në 10.000 EU. Shpenzime të riadhesimit do të konsiderohen: **a)** Shpenzimet e nevojshme për riadhesimin e të Siguarit si rezultat i sëmundjes dhe dëmtimit fizik gjatë periudhës së sigurimit. Siguruesi do të

paguajë për qeranë e mjetit të transportit ose ambulancës ajrore, për ndërrimin e linjës së rregullt ajrore përfshi shoqëruesin e tij, të gjitha behen me miratim dhe autorizohen nga Siguruesi; **b)** Shpenzimet e riatdhesimit të personit për në vendbanimin e treguar në policë, nëse ai vdes gjatë periudhës së mbulimit; **c)** Shpenzimet e udhëtimit nëse të Siguruarit i duhet të kthehet në Shqipëri për shkak të humbjes së jetës së një personi të afërt familjar (paraardhës — pasardhës të shkallës së parë — prindër, fëmijë). **3.3 Dëshmipërblen për humbjen e jetës së të Siguruarit me 10.000 EU:** Humbja e jetës e mbulueshme nga kjo kontratë do të quhet vdekja për shkaqe aksidentale si dhe humbja e jetës si pasojë e një sëmundje akute, që nuk ka ekzistuar përpara lëshimit të policës.

Neni 4. "AFATET E KONTRATËS"

4.1 Afati i vlefshmërisë së kontratës, si rregull, fillon në orën 00.00 të ditës së parashikuar për fillimin e udhëtimit të Siguruarit shënuar në policë sipas vullnetit të tij dhe përfundon në orën 24.00 të ditës të shënuar në policën e sigurimit. Ky afat nuk mund të jetë më pak se 15 ditë dhe më shumë se 365 ditë; **4.2** Periudha e mbulimit sipas kësaj kontrate fillon në momentin e hypjes në mjetin e udhëtimit me destinacion daljen nga territori i RSH dhe mbaron në momentin e zbritjes së të Siguruarit nga mjeti i udhëtimit në stacionin më të pare në RSH.

Neni 5. "TERRITORI"

Territori i vlefshmërisë së kontratës është territori i të gjitha shteteve të botës përjashtuar territorin e Republikës së Shqipërisë.

Neni 6. "PRIMI I SIGURIMIT"

6.1 Primi i sigurimit përcaktohet në varësi të afatit të vlefshmërisë së policës dhe

paguhet në llogarinë e Siguruesit në monedhën e përcaktuar në policë dhe përpara lëshimit të saj. **6.2** Primi i sigurimit kthehet në vendin e lëshimit të policës pasi është mbajtur nga Siguruesi vlera e përcaktuar e shpenzimeve përkatëse, në rastet e mëposhtme: **a)** përpara fillimit të periudhës së mbulimit, në rast të anulimit të udhëtimit të programuar për çfarëdolloj arsyeje; **b)** përgjatë periudhës së mbulimit, në rast të ndërprerjes së studimeve për shkak pamundësie vazhdimi të tyre si rrjedhojë e një sëmundjeje më të gjatë se një muaj, të vërtetuar nga mjeku ose si rrjedhojë e një aksidenti të pambulueshëm. **6.3** Ndalimi i kthimit të primit parashikohen në këto raste: **a)** kur i Siguruari ka përfutur shërbime nga Siguruesi; **b)** kur ka kaluar data e mbarimit të afatit të vlefshmërisë të kontratës përcaktuar në policë.

Neni 7. "RREZIQET E PËRJASHTUARA"

Rreziqet e mëposhtme përjashtohen nga mbulimi në sigurim: **7.1** Shpenzimet për sëmundjet e shfaqura para periudhës së mbulimit, për të cilat i Siguruari ka pasur dijeni. **7.2** Shpenzimet për shërbimet apo trajtimet mjekësore, të cilat nuk janë rekomanduar, aprovuar dhe konsideruar si të nevojshme nga një mjek, apo shpenzime që nuk janë të një natyre mjeksore. **7.3** Shpenzimet për medikamente rutinë në kushte shtëpie të cilat merren pa recetë mjeku. **7.4** Shpenzimet për kirurgji plastike dhe kozmetikë, përveç se në rastet kur është i nevojshëm si pasojë e një aksidenti të mbulueshëm dhe të ndodhur gjatë periudhës së mbulimit. **7.5** Shpenzime për trajtimin e zakonshëm dentar dhe çdo trajtim për proteza të rastit përveç se në rastet kur është i nevojshëm si pasojë e një aksidenti. **7.6** Shpenzime për vizitat e zakonshme të syrit dhe dhënien e ndihmës për të shikuarin apo ekzaminimin e syrit për

të përcaktuar lentet e duhura për sytë. **7.7** Shpenzimet për vizitat e zakonshme të veshit dhe të fytit dhe ndihmën për dëgjim, ekzaminimet mjeksore ose kontrollet. **7.8** Shpenzimet për mjekimin e gjendjes mendore ose nervore si dhe shpenzimet për shtatzani normale dhe kostot e lindjes së fëmijës. **7.9** Shpenzime si pasojë e sëmundjeve të shkaktuara nga virusi HIV dhe nga sëmundjet veneriane. **7.10** Shpenzimet e mbulueshme nga një skemë sigurimesh shëndetësore, policë siguri ose nga një program privat mjeksor i ndryshëm nga kjo policë. **7.11** Shpenzimet e riatdhësimit të cilat janë të paguara pa aprovimin e siguresit. **7.12** Shpenzime të cilat tejkalojnë çmimin e arsyeshëm dhe të zakonshëm për shërbimet. **7.13** Kërkesa për dëmshpërblim nga një person që udhëton qëllimisht për të përfituar trajtim mjeksor jashtë. **7.14** Shpenzime me shtrim në spital ose ambulatorë, medikamentet, suplementet, lidhur me sëmundje që rrjedhin nga Epidemi ose Pandemi të ndryshme.

Neni 8. "ÇLIRIMI NGA DETYRIMI I SIGURUESIT"

Siguruesi çlirohet nga detyrimi për të paguar dëmet e ndodhura: **8.1** Për shpenzime të cilat e tejkalojnë vlerën prej 150 €, kur ai vetë (i Siguruari), përfaqësuesi (shoqëruesi) i tij ose enti shëndetësor që ka ofruar shërbimin, nuk ka kërkuar mbulim nga Siguruesi brenda 48 orëve nga marrja dhe/ose dhënia e këtyre shërbimeve; **8.2** Kur dëmi është shkaktuar nga veprime të qëllimshme, të kundraligjshme ose nga pakujdesia e rëndë e të Siguarit; **8.3** Kur i Siguruari jep të dhëna të pavërteta me qëllim mashtrimi dhe përfitimi lidhur me rastin e sigurimit; **8.4** Nëse ngjarja e sigurimit është shkaktuar apo vjen si rezultat i: **a)** Ndikimit të ilaçeve ose helmeve të çdo lloji, vetëvrasjes, akteve kriminale të të Siguarit ose vetekspozimit të të Siguarit në rreze

të veçanta (përveç përpjekjeve për të shpëtuar jetë njerëzore); **b)** Luftës dhe rreziqeve që lidhen me të; **c)** Pjesëmarrjes në ngjitjet alpinistike, fluturimit me avion (përveçse kur udhëton si pasagjer) përfshirë parashutimin, hedhjen nga lartësitë, ushtrimin e sporteve dimërore, garave me kuaj, makina, motorçikleta, ski në ujë, dhe për garat amatore apo profesionale.

Neni 9. "DETYRIMET E PALËVE NË RAST DËMI"

Detyrimet e të Siguarit: **9.1** Në rast dëmi i Siguruari duhet: **a)** të marrë masat e nevojshme dhe të domosdoshme për zvogëlimin ose shmangjen e dëmit, edhe duke kërkuar dhe përmbushur për këtë qëllim udhëzimet e Siguresit; **b)** të njoftojë Siguresin për të gjitha rrethanat dhe të dhënat të cilat kanë lidhje me ndodhinë e dëmit; **c)** të dorëzojë kërkesën për dëmshpërblim tek Siguruesi (dega lëshuese e policës) brenda 30 ditëve nga riaftësimi i tij; **d)** të lejojë Siguresin të kryejë të gjitha ekspertizat të cilat kanë lidhje me shkaqet e dëmit, për vlerësimin e rastit të sigurimit ose jo si dhe përcaktimin e masës së dëmshpërblimit; **9.2** Detyrimi për vërtetimin e rastit të sigurimit dhe masës së dëmshpërblimit është barrë e të Siguarit. Dokumentat bazë për të dëmshpërblyer rastin e sigurimit në përputhje me mbulimet si më poshtë janë **Në rast të ndihmës mjekësore urgjente:** **a)** kopja origjinale e policës së sigurimit; **b)** dokumentacioni i plotë mjekësor, i cili konfirmon urgjencën e mjekimit; **c)** raporti i diagnostikimit, të përshkrimit të mjekimit dhe të gjendjes së pacientit gjatë qëndrimit në spital dhe raporti përfundimtar spitalor; **d)** faturat origjinale për shërbime të ofruara nga entet e huaja mjekësore si dhe kostot e mjekimit; **e)** dokumentacioni nga mjeku i familjes dhe/ose enti spitalor për sëmundje të konstatuara dhe trajtuara përpara

udhëtimit; **f)** të gjitha dokumentet e nevojshme për trajtimin e dëmeve të kërkuara nga i Siguruari; **g)** kërkesa për dëmshpërblim sipas formularit të përcaktuar nga Siguruesi i përmbushur nga i Siguruari, trashëgimtari i tij ose përfituesi i sigurimit. **Në rast vdekjeje nga aksidentet ose sëmundje akute, që nuk ka ekzistuar më parë: h)** njoftimi zyrtar ose vërtetimi i lëshuar nga autoritetet e huaja për aksidentin e ndodhur (rrethanat); **i)** vërtetimi mjeko-ligjor për vdekjen dhe raporti i autopsisë; **j)** certifikata e vdekjes; **k)** vendimi i vlefshëm për trashëgiminë; **m)** të gjitha dokumentet e nevojshme për trajtimin e dëmeve, të kërkuara nga i Siguruari. **Detyrimet e Siguruesit: 9.3** Në rast dëmi Siguruesi duhet: **a)** t'i përgjigjet sa më shpejt të jetë e mundur të Siguararit, përfaqësuesit, shoqëruesit të tij; **b)** të paguajë brenda 30 ditëve nga marrja e dokumentit të fundit të kërkuar sipas parashikimeve të këtij neni, Pika 9.2.

Neni 10. "ZGJIDHJET E MOSMARRËVESHJEVE"

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

Neni 11. "MBROJTJA E TË DHËNAVE PERSONALE"

Në zbatim të ligjit nr. 124/2024 "Për mbrojtjen e të dhënave personale" dhe akteve nënligjore në bazë dhe për zbatim të tij, Siguruesi Albsig sh.a. dhe personat e autorizuar prej tij, janë të autorizuar të mbledhin, përpunojnë dhe kontrollojnë të dhënat personale të të Siguararit dhe/ose Përfituesit, për qëllimet e lidhjes, administrimit dhe ekzekutimit të kontratës së sigurimit të shëndetit. Përpunimi i të dhënave personale përfshin të gjitha veprimet e nevojshme për përmbushjen e

detyrimeve kontraktuale dhe ligjore të Siguruesit, në përputhje me parimet e ligjshmërisë, transparencës dhe ruajtjes së konfidencialitetit. Llojet e të dhënave që mund të përpunohen përfshijnë: **a)** Të dhënat e gjendjes civile: emër, mbiemër, numër personal, adresë, datëlindje, kopje të dokumentit të identifikimit; **b)** Të dhëna shëndetësore sensitive: historik mjekësor, diagnoza, rezultatet e ekzaminimeve mjekësore dhe imazherike, trajtime, receta, medikamente, fatura mjekësore dhe farmaceutike, si dhe çdo informacion tjetër që lidhet me gjendjen shëndetësore të të Siguararit; **c)** Të dhëna financiare: numri i llogarisë bankare (IBAN), mandatpagesa, të dhëna transaksionesh apo pagesash lidhur me kontratën e sigurimit; I Siguruari deklaron se është plotësisht i informuar dhe jep pëlqimin e tij për përpunimin e këtyre të dhënave sipas kushteve të përshkruara më sipër.

GENERAL CONDITIONS OF INSURANCE OF STUDENTS ABROAD (Health and accidents)

Article 1. "DEFINITIONS"

Parties to this insurance contract are: **1.1** Insurance Company ALBSIG S.C., which herein after is called The Insurer. **1.2** The Insured is the physical person, which leaves Albanian Republic for studying purposes abroad. **1.3** The Contractor is the physical person, which signs the contract and pays up the insurance premium in behalf of the

Insured. **1.4** The Beneficiary is any subject, which is defined by the will of the Insured on the moment of policy's issue or during its duration and/or, which is defined by law in case there is no expressed will of the Insured.

Article 2. "THE CONTRACT OBJECT, THE COVERAGE"

The object of this contract is the contractual relation after that the Insurer covers the following: **2.1** expenses for urgent medical help; **2.2** indemnity in case of decease from an accident; **2.3** repatriation expenses; against the payment of the premium and the fulfilling of the obligations by the Insured.

Article 3. "THE OBLIGATIONS OF THE INSURER"

The Insurer by the insurance occurrence: **3.1 Covers expenses for urgent medical help:** To be considered a covered medical expense under this contract it must have been incurred as a result of an accident or an urgent sickness that is not a pre-existing one, during the coverage period and outside the territory of Albania. The Insurer shall cover expenses for urgent medical help till 30,000 EU for: **a)** the immediate transportation of the Insured from the location where the accident took place or the urgent illness appeared to the hospital or the nearest medical centre; **b)** the transportation of the Insured to another medical centre if his medical conditions requires special medical treatment and if it is hold necessary by the physician and it is approved by the Insurer; **c)** the accommodation in hospital including nursing services and any other necessary hospital services, but not including personal services of non medical nature; **d)** the diagnosis, medical treatment, anesthesia, surgery for immediate illness not pre-existing; **e)** the

laboratory tests and services, x-ray services, scanner services, both for inpatient and for outpatient **f)** the physiotherapy, if recommended by a doctor for the treatment of a specific disability; **g)** the medicines if needed and recommended by the attending physician; **h)** the dental treatment resulting needed from an accident and the treatment of the infection. **j)** spontaneous abort; **k)** the travel by air cost and the accommodation of a relative till 50 EU per day for a maximum of 7 days, if recommended by the physician to escort the Insured; **l)** the transportation of the Insured if the travel has begun but it has been cancelled as a result of the injury or illness and the Insurer has approved it.

3.2 Covers the repatriation expenses up to EU 10,000: Repatriation expenses will be considered: **a)** Charges made for the necessary repatriation of the Insured as a result of an illness or an injury during the coverage period. The Insured will pay the rent for a transportation vehicle or an air ambulance, for the changes of the ordinary airline including his escort, if recommended by the physician and authorized by the Insurer. **b)** Charges for the repatriation of the Insured to his home country indicated at the policy, if he dies during the coverage period. **c)** Charges made for the travel, if the Insured must return at his home country as a result of close parent's decease (parent and child). **3.3 Indemnifies the Insured decease up to EU 10,000:** The decease covered by this contract is considered the decease incurred as a result of an accident or a not pre-existing immediate illness.

Article 4. "THE OBLIGATIONS OF THE INSURER"

4.1 The validity period of this contract, as a rule, starts at 00.00 o'clock of the date provided for the travel's beginning by the

Insured, as defined in the policy according to his will, and ends at 24.00 o'clock of the date defined in the policy. This term may not be less 15 days and more 365 days. **4.2** The coverage period after this contract starts at the moment of the Insured's getting in/on the transportation mean directed for leaving the Albanian territory and terminates on the moment of his getting off the transportation mean by the arrival in the first station in Albanian Republic.

Article 5. "THE TERRITORY"

This contract is valid in world wide states, except the territory of Albanian Republic.

Article 6. "THE INSURANCE PREMIUM"

6.1 The insurance premium is defined basing on the validity period of the policy and is paid up in the Insurer's account in the currency defined in the policy and before issuing of the policy. **6.2** The insurance premium shall be paid back at the location of policy issuing, after the Insurer has retained the value of the defined expenses, in the following cases: **a)** before the starting of the coverage period, in case of travel's cancellation for any reason; **b)** during the coverage period, in case of study's interruption for reason of impossibility to continue it as a consequence of an illness that lasts more than one month, certified by a doctor or as a consequence of an accident not covered by this contract. **6.3** The premium is not paid back in case: **a)** The Insured has received services from the Insurer; **b)** The Insurance Contract has been terminated at the same date as the termination date defined in the policy.

Article 7. "EXCLUDED RISKS"

The following risks are excluded from the insurance coverage: **7.1** Expenses for illnesses pre-existing the validity period of

the contract, for which the Insured was aware. This exclusion does not apply to the Medical Emergency. **7.2** Expenses for services or medical treatment, which were not recommended, approved and certified as necessary by a doctor, or expenses, which are of a non-medical nature. **7.3** Expenses for routine drugs taken in home without the prescription of a doctor. **7.4** Expenses for cosmetic or plastic surgery, except the case when it is necessary as a result of an injury coverable by the policy and incurred during the coverage period. **7.5** Expenses for ordinary dental care, except as the result of injury to the natural teeth caused by an accident. **7.6** Expenses for eye examinations for the purpose of describing corrective lenses for eyeglasses. **7.7** Expenses for ordinary ear examinations and the aid to hearing. **7.8** Expenses made for the treatment of the nervous or mental disorders and the expenses made for a normal pregnancy or newborn nursery care. **7.9** Expenses made as a consequence of all the diseases caused by/or related with of venereal illness and the HIV virus. **7.10** Expenses covered by a health insurance scheme, insurance policy or a private medical program different by this policy. **7.11** Expenses made for the repatriation without the approval of the Insurer. **7.12** Expenses that exceed reasonable and ordinary price of offered services. **7.13** Any indemnity request from any person that travels with the purpose to benefit medical treatment abroad.

Article 8. "THE RELEASE OF THE INSURED FROM THE OBLIGATIONS"

The Insured is released to pay for the occurred damages: **8.1** For expenses which exceed EU 150, in case the Insured, his representative (escort) or the medical center which offered the service did not require

any coverage from the Insurer within 48 ours from the offering/receiving of such services;

8.2 In case the damage is caused by willful, illegal acts or gross negligence of the Insured; **8.3** In case the Insured declares false data about the insurance event with the intention of illegal profit; **8.4** In case the insurance occurrence has incurred as a result of: **a)** The influence of medicals or poisons of every kind, suicide, criminal acts or self-exposure of the Insured to special risks (except the case when he is trying to save other human life); **b)** War or any act of war, and the risks related to it; **c)** Participating at the alpinist climbing, aircraft (except as a fare-paying passenger on a scheduled airline), including scuba diving, professional and amateur racing.

Article 9. "THE OBLIGATIONS OF THE PARTIES IN CASE OF DAMAGE"

The obligations of the Insured: **9.1** The Insured is obliged: **a)** To undertake all the necessary actions for the reduction or the avoidance of the damage, by requiring and fulfilling the instructions of the Insurer; **b)** To notify the Insurer for all the circumstances and the data that are connected to the damages; **c)** To deliver the request for compensation at the Insurer (the branch issuing the policy) within 30 days from the date of his rehabilitation; **d)** To allow the Insurer to carry out all the necessary expertise about the causes of the damage, its value and the definition of the compensation. **9.2** The Insured is obliged to prove the insurance event and the value of compensation. Base documents for compensation, in accordance with the following types of coverage are: **In case of urgent medical help:** **a)** The original insurance policy; **b)** The whole medical documentation, that verifies the urgency of the medical treatment; **c)** Report on diagnosis, medical

prescription and on the health conditions of the Insured during his recovery in the hospital and the definitive report of the hospital; **d)** Original bills for the services offered from the foreign medical institutions and the medical cure costs; **e)** The documentation issued from the family's doctor and/or the hospital for illnesses detected and cured before the traveling; **f)** All the needed documentation for claim handling, required by the Insurer; **g)** Demand for the compensation after the form furnished by the Insurer that is fulfilled by the Insured, his heir or insurance beneficiary. **In case of death caused by accident or urgent illness**, which wasn't pre-existing: **h)** The official notice or the certificate issued from the foreign authorities about the accidents (the circumstances); **i)** The medico-legal certificate and the autopsy report; **j)** Death certificate; **k)** Enforceable inheritance decision; **l)** All the needed documentation for claim handling, required by the Insurer; **The obligations of the Insurer** **9.3** The Insurer is obliged: **a)** To answer as soon as possible to the Insured, his representative (escort) or the medical center which offered the service and which have required coverage after the provisions of this contract; **b)** To indemnity within 30 days from the receiving of the last document required under the provisions of this article, Point 9.2.

Article 10. "DISPUTE SETTLEMENT"

In case the contradictions between the parties are not held amicably, the competent court for the dispute settlement shall be the court of the place of policy insurance.

Article 11. "PROTECTION OF PERSONAL DATA"

In accordance with Law no. 124/2024 "On the Protection of Personal Data" and its implementing acts, the Insurer Albsig sh.a.,

and the persons authorized by it, are authorized to collect, process, and control the personal data of the Insured and/or the Beneficiary for the purposes of concluding, administering, and executing the health insurance contract. The processing of personal data includes all actions necessary for the fulfillment of the Insurer's contractual and legal obligations, in compliance with the principles of legality, transparency, and confidentiality. The types of data that may be processed include: **a)** Civil status data: name, surname, personal identification number, address, date of birth, and a copy of the identification document; **b)** Sensitive health data: medical history, diagnosis, results of medical and imaging examinations, treatments, prescriptions, medications, medical and pharmaceutical invoices, as well as any other information related to the health condition of the Insured; **c)** Financial data: bank account number (IBAN), payment mandates, and transaction or payment data related to the insurance contract; The Insured declares that they are fully informed and give their consent for the processing of these data under the conditions described above.