

| TABLE OF CONTENTS | جدول المحتويات |
|--|---|
| Contents | المحتويات |
| Table of Contents 1-2 | جدول المحتويات 2-1 |
| i. Medical Policy Agreement 3 | i. اتفاقية بوليصة التأمين الطبية 3 |
| ii. Important Definitions 4 | ii. تعريفات هامة 4 |
| iii. Scope of Benefits 10 | iii. مدى المنفعة 10 |
| a. Inpatient and Daycare 10 | أ) المرضى داخل المستشفى والرعاية النهارية 10 |
| b. Outpatient 12 | ب) العيادات الخارجية 11 |
| c. Maternity 12 | ت) الحمل والولادة 12 |
| d. Dental 13 | ث) طب الأسنان 13 |
| e. Optometry/Optical 13 | ج) البصريات 13 |
| f. Pre-Existing Conditions/Chronic Conditions 14 | ح) الحالة المرضية السابقة قبل الخضوع إلى التأمين / الحالات المزمنة 14 |
| g. Treatment Abroad Other Than Emergency 14 | خ) العلاج في الخارج بخلاف حالات الطوارئ 14 |
| h. Transportation Cost for Treatment Abroad 15 | د) تكلفة النقل لتلقي العلاج في الخارج 15 |
| iv. General Terms and Conditions 15 | iv. الأحكام والشروط العامة 15 |
| a. Policy Period 15 | أ) مدة البوليصة 15 |
| b. Annual Maximum Limits 16 | ب) الحد الأقصى السنوي 16 |
| c. Eligible Members 16 | ت) الأعضاء المؤهلين 16 |
| d. Cost of Medical Expenses 17 | ث) تكلفة النفقات الطبية 17 |
| e. Territorial Limits 18 | ج) الحدود الإقليمية 18 |
| v. Claims Administration 18 | v. إدارة المطالبات 18 |
| a. Notice of Claim 18 | أ) إخطار بالمطالبة 18 |
| b. Settlement of Claims 19 | ب) تسوية المطالبات 19 |
| c. Claim Payment by Way of Bank Transfer 20 | ت) المطالبة بالسداد عن طريق التحويل المصرفي 20 |
| d. Claim Denials 20 | ث) رفض المطالبة 20 |
| e. Appeals on Claim Denials 21 | ج) الاستئناف على رفض المطالبة 21 |
| | ح) التفويض المسبق 22 |

| | | |
|--|-----------|---|
| f. Pre-Authorization | 22 | |
| VI. General Exclusions | 23 | .vi الاستثناءات العامة 23 |
| VII. General Limitations of The Policy | 27 | .vii القيود العامة لهذه البوليصة 27 |
| a. Premium | 27 | (أ) الأقساط 27 |
| b. Changes in Premium and Other Charges | 28 | (ب) التغيرات في الأقساط والمصروفات الأخرى 28 |
| c. Cancellation of policy | 28 | (ت) إنهاء البوليصة 28 |
| d. Recovery | 29 | (ث) إعادة تشغيل البوليصة 29 |
| e. Subrogation | 30 | (ج) الإحلال في المطالبة 30 |
| f. Legal Jurisdiction | 30 | (ح) الاختصاص القضائي 30 |
| g. Arbitration | 30 | (خ) التحكيم 30 |
| h. Currency | 30 | (د) العملة 30 |
| i. Enforcement | 30 | (ذ) السريان 30 |
| j. Authority to Obtain Medical Records /Other Claim Papers | 30 | (ر) سلطة الحصول على السجلات الطبية /وأوراق المطالبة الأخرى 30 |
| k. Insurer's Liability | 30 | (ز) التزامات شركة التأمين 30 |
| l. Legislative Changes | 31 | (س) التغيرات القضائية 31 |
| m. Other Insurance or Liability | 31 | (ش) التأمينات أو الالتزامات الأخرى 31 |
| n. Clerical Error of Invoicing | 31 | (ص) خطأ كتابي في تحرير الفواتير 31 |
| o. Renewal of The Policy | 31 | (ض) تجديد البوليصة 31 |
| p. Policy Language | 31 | (ط) لغة البوليصة 31 |
| VIII. Complaints & Grievance Redressal | 32 | .viii إعادة النظر في الشكاوى والتظلمات 32 |
| I. Annexure | 33 | I. الملحق 33 |
| II. Annexure | 37 | II. الملحق 37 |
| IX. Sanctions Clause | 41 | .ix بند العقوبات 41 |

I. MEDICAL POLICY AGREEMENT

This Policy is a contract of insurance between the NATIONAL LIFE & GENERAL INSURANCE COMPANY SAOG (hereinafter referred to as "Insurer") and the Proposer (hereinafter referred to as "Insured") as described in the Policy Schedule/ Certificate of Insurance, who has applied for the Insurance hereinafter set forth in respect of self or as a Guardian and named in the Policy forming part of the Schedule hereto and has paid the premium as consideration for such instance. The Application form, Policy schedule, Table of benefits, exclusions list shall form part of the contract and must be read together with this Policy.

The information provided to the Insurer by or on behalf of the Insured on the Application form provided is the basis of this contract and any non-disclosure or wrong disclosure of material facts therein shall invalidate the insurance cover and no benefits under the policy shall be payable.

In consideration of the payment of Premium in full by the Insured, and upon the receipt of proof of Claim, we undertake to pay for Eligible medical expenses of acute phases of illnesses or Accidents incurred by Insured members during the Policy period, subject to the terms, conditions, table of benefits, policy schedule and exclusions of this Policy.

Any benefit not shown in the Policy schedule, Table of benefits and Membership cards is not provided for under this Policy. Insured shall examine the Policy, Policy schedule, Table of benefits, policy schedule and Membership cards carefully to make sure the required protection has been provided.

Insurer reserves its rights to include /exclude /upgrade/downgrade any designated providers as it may be required without providing any prior notice to the insured or its members. Therefore, the members shall accordingly be advised by the Insured to verify and check the empanelment status of the concerned health care provider before proceeding to avail the Direct Billing services under this Agreement.

It is deemed that Insured person has understood the Policy terms and conditions including, the scope of the policy, Pre-existing condition definition, its exclusion clause and other exclusions under the policy.

Both parties hereto have executed and delivered this Policy as of the Effective date, stated in the Policy schedule.

For and on behalf of

National Life & General Insurance Co. SAOG

Authorized Signatory

[Signature]



I. اتفاقية بوليصة التأمين الطبية

تُعد هذه البوليصة هي عقد تأمين بين كلاً من: الشركة الوطنية للتأمين على الحياة والعام ش.م.ع. (المشار إليها فيما يلي باسم "شركة التأمين") و مقدم الاقتراح (المشار إليها فيما يلي باسم "المؤمن عليه"). كما هو موضح في جدول بوليصة التأمين / شهادة التأمين ، الذي قدم بطلب للحصول على التأمين المبين فيما يلي فيما يتعلق بنفسه أو كوصي ورد اسمه في السياسة التي تشكل جزءاً من الجدول الزمني هنا ودفع القسط كاعتبار لمثل هذه الحالة

ويشكل نموذج الطلب وجدول بوليصة التأمين وجدول المنافع وقائمة الاستبعادات جزءاً من العقد ويتم تفسيره مع هذه البوليصة.

تُعد المعلومات التي يقدمها المؤمن عليه أو من ينوب عنه إلى شركة التأمين في نموذج الطلب المقدم هي أساس هذا العقد وأي عدم إفصاح أو إفصاح عن طريق الخطأ للوقائع الجوهرية فيه يبطل الغطاء التأميني ولن يتم دفع أية فوائد بموجب هذه البوليصة.

بالنظر إلى دفع المؤمن عليه قسط التأمين بالكامل، وعند استلام إثبات المطالبة، نتعهد بدفع النفقات الطبية المؤهلة لمراحل الأمراض الحادة أو الحوادث التي يتكبدها الأعضاء المؤمن عليهم خلال مدة بوليصة التأمين، وفقاً للأحكام والشروط وجدول المنافع وجدول بوليصة التأمين واستثناءات هذه البوليصة.

لا يتم توفير أي فائدة غير مذكورة في جدول بوليصة التأمين وجدول المنافع وبطاقات العضوية بموجب هذه البوليصة. تفحص شركة التأمين بوليصة التأمين وجدول بوليصة التأمين وجدول المنافع وجدول بوليصة التأمين وبطاقات العضوية بعناية للتأكد من توفير الحماية المطلوبة.

تحتفظ شركة التأمين بحقوقها في تضمين / استبعاد / ترقية / تخفيض أي من مقدمي الخدمة المعنيين كما قد تكون مطلوبة دون تقديم أي إخطار مسبق للمؤمن عليه أو لأعضائه، لذلك، يُرسل المؤمن عليه إخطاراً للأعضاء بالتحقق من حالة الاستعانة بمقدم الرعاية الصحية المعني والتحقق من ذلك قبل الشروع في الاستفادة من خدمات الفوترة المباشرة بموجب هذه الاتفاقية.

يتم الأخذ في الاعتبار أن المؤمن عليه قد فهم الأحكام والشروط الواردة في البوليصة بما في ذلك مدى الوثيقة وتعريف الحالات المرضية السابقة قبل الخضوع إلى التأمين وشرط الاستثناء لها والاستثناءات الأخرى بموجب هذه الوثيقة.

قام كلا الطرفين بتنفيذ هذه البوليصة وتسليمها اعتباراً من تاريخ السريان،

الوارد في جدول بوليصة التأمين.

لصالح أو بالنيابة عن:

الشركة الوطنية للتأمين على الحياة والعام ش.م.ع.

المخول بالتوقيع

[Signature]



II. IMPORTANT DEFINITIONS

Accident is an injury which is the result of an unexpected event independent of the will of the insured and which may arise from a cause outside the individual's control. The cause and symptoms must be medically and objectively definable.

Accommodation charges is the charges for the insured member made by a hospital/clinic for inpatient or day care treatment including charges for beds, routine nursing and care services, housekeeping, drugs, dressing and medications etc. Any costs towards sundry expenses such as meals, telephone charges, newspaper etc. will not be covered.

Alternative medicines are the types of medical care that are alternative to the conventional allopathic medicine covered under this policy. Such medicines shall include but not limited to Homoeopathy, Ayurveda, Chiropractic, Osteopathy, Herbal Medicines, Acupuncture, Chinese medicines etc.

Administrator/Third Party Administrator (TPA) means the person or organization, who has been appointed by the Insurer to provide administrative services on its behalf and at its direction. The services include those rendered to the Insured member(s), manage the provider network, process the claim, handles the queries of the Insured member(s), and provides any other services pertinent to the administration of this Medical Insurance Policy.

Annual maximum limit/Sum Assured is the total amounts that may be claimed in any one (1) Policy period by an insured member. These limits are shown in the Table of benefits.

Bodily injury is an identifiable physical injury on the body of the insured caused by an accident, which occurred during the period of insurance as specified in the Schedule and Table of Benefits.

Birth defect is any deformity arising during the antenatal stages of pregnancy or caused by/or during childbirth.

Chronic Condition is defined as a sickness, illness or injury which has one or more of the following characteristics:

- Is recurrent in nature
- Is without a known, generally recognized cure

II. تعريفات هامة

الحادث يُقصد به ضرر ناتج عن أي حادثة غير متوقعة بدون إرادة المؤمن عليه والذي قد تنشأ عن سبب خارج عن سيطرة الفرد. ويتعين أن يكون السبب والأعراض قابلة للتحديد طبيًا وموضوعيًا.

رسوم الإقامة يُقصد بها الرسوم التي تفرضها المستشفى أو العيادة على العضو المؤمن عليها الذي تتم معالجته داخل المستشفى أو الرعاية النهارية بما في ذلك رسوم الأسرة وخدمات التمريض والرعاية الروتينية والتدبير المنزلي والأدوية والملابس والعلاجات وما إلى ذلك. ولن يتم تغطية أي تكاليف للنفقات المتنوعة مثل الوجبات ورسوم الهاتف والصحف وما إلى ذلك.

الأدوية البديلة يُقصد بها أنواع الرعاية الطبية البديلة عن الطب الإخلافي التقليدي المشمول بموجب هذا البوليصة. وتشمل هذه الأدوية، على سبيل المثال لا الحصر، المعالجة المثلية والأيورفيدا والعلاج بتقويم العمود الفقري وعلاج العظام والأدوية العشبية والوخز بالإبر والأدوية الصينية إلى غير ذلك.

مدير الإداري/مسؤول الطرف الثالث: يعني به الشخص أو المنظمة المعنية من قبل شركة التأمين لتقديم الخدمات الإدارية نيابة عنها ووفقًا لتقديرها. تشمل الخدمات تلك المقدمة للعضو (الأعضاء) المؤمن عليهم، وإدارة شبكة المزود، ومعالجة المطالبة، ومعالجة استفسارات العضو (الأعضاء) المؤمن عليهم، وتقديم أي خدمات أخرى ذات صلة بإدارة بوليصة التأمين الطبي هذه.

الحد الأقصى السنوي/ مبلغ التأمين يُقصد به إجمالي المبالغ التي يمكن أن يطالب به العضو المؤمن عليه بها في خلال الفترة الواحدة للبوليصة ذات. وتظهر هذه الحدود في جدول الفوائد.

الإصابة الجسدية يُقصد بها إصابة جسدية يمكن تحديدها على جسم المؤمن عليه نتيجة لحادث وقع خلال فترة التأمين على النحو المحدد في الجدول الزمني وجدول المزاي.

العيب الخلقي يُقصد به أي تشوه ينشأ خلال المراحل السابقة للحمل أو ناتج عن / أو أثناء الولادة.

الحالة المزمنة يُقصد بها مرض أو إصابة لها واحدة أو أكثر من الخصائص التالية:

- يتكرر بطبيعة الأمر.
- ليس له علاج معروف أو معترف به بشكل عام

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Is not generally deemed to respond well to treatment • Requires prolonged supervision or monitoring • Requires palliative treatment • Leads to permanent disability <p>Congenital conditions are the conditions existing from the birth that constitutes asignificant deviation from the common form or normal and for the purpose of this policy will include Visible and latent structural deviations as well as chromosomal abnormalities.</p> <p>Cosmetic surgeries are any operative procedure, or portion of a procedure, performed toimprove the physical appearance and/treat a mental condition through change in bodily form.</p> <p>Coinsurance is the percentage of costs the insured member must pay.</p> <p>Country of residence is the country where the insured lives for the greater part of the policyperiod.</p> <p>Complications of pregnancy are the Conditions that arise during ante natal stages ofpregnancy like</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ectopic pregnancy • Miscarriage • Still birth, Hydatidiform mole, etc. <p>Complications of child birth refers to the following conditions that arise during child birthlike</p> <ul style="list-style-type: none"> • Any condition that require a recognized obstetric procedure • Post - partum hemorrhage and retained placental membrane • Medically necessary caesarian sections <p>Claim is an application to the company for payment of expenses incurred under the benefitsof the policy.</p> <p>Deductible/Excess is the first amount of a claim which has to be borne by the insuredmember before the relevant benefits are payable under the policy. In the event that the total cost of treatment is lower than the deductible amount the insured will be liable to pay all the expenses incurred.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • لا يستجيب عمومًا استجابة جيدة للعلاج • يتطلب أشرفلفترة طويلة أو عناية. • يتطلب العلاج التسكينى أو العلاج المخفف للآلام. • يؤدي إلى إعاقة دائمة <p>الظروف الخلقية يُقصد بها الظروف الموجودة منذ الولادة والتي تشكل انحرافًا كبيرًا عن الشكل الشائع أو العادي، ولأغراض هذه البوليصة، ستشمل هذه البوليصة الانحرافات الهيكلية المرئية والكامنة وكذلك تشوهات الكروموسومات.</p> <p>العمليات الجراحية التجميلية يُقصد بها أي إجراء جراحي أو جزء من العملية يتم إجراؤه لتحسين المظهر الجسدي و/ أو علاج الحالة العقلية من خلال التغيير في الشكل الجسدي.</p> <p>التأمين المشترك النسبي يُقصد به النسبة المئوية للتكاليف التي يدفعها العضو المؤمن عليه.</p> <p>بلد الإقامة يُقصد بها الدولة التي يعيش فيها المؤمن عليه الجزء الأكبر من مدة بوليصة التأمين.</p> <p>مضاعفات الحمل يُقصد بها الظروف التي تنشأ خلال المراحل السابقة للحمل مثل</p> <ul style="list-style-type: none"> • الحمل خارج الرحم • الإجهاض • ولادة جنين ميت والرحى عدارية الشكل، إلى غير ذلك. <p>مضاعفات الولادة تشير إلى الحالات التي تحدث أثناء ولادة الطفل كما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • أي حالة تتطلب تنفيذ لإجراءات الولادة المعترف بها. • نزيف ما بعد الولادة وعدم خروج غشاء المشيمة • الطب القيصري المطلوب طبيًا. <p>المطالبة يُقصد بها تقديم طلب إلى الشركة لسداد النفقات المتكبدة بموجب فوائد البوليصة.</p> <p>الزائدة القابلة للخصم يُقصد بها أول مبلغ للمطالبة يجب أن يتحمله المؤمن عليه قبل دفع الفوائد ذات الصلة بموجب البوليصة. في حالة كون التكلفة الإجمالية للعلاج أقل من المبلغ القابل للخصم، يتحمل المؤمن عليه مسؤولية دفع جميع المصاريف المتكبدة.</p> |
|---|---|

Day care treatment is the treatment received by the insured member in a hospital or daycare facility during the stay, including a hospital room and nursing that does not medically require the patient to stay overnight and where a discharge note is issued.

Designated providers are Hospital, medical centers specified in insurer's applicable network or health care providers with whom the insurers or its TPA have contracted to enable the insured to receive the treatment on Direct Billing in accordance with the policy. (Insurer reserves its rights to include/exclude/upgrade/downgrade any designated providers as per its discretion as it may be required without providing any prior notice to the insured or its members.)

Diagnostic procedures are any test for diagnosing illness, including pathology, laboratory, X-ray, ECG, medical scanning and imaging techniques and interpretation of the results by a Physician or Consultant.

Dependant is primary insured's legally married spouse and she/ he continues to be married to Primary Insured, children and step children.

Due date for remittance of premium by the insured to the insurer shall be the commencement date as specified in schedule of premium or other alternate date agreed in writing between insurer and insured.

Eligible claims are eligible expenses net of specific deductible/excess and /or coinsurances and/or any other deductions within the limits of liability of the insurer as defined in the table of benefits.

Eligible expenses are the actual expenses incurred by an insured member that are reasonable and customary for the necessary medical care and services, administered by or ordered by a qualified physician licensed to practice medicine.

Emergency can be affirmed in case of an accident, a disaster or any sudden beginning or worsening of a severe illness resulting in a medical condition that presents an immediate threat to the insured member and therefore requires urgent medical measures. Only medical treatment through a physician, medical practitioner, or specialist and hospitalization that commences within 24 hours of the emergency event will be covered.

علاج الرعاية النهارية يُقصد بها العلاج الذي يتلقاه العضو المؤمن عليه في مستشفى أو مرفق للرعاية النهارية خلال فترة الإقامة، بما في ذلك غرفة المستشفى والتمريض التي لا تتطلب طبيًا من المريض البقاء طوال الليل وحيث يتم إصدار مذكرة الخروج.

المزودون المعينون يُقصد بهم المستشفى أو المراكز الطبية المحددة في شبكة شركات التأمين أو مقدمي الرعاية الصحية المعمول بهم والذين تعاقدت معهم شركات التأمين أو مسئول الطرف الثالث لتمكين المؤمن عليه من تلقي العلاج على الفوترة المباشرة وفقًا للبوليصة. (تحتفظ شركة التأمين بحقوقها في تضمين / استبعاد / ترقية / تخفيض أي من مقدمي الخدمة المعينين وفقًا لتقديرها، حيث قد تكون مطلوبة دون تقديم أي إخطار مسبق للمؤمن عليه أو لأعضائه.)

الإجراءات التشخيصية يُقصد بها أي اختبار لتشخيص المرض، بما في ذلك علم الأمراض والمختبر والأشعة السينية ومخطط كهربية القلب وتقنيات الفحص الطبي والتصوير وتفسير النتائج بواسطة طبيب أو استشاري.

المعال يُقصد به زوج المؤمن عليه الأساسي المتزوج قانونًا وهي/ هو لا يزال متزوجًا للمؤمن عليه الأساسي وأطفاله وربائبه

تاريخ استحقاق يُعد دفع المؤمن عليه أقساط التأمين إلى شركة التأمين هو تاريخ البدء كما هو محدد في جدول الأقساط أو أي تاريخ بديل آخر متفق عليه كتابة بين شركة التأمين والمؤمن عليه.

المطالبات المستوفية الشروط يُقصد بها صافي النفقات المستحقة بعد خصم محدد / فائض و/ أو التأمين المشترك و / أو أي خصومات أخرى ضمن حدود مسؤولية شركة التأمين على النحو المحدد في جدول المنافع.

النفقات المستحقة يُقصد بها النفقات الفعلية التي يتكبدها العضو المؤمن عليه والتي تعتبر معقولة ومألوفة للرعاية والخدمات الطبية اللازمة، والتي يديرها أو يطلبها طبيب مؤهل مرخص لممارسة الطب.

الطوارئ يمكن تأكيد حالة الطوارئ في حالة وقوع حادث أو كارثة أو أي بداية مفاجئة أو تفاقم مرض شديد يؤدي إلى حالة طبية تشكل تهديدًا مباشرًا للعضو المؤمن عليه وتتطلب بالتالي تدابير طبية عاجلة. لن يتم تغطية العلاج الطبي إلا من خلال طبيب أو ممارس طبي أو أخصائي ويبدأ العلاج في المستشفى خلال 24 ساعة من وقوع حالة الطوارئ.

Expiry date is the date shown in the Policy schedule and the Membership card on which cover under this Policy ceases.

General exclusions is excluded illnesses, items, Treatments, procedures and their related or consequential expenses, which are not covered under this Policy. These exclusions are shown in the General exclusions list.

Hospital is an establishment, which is legally licensed in the country of Treatment, as a medical or surgical Hospital and provides Allopathic medicines.

Hospital accommodation and services are all medically necessary treatments and services provided by or on the order of a Physician or Consultant to the Insured member when admitted as a registered Inpatient or for a Daycare Treatment to a Hospital.

Illness is any kind of health condition not otherwise excluded by the Policy which is sustained by an Insured member during the Policy period and occasions the necessity for the Insured member to receive care and attendance from a Physician or Consultant.

Inpatient Treatment is where the Insured member requires hospitalization for a minimum of one (1) night, for specialized medical attention and care, before, during and after the Treatment. Such Treatments cannot be performed on an Outpatient basis.

Insured member is any primary insured or his/ her Dependents who has fulfilled the eligibility conditions and is named in the Policy schedule and Membership card. (If provided by the insurance company).

Medically necessary treatments are any medical, surgical or other services that an Insured member requires provided such services are:

- Essential and related to the Illness presented
- Rendered in accordance with generally accepted medical practice and professionally recognized standards
- Treatments that are not generally considered as experimental or unproven

تاريخ انتهاء الصلاحية يُقصد به التاريخ الموضح في جدول بوليصة التأمين وبطاقة العضوية والذي يتوقف عليه سريان هذه البوليصة.

الاستثناءات العامة يُقصد بها الأمراض والبنود والعلاجات والإجراءات المستثناة والمصروفات ذات الصلة أو التبعية، والتي لا تشملها هذه البوليصة، تُعرض هذه الاستثناءات في قائمة الاستثناءات العامة.

المستشفى يُقصد بها مؤسسة مرخصة قانونًا في بلد العلاج، باعتبارها مستشفى طبيًا أو جراحيًا وتوفر العلاج الإخلافي.

الإقامة بالمستشفى والخدمات المقدمة هناك تعتبر جميعها من العلاجات والخدمات الطبية الضرورية التي يقدمها أو بناءً على طلب طبيب أو مستشار للعضو المؤمن عليه عند قبوله كمريض مسجلتتم معالجته داخل المستشفى أو كعلاج للرعاية النهارية في المستشفى.

المرض يُقصد به أي نوع من الحالات الصحية التي لا تستبعد البوليصة التي يتحملها العضو المؤمن عليه خلال مدة بوليصة التأمين، وفي حالات ضرورة حصول العضو المؤمن عليه على الرعاية من طبيب أو استشاري والحضور إلى المستشفى.

علاج المريض داخل المستشفى يُقصد به المكان الذي يحتاج فيه العضو المؤمن عليه إلى التدابير العلاجية داخل المستشفى لمدة ليلة واحدة على الأقل، ويحتاج إلى الرعاية الطبية المتخصصة والرعاية قبل العلاج وأثناءه وبعده، ولا يمكن إجراء مثل هذه العلاجات في العيادات الخارجية.

العضو المؤمن عليه يُقصد به أي شخص مؤمن عليه أو معالوه/ معالوها ممن استوفوا شروط الأهلية وذكرت أسمائهم في جدول بوليصة التأمين وبطاقة العضوية. (إذا تم تقديمها من جانب شركة التأمين)

العلاجات الطبية الضرورية يُقصد بها أي خدمات طبية أو جراحية أو غيرها من الخدمات التي يتطلبها المؤمن عليه شريطة أن تكون هذه الخدمات:

- أساسية ومتعلقة بالأمراض المقدمة.
- صادرة وفقًا للممارسة الطبية المقبولة عمومًا والمعايير المعترف بها مهنيًا.
- علاجات لا تعتبر تجريبية أو غير معترف بها بشكل عام.

Membership card is a personalized card (Physical/E card) issued by the insurer in the name of each Insuredmember, identifying him as an Insured member and facilitating his access to the benefits covered under this Policy and provided by the designated providers.

Moratorium period is the period an Insured member has to wait before he becomes eligible for a benefit. The Moratorium period is measured from the Insured member's first joining date.

New Born Cover is to provide coverage for any illness or defect detected (congenital or otherwise) during pregnancy or evident at or detected or arising within 30 days of birth and which is life threatening.

Non-designated providers are hospitals, clinics, laboratories, diagnostic centers and pharmacies with whom insurer or its TPA have no agreement to provide covered benefits, in accordance with the terms and conditions of this Policy, to the insured members and/or are not included under the list of Designated providers in Your Policy schedule. Benefits received at such Providers will be on reimbursement basis and subject to coinsurance as mentioned in the Table of benefits.

Nursing at home is rendering the medical services of a nurse in the Insured member's home in the Country of residence when prescribed by a Consultant and related directly to an illness for which the Insured member has received Inpatient treatment in accordance with the terms and conditions of this Policy. This benefit is provided in lieu of a Hospital admission where a skilled nurse, under the supervision of the treating Consultant, can provide the necessary care at home for the remaining length of stay of a particular admission or procedure.

Outpatient Treatment is all medically necessary treatments and services that do not require hospitalization during the day or overnight nor necessitate specialized medical attention.

Physician is a registered medical practitioner who is legally licensed to practice Allopathic medicine in the country in which Treatment is provided and who in carrying out such Treatment is practicing within the scope of his licensing and training.

Physiotherapist is a qualified, registered practitioner of physiotherapy who is legally licensed to practice physiotherapy in the country in which Treatment is provided and who in carrying out such Treatment is practicing within the scope of his licensing and training.

بطاقة العضوية يُقصد بها بطاقة شخصية (مادية / إلكترونية)

تصدرها شركة التأمين باسم كل عضو مؤمن عليه، لتحديد هويته كعضو مؤمن عليه وتسهيل وصوله إلى المنافع التي تغطيها هذه البوليصة والتي يقدمها مقدمو الخدمة المعينون.

فترة الوقف الاختياري يُقصد بها الفترة التي يتعين على العضو المؤمن أن ينتظرها قبل أن يصبح مؤهلاً للحصول على المنافع، تُقاس فترة الوقف الاختياري من التاريخ الأول لانضمام العضو المؤمن عليه.

التغطية التأمينية للمواليد الجدد يُقصد به توفير تغطية تأمينية لأي مرض أو عيب تم اكتشافه (خلقي أو غير ذلك) أثناء الحمل أو وجود أعراض أو تم اكتشافه أو نشأ خلال 30 يوماً من الولادة والذي يعتبر تهديد على حياة الفرد.

مقدمو الخدمات غير المعينون يُقصد بهم المستشفيات والعيادات والمختبرات ومراكز التشخيص والصيدليات التي لا يملك المؤمن عليه أو مسئول الطرف الثالث خاصته أي اتفاقية معهم لتقديم المنافع المشمولة، وفقاً لشروط وأحكام هذه البوليصة، للأعضاء المؤمن عليهم و / أو غير المدرجة أسمائهم تحت قائمة مقدمي الخدمات المعينين في جدول بوليصة التأمين خاصتك. سيتم دفع تكاليف المنافع التي يتم تلقيها من مقدمي الخدمة هؤلاء بطريقة الأقساط وتخضع للتأمين النقدي كما هو مذكور في جدول المنافع.

خدمات التمريض في المنزل يُقصد بها تقديم الخدمات الطبية عن طريق ممرضة في منزل العضو المؤمن عليه في بلد الإقامة عندما يصف الاستشاري ذلك وتتعلق مباشرة بمرض العضو المؤمن عليه وتلقيه العلاج داخل المستشفى وفقاً لأحكام وشروط هذه البوليصة. يتم تقديم هذه المنفعة بدلاً من الدخول إلى المستشفى حيث يمكن للممرضة الماهرة، تحت إشراف الخبير الاستشاري المعالج، توفير الرعاية اللازمة في المنزل للفترة المتبقية من الإقامة أو من أجل إجراء معين.

علاج العيادات الخارجية يُقصد بها جميع العلاجات والخدمات الطبية الضرورية التي لا تتطلب العلاج في المستشفى خلال النهار أو الليل ولا تتطلب عناية طبية متخصصة.

الطبيب يُقصد به طبيب ممارس مسجل مرخص له قانوناً بممارسة الطب الإخلافي في البلد الذي يتم فيه تقديم العلاج وأنه يمارس هذا العلاج في نطاق رخصته وتدريبه.

أخصائي العلاج الطبيعي يُقصد به ممارس مؤهل ومسجل للعلاج الطبيعي ومرخص له قانوناً بممارسة العلاج الطبيعي في البلد الذي يتم فيه تقديم العلاج وأنه يمارس هذا العلاج في نطاق رخصته وتدريبه وتدريبه.

Policy period is the period of this Policy stated in the Policy schedule and the Membershipcard from the Effective date to the Expiry date subject to remittance of premium in full.

Pre-authorization is the review and approval of Treatments by insurer prior to or concurrent with the Treatment date to ensure that they are undertaken within the scope of cover of the Policy terms and conditions, benefits and exclusions.

Pre-existing condition is any bodily injury or illness or its related condition that is medically existing prior to the enrolment date of the Insured member, whether it is known or not known to him, and necessitates the Insured member to receive care and Treatment.

Premium is the amount insured pay in exchange for insurance coverage.

Primary claim form is a pre-printed Claim form used for Outpatient and Emergency Treatments. It is also used for Pre-authorization of Treatment requests, as required under the terms and conditions of this Policy.

Primary insured is an Individual who has fulfilled the Eligibility conditions and is named in the Policy schedule and Membership card.

Reasonable and customary charges are the amount insurance company recognizes for payment for a particular medical procedure /treatment/ medication. It is based on what is considered "reasonable" (as illustrated under cost of medical expense in General terms and Conditions) for that procedure/treatment/ medications in accordance with the market price, in the country where the Treatment (if eligible as per table of benefits) was provided or in the applicable band of designated providers (as specified in the table of benefits) in the Country of residence, whichever is less.

Related condition is any illness considered to be either an underlying cause of or directly attributable to another specific illness.

Secondary care treatment delivered by a Consultant following referral for further Treatment from a Physician.

مدة بوليصة التأمين يُقصد بها فترة هذه البوليصة المنصوص عليها في الجدول الزمني للبوليصة وبطاقة العضوية من تاريخ السريان حتى تاريخ انتهاء الصلاحية، وتخضع لدفع الأقساط بالكامل.

التفويض المسبق يُقصد به مراجعة واعتماد شركة التأمين للعلاجات قبل أو في تاريخ العلاج للتأكد من سريانها ضمن نطاق التغطية التأمينية لشروط وأحكام البوليصة والمنافع والاستثناءات.

الحالة المرضية السابقة قبل الخضوع إلى التأمين يُقصد بها أي إصابة جسدية أو مرض أو أي حالة مرضية ذات صلة موجودة طبياً قبل تاريخ التسجيل للعضو المؤمن عليه، سواء كانت معروفة أو غير معروفة له، وتتطلب من العضو المؤمن عليه الحصول على الرعاية والعلاج.

القسط يُقصد بها المبلغ الذي يدفعه المؤمن عليه مقابل التغطية التأمينية.

نموذج المطالبة الأساسي يُقصد بها نموذج مطالبة مطبوع مسبقاً يستخدم في العيادات الخارجية وعلاجات الطوارئ. يتم استخدامه أيضاً للتفويض المسبق لطلبات العلاج، كما هو مطلوب بموجب شروط وأحكام هذه البوليصة.

المؤمن عليها المباشر يُقصد بها الشخص الذي استوفى شروط الأهلية وتمت إضافة اسمه في جدول بوليصة التأمين وبطاقة العضوية.

الرسوم المعقولة والمعهود يُقصد بها المبلغ الذي تعترف به شركة التأمين للدفع مقابل إجراء / علاج / أدوية طبية معينة. يعتمد على ما يعتبر "معقولاً" (كما هو موضح في تكلفة المصاريف الطبية في الشروط والأحكام العامة) لهذا الإجراء / العلاج / الأدوية وفقاً لسعر السوق، في البلد الذي يوجد فيه العلاج (إذا كان مؤهلاً وفقاً للجدول) المقدم أو في النطاق المناسب من مقدمي الخدمة المعيّنين (كما هو محدد في جدول المنافع) في بلد الإقامة، أيهما أقل.

الحالات ذات الصلة يُقصد بها أي مرض يُعتبر إما سبباً أساسياً أو يُعزى مباشرة إلى مرض آخر محدد.

الرعاية الثانوية يُقصد به العلاج الذي يقدمها الاستشاري بعد الإحالة لمزيد من العلاج من الطبيب.

Sub-limits are maximum annual limits that may be claimed in respect of any one (1) benefit. If the Sub-limit is stated to be full refund, then maximum liability for the benefit shall be the Policy's Overall limit.

Table of benefits is a schedule issued by us showing the extent and nature of benefits, Deductible amount and percentages of Coinsurance applicable under this Policy.

Territorial limit is the geographical limit within where treatment may be received and is stated in the Policy schedule and Table of benefits.

Treatment is a medical or surgical procedure, the sole purpose of which is to cure an illness and not to alleviate long-term chronic condition.

III. SCOPE OF BENEFITS

Cover under this Policy is in respect of expenses incurred, during the policy period in respect of the following, subject to the terms and conditions, General exclusions, covered benefits and limitations as per the Table of benefits.

a) INPATIENT AND DAYCARE

The scope of cover for inpatient and daycare benefits incurred during the policy period includes the following:

- Hospital accommodation & services according to the accommodation type. These include:
 - Consultant's & Physician's fees
 - Surgeon's & anesthesiologists' fees
 - Surgery fees
 - General nursing care
 - Diagnostic procedures
 - Operating theatre charges
 - Recovery room charges
 - Intensive care unit charges
 - Drugs and medications served in the Hospital
 - Dressings
 - Other eligible services while hospitalized
- Post-operative physiotherapy, if Medically necessary
- Ambulance
- Parent accompanying an insured child under ten (10) years of age

الحدود الفرعية يُقصد بها الحدود السنوية القصوى التي يمكن المطالبة بها فيما يتعلق بأي منفعة واحدة. إذا تم تحديد الحد الفرعي لاسترداد الأموال بالكامل، فيعتبر الحد الأقصى للمسئولية عن المنفعة هو الحد الإجمالي للبوليصة.

جدول المنافع يُقصد به الجدول الصادر من جهتنا ويوضح مدى وطبيعة المنافع والمبلغ القابل للخصم والنسب المئوية للعملة المعدنية المطبقة بموجب هذه البوليصة.

الحد الإقليمي يُقصد بها الحد الجغرافي داخل المكان الذي يمكن فيه تلقي العلاج ويتم ذكره في جدول بوليصة التأمين وجدول المنافع.

العلاج ويُقصد بها أي إجراء طبي أو جراحي، غرضه الوحيد هو علاج المرض وليس تخفيف الحالة المزمنة على المدى الطويل.

III. مدي المنفعة

تتعلق التغطية التأمينية بموجب هذه البوليصة بالنفقات المتكبدة خلال مدة بوليصة التأمين فيما يتعلق بما يلي، مع مراعاة الشروط والأحكام والاستثناءات العامة والمنافع والقيود المشمولة وفقاً لجدول المنافع.

أ) المريض داخل المستشفى والرعاية النهارية

يشمل نطاق تغطية استحقاقات المرضى الذين تتم معالجتهم داخل المستشفى والرعاية النهارية المتراكمة خلال مدة بوليصة التأمين ما يلي:

الإقامة في المستشفى والخدمات وفقاً لنوع الإقامة. وتشمل ما يلي:

- رسوم الاستشاري والطبيب
- رسوم الجراحين وأطباء التخدير
- رسوم الجراحة
- الرعاية التمريضية العامة
- إجراءات التشخيص
- رسوم غرفة العمليات
- رسوم غرفة الإنعاش
- رسوم وحدة العناية المركزة
- الأدوية والعلاجات التي تُقدم في المستشفى
- الضمانات
- خدمات مؤهلة أخرى أثناء دخول المستشفى
- العلاج الطبيعي بعد العمليات الجراحية، إذا لزم الأمر طبيًا
- سيارته إسعاف
- ولي الأمر الذي يرافق الطفل المؤمن عليه دون سن العاشرة.
- تقديم خدمات التمريض في المنزل، من أجل الشفاء بدلاً من الإقامة في المستشفى بحد أقصى أربعة عشر يوماً كحد أقصى لدخول المستشفى أو اتخاذ الإجراء.

- Nursing at home, for recovery and in lieu of Hospital stay up to a maximum of fourteen (14) days per admission or procedure

If the Policy excludes outpatient benefit, the inpatient and daycare benefits shall be extended to include post-operative follow-ups, incurred during the policy period, as stated below:

- Post Medical Admissions: One (1) follow up visit to the same Provider, if requested by the treating Physician, for review of progress of the post discharge status of the Illness, for which admission was required. Maximum period for this follows up shall be within fifteen (15) days under the policy period, or its part thereof up to the policy expiry date, such period beginning from the date of the Insured member's discharge from the Hospital.
- Post Surgeries: Two (2) follow up visits and physiotherapy sessions to the same Provider, if requested by the treating Surgeon, for post discharge review and management of the surgically intervened Illness. Maximum period for these follow ups shall be within forty-five (45) days under the policy period, or its part thereof upto the policy expiry date, such period beginning from the date of the Insured member's discharge from the Hospital.

Following benefits are the optional benefits which are applicable only if your policy schedule, table of benefits and membership cards shows that these benefits are covered.

b) OUTPATIENT

The scope of cover of outpatient benefit, if covered as per the Policy schedule and Table of benefits, includes the following, if incurred during the policy period:

- Physicians' Consultation fees
- Diagnostic procedures
- Prescribed drugs
- Physiotherapy on referral by a Physician
- Bandages, splints and plaster casts only if Medically necessary and prescribed by a Physician

إذا استبعدت البوليصة منافع العيادات الخارجية، فستتسع منافع العلاج داخل المستشفى والعلاج النهاري ليشمل عمليات المتابعة اللاحقة للعمليات الجراحية، والتي يتم تكبدها خلال مدة بوليصة التأمين، كما هو موضح أدناه:

- الشؤون الطبية ما بعد الدخول إلى المستشفى: زيارة متابعة واحدة لنفس مقدم الخدمات، إذا طلب الطبيب المعالج ذلك، لمراجعة التقدم المحرز في حالة المريض بعد خروجه من المستشفى، ومتابعة المرض الذي كان سبب دخوله إلى المستشفى، لتحديد المدة القصوى لهذه المتابعة وهي خمسة عشر يوماً بموجبه بوليصة التأمين، أو جزء منها حتى تاريخ انتهاء البوليصة، وهذه الفترة تبدأ من تاريخ خروج العضو المؤمن عليه من المستشفى.
- العمليات الجراحية التالية: زيارتان متابعة وجلسات للعلاج الطبيعي لمقدم الخدمات نفسه، وإذا طلب جراح العملية ذلك، لفحص الحالة ما بعد الخروج من المستشفى للسيطرة على الأمراض المتداخلة جراحياً، فتصبح المدة القصوى لهذه المتابعة هي خمسة وأربعين (45) يوماً بموجب هذه البوليصة، أو جزء منها حتى تاريخ انتهاء البوليصة، وهي الفترة التي تبدأ من تاريخ خروج العضو المؤمن عليه من المستشفى.

تُعد المنافع التالية هي المنافع الاختيارية التي تنطبق فقط إذا كان جدول بوليصة التأمين وجدول المنافع وبطاقات العضوية خاصتك يدلون على أن هذه المنافع مشمولة.

ب) العيادات الخارجية

يشمل نطاق التغطية التأمينية لمنافع العيادات الخارجية إذا تمت تغطيته وفقاً لجدول بوليصة التأمين وجدول المنافع وإذا تم تكبده خلال مدة بوليصة التأمين، ما يلي:

- رسوم استشارة الأطباء
- إجراءات التشخيص
- الأدوية الموصوفة
- العلاج الطبيعي عند الإحالة من قبل الطبيب
- الضمادات والجبائر والقوالب الجبسية فقط إذا لزم الأمر طبيًا وحدد الطبيب ذلك.

c) MATERNITY

The scope of cover of maternity benefit, if covered as per the Policy schedule and Table of benefits, subject to limits mentioned therein, includes the following, if, incurred during the policy period:

Out-Patient

- All care provided by PHC obstetrician for low risk or specialist obstetrician for high risk referrals
- Initial investigations including
 - FBC and Platelets
 - Blood group, Rhesus status and antibodies
 - VDRL
 - MSU & urinalysis
 - Rubella serology
 - HIV
 - Hep C offered to high risk patients
 - GTT if high risk
 - FBS, random sugar or HbA1c
 -
- Visits including reviews, checks and tests in accordance with Department of Health-Abu Dhabi/ Dubai Health Authority Antenatal Care Protocols
- 3 ante-natal ultrasound scans

In-Patient

- Normal delivery
- Medically justified C-section
- Complications, and
- Medically necessary termination

New Born Cover

The scope of New Born Cover, if covered as per the Table of benefits, would provide coverage to the newly born child without an independent membership under the Policy, and is limited to the below

- i) Cover for up to 30 days from date of birth or until the existence of independent membership, whichever is earlier
- ii) Limited only to BCG, Hepatitis B and neonatal screening tests (Phenylketonuria (PKU), Congenital Hypothyroidism, sickle cell screening, congenital adrenal hyperplasia)
- iii) Life threatening conditions of the baby

ت) الحمل والولادة

يشمل نطاق تغطية منافع الحمل والولادة، إذا تم تغطيتها وفقاً لجدول بوليصة التأمين وجدول المنافع، وفقاً للحدود المذكورة فيه، وذلك إذا تم تكبده خلال مدة بوليصة التأمين، ما يلي:

العيادات الخارجية:

- جميع الرعاية المقدمة من أخصائي الولادة وأمراض النساء في الرعاية الصحية الأولية من أجل الاختطار المنخفض أو أخصائي الولادة وأمراض النساء المتخصص للإحالات ذات الخطورة العالية.
- الفحوصات الأولية بما في ذلك:
 - اختبار العد الدموي الشامل والصفائح الدموية.
 - فصيلة الدم وحالة الزمرة الدموية والأجسام المضادة.
 - اختبار مختبر أبحاث الأمراض المنقولة جنسياً.
 - عينة منتصف الجريان من البول وتحليل البول.
 - مصل الحصبة الألمانية.
 - فيروس العوز المناعي البشري.
 - المرضى المعرضين لمخاطر فيروس التهاب الكبد ج العالية.
 - اختبار حمل الجلوكوز في الحالات مرتفعة الخطورة.
 - اختبار الجلوكوز والسكر العشوائي وفحص الهيموجلوبين السكري.
- الزيارات بما في ذلك المراجعات والفحوص والاختبارات وفقاً لبروتوكولات الرعاية السابقة للولادة في هيئة الصحة ابو ظبي/ هيئة الصحة بدبي.
- 3 فحوصات بالموجات فوق الصوتية في فترة ما قبل الولادة.

العلاج داخل المستشفى

- ولادة طبيعية
- عملية قيصرية مبررة طبياً
- المضاعفات
- إنهاء الحمل بالاجراءات اللازمة طبياً

التغطية التأمينية للمولود الجديد

سيوفر نطاق التغطية التأمينية للمواليد الجدد، إذا تمت تغطيته وفقاً لجدول المنافع، التغطية للطفل المولود حديثاً بدون عضوية مستقلة بموجب البوليصة، ويقتصر ذلك على ما يلي:

- أ- تغطية تأمينية لمدة تصل إلى 30 يوماً من تاريخ الميلاد أو حتى وجود عضوية مستقلة، أيهما أقرب
- ب- يقتصر فقط على اختبارات عضية كالملتيم غيران وفيروس التهاب الكبد ب وفحص حديثي الولادة (المصابون ببيلة الفينيل كيتون) وقصور الغدة الدرقية الخلقي وفحص الخلايا المنجلية وتضخم الغدة الكظرية (الخلقي)
- ت- ظروف تهدد حياة الطفل

سيتم توفير التغطية التأمينية للمواليد الجدد للطفل من الحد الأقصى السنوي لعضوية الأم وستتوقف التغطية التأمينية عند انتهاء المهلة المحددة في الفقرة (1) أعلاه أو عند استنفاد الحد الأقصى السنوي للألم، أيهما أسبق.

The New Born Cover to the child would be provided out of the Annual maximum limit of the Mother's membership and the coverage would cease upon the expiry of the time limit specified in i) above or upon exhaustion of the Annual Maximum limit of the Mother, whichever happens earlier.

d) DENTAL

The scope of cover of dental benefit, if covered as per the Policy schedule and Table of benefits, includes the following:

- Dentist's Consultation
- Diagnostic procedures
- Related prescription
- Extractions
- All fillings including amalgam, composite and glass ionomer fillings
- Gum and root canal Treatments

Exclusions: The following Treatments and services are excluded:

- Routine dental Treatment including but not limited to cleaning, scaling and polishing
- Implants of any nature including but not limited to Dentures, bridges and crowns
- Cosmetic Treatments including Orthodontics

e) OPTOMETRY/OPTICAL

The scope of cover of optometry benefit, if covered as per the Policy schedule and Table of benefits, includes the following:

- Vision tests to diagnose the following errors of refraction, duly certified by the ophthalmologist:
 - Hyperopia
 - Myopia
 - Astigmatism
 - Anisometropia
 - Presbyopia
 - One pair of plain lenses annually for the correction of the above-mentioned errors of refraction
- Exclusions: The following Treatments and services are excluded:
 - Spectacle frames
 - Contact lenses
 - Photo chromatic lenses
 - Surgeries for corrections of errors of refraction

ث) طب الأسنان

يشمل نطاق التغطية التأمينية لمنافع طب الأسنان، إذا تمت تغطيتها وفقاً لجدول بوليصة التأمين وجدول المنافع، ما يلي:

- استشارة طبيب الأسنان
- إجراءات التشخيص
- وصفة طبية ذات صلة
- خلع الأسنان
- جميع الحشوات بما في ذلك الحشوة الملمعية والمركبة والأيونومر الزجاجي
- علاجات اللثة وعصب الأسنان
- الاستثناءات: تستبعد العلاجات والخدمات التالية:
 - علاج الأسنان الروتيني بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر التنظيف والتقشير والتلميع
 - زراعة من أي نوع بما في ذلك سبيل المثال لا الحصر أطقم الأسنان والجسور والنتيجان.
 - العلاجات التجميلية بما في ذلك تقويم الأسنان.

ج) البصريات

يشمل نطاق التغطية التأمينية لمنافع البصريات، إذا تمت تغطيته وفقاً لجدول بوليصة التأمين وجدول المنافع، ما يلي:

- اختبارات الرؤية لتشخيص مشكلات الانكسار التالية، يعتمد عليها طبيب العيون حسب الأصول:
 - بُعد النظر
 - قصر النظر
 - الاستجماتيزم
 - تفاوت الانكسار
 - قصو البصر الشيخوخي
 - زوج واحد من العدسات العادية سنوياً لتصحيح أخطاء الانكسار المذكورة أعلاه.
- الاستثناءات: تُستبعد العلاجات والخدمات التالية:
 - إطارات النظارات
 - العدسات اللاصقة
 - العدسات الفوتوكروميك
 - العمليات الجراحية لتصحيح أخطاء الانكسار.
 - الحول، ما لم يكن ذلك ضرورياً طبياً ومبرراً.
 - تدلي الجفون، ما لم يكن ذلك ضرورياً طبياً ومبرراً.

- Strabismus - unless medically necessary & justified.
- Ptosis - unless medically necessary & justified.

f) PRE-EXISTING CONDITIONS/CHRONIC CONDITIONS

Pre-existing conditions are medical conditions or any related conditions for which symptom(s) have been shown at some point before the commencement of cover irrespective of whether any medical treatment or medical advice was sought. Any such condition or related condition about which insured member or insured member's dependents know, knew or could reasonably have been assumed to have known, will be deemed to be pre-existing.

Chronic Condition is defined as a sickness, illness or injury which has one or more of the following characteristics:

- Is recurrent in nature
- Is without a known, generally recognized cure
- Is not generally deemed to respond well to treatment
- Requires prolonged supervision or monitoring
- Requires palliative treatment
- Leads to permanent disability

If the initial diagnosis of any chronic illness is during the policy period and pre-existing conditions/chronic conditions are not covered under the policy then the expenses incurred for the investigations till the diagnosis of the illness only will be covered and no further claim will be paid for the maintenance /monitoring of the condition.

g) TREATMENT ABROAD OTHER THAN EMERGENCY

The scope of cover for non-Emergency Treatment abroad (that is, when an Insured member seeks Treatment outside the Country of residence), if covered as per the Policy schedule and Table of benefits, includes Treatments related to covered benefits, subject to the following conditions:

- Obtaining Pre-authorization prior to seeking Treatment for services, as specified above. Failure to comply will result in the eventual decline of the Claim.
- Insurer reserves the right to take second opinion before making an approval for treatment.
- Application of separate Deductible and/or Coinsurance, as stated in the Table of benefits.

ح) الحالة المرضية السابقة قبل الخضوع إلى التأمين / الحالات المزمنة

تُعد الحالات المرضية الموجودة سابقاً قبل الخضوع إلى التأمين هي حالات طبية أو أي حالات ذات صلة، والتي تظهر أعراضها في مرحلة ما قبل بدء التغطية التأمينية بصرف النظر عما إذا كان قد تم طلب أي علاج طبي أو مشورة طبية. أي حالات من هذا القبيل أو حالة ذات صلة من الطبيعى أن يعرفها المؤمن عليه أو من يعولهم المؤمن عليه، أو يعرف أو يمكن أن يكون من المفترض أن يكون قد علم أنها موجودة مسبقاً.

الحالة المزمنة يُقصد بها مرض أو إصابة لها واحدة أو أكثر من الخصائص التالية:

- يتكرر بطبيعة الأمر.
- ليس له علاج معروف أو معترف به بشكل عام
- لا يستجيب عمومًا استجابة جيدة للعلاج
- يتطلب أشرف لفترة طويلة أو عناية.
- يتطلب العلاج التسكينى أو العلاج المخفف للألام.
- تؤدي إلى إعاقة دائمة

إذا كان التشخيص الأولي لأي مرض مزمن خلال مدة بوليصة التأمين ولم يتم تغطية الحالة المرضية السابقة قبل الخضوع إلى التأمين / الحالات المزمنة بموجب بوليصة التأمين، فسيتم تغطية النفقات المتكبدة للفحوصات حتى تشخيص المرض فقط لن يتم دفع أي مطالبة أخرى للحماية / مراقبة الحالة.

خ) العلاج في الخارج بخلاف حالات الطوارئ

يشمل نطاق التغطية التأمينية بخلاف حالات الطوارئ العلاج في الخارج (أي عندما يبحث العضو المؤمن عليه عن العلاج خارج بلد الإقامة)، إذا تمت تغطيته وفقاً لجدول بوليصة التأمين وجدول المنافع والعلاجات المتعلقة بالمنافع المشمولة، مع مراعاة ما يلي الظروف:

- الحصول على إذن مسبق قبل طلب الخدمات العلاجية، على النحو المحدد أعلاه سيؤدي عدم الامتثال إلى انخفاض في نهاية المطاف للمطالبة
- تحتفظ شركة التأمين بالحق في أخذ رأي ثان قبل تقديم الموافقة للعلاج.
- تطبيق منفصل للخصم و/ أو الأوراق النقدية، كما هو موضح في جدول المنافع.

- Treatment received outside the Country of residence will not be covered if travel was not pursuant to an advice of the treating Physician or Consultant.
- Unless otherwise stated in the Table of benefits, Treatment received outside the Country of residence shall be paid at the actual cost or Reasonable and customary charges, whichever is less.

h) TRANSPORTATION COST FOR TREATMENT ABROAD

If transport and overseas medical expenses benefit is covered as per the Policy schedule and Table of benefits, the 'inpatient' benefit shall be extended to include transportation costs of the Insured member and a companion (escort) subject to:

- A recommendation and referral by a Secondary care provider. For the companion, only if the Insured member (patient) is unable to walk
- Obtaining Pre-authorization before the date of travel
- Actual amounts up to a maximum limit of AED 5000 per person
- Economy Class Airfare
- Cost of treatment plus the cost of airfare (insured and escort) is more economical than doing the treatment in UAE under the band of designated providers which the member is eligible for and specified in table of benefits.

IV. GENERAL TERMS AND CONDITIONS

a) Policy Period

Unless specified otherwise in schedule of premium, this Policy is an annual contract. Subject to payment by the policy holder of the required Premium, it shall commence from the commencement date and terminate at the Expiry date, specified in the Policy schedule.

Subject to the Policy Terms, Conditions, Exclusions and the Table of Benefits, the Insurer shall indemnify the medical expenses incurred by the member during the Policy Period.

For the purpose of ascertaining whether the medical expenses have been incurred during the Policy Period, it shall be on the following basis:

- a) Cost of Physician's consultation – based on the

- لن يتم تغطية العلاج الذي يتم تلقيه خارج بلد الإقامة إذا لم يكن السفر وفقاً لنصيحة الطبيب المعالج أو الاستشاري.
- ما لم يُنص على خلاف ذلك في جدول المنافع، تُدفع المعاملة التي يتم تلقيها خارج بلد الإقامة بالتكلفة الفعلية أو بتكاليف معقولة وعرفية، أيهما أقل

د) تكلفة النقل لتلقي العلاج في الخارج

إذا شمل جدول بوليصة التأمين وجدول المنافع استحقاقات النقل والمصروفات الطبية الخارجية، فيتم تمديد منفعة "تلقي العلاج داخل المستشفى" لتشمل تكاليف نقل العضو المؤمن عليه ورفيقه (مرافق) وفقاً لما يلي:

- التوصية والإحالة إلى مقدم الرعاية الثانوية، مثالاً لمرافق، فقط إذا كان العضو المؤمن عليه (المريض) غير قادر على المشي.
- الحصول على إذن مسبق قبل تاريخ السفر
- تبلغ المبالغ الفعلية بحد أقصى 5000 درهم للشخص الواحد
- الدرجة السياحية
- تعد تكلفة العلاج بالإضافة إلى تكلفة السفر جواً (المؤمن عليه ورفيقه) أكثر اقتصاداً من القيام بالمعالجة في دولة الإمارات العربية المتحدة تحت نطاق مقدمي الخدمة المعيّنين الذين يكون العضو مؤهلاً ومحددة له في جدول المنافع.

IV. الأحكام والشروط العامة

أ) مدة بوليصة التأمين

ما لم ينص على خلاف ذلك في جدول العلاوة، تعتبر هذه البوليصة عقد سنوي. مع مراعاة دفع حامل البوليصة للقسط المطلوب، ويبدأ من تاريخ البدء وينتهي في تاريخ انتهاء

تعويض شركة التأمين وفقاً لشروط وأحكام بوليصة التأمين والاستثناءات وجدول المنافع المصاريف الطبية التي تكبدها العضو خلال مدة بوليصة التأمين.

لغرض التحقق مما إذا كانت المصروفات الطبية قد تم تكبدها خلال مدة بوليصة التأمين، يتعين أن تقوم على الأساس التالي:

- (أ) تكلفة استشارة الطبيب - بناءً على التاريخ الفعلي لاستشارة الطبيب، إذا كان هذا التاريخ يندرج ضمن مدة بوليصة التأمين.
- (ب) تكلفة خدمات المختبرات والتشخيص والأشعة والعلاج - بناءً على تاريخ الاستفادة / الحصول على خدمات المختبرات والتشخيص والأشعة والعلاج، إذا كان هذا

actual Date of consultation with the physician, if such date falls within the policy period.

b) Cost of Laboratory, Diagnostic, Imaging, Treatment services – based on the Date of availing/obtaining such Laboratory, Diagnostic, Imaging, Treatment services, if such date falls within the policy period.

c) Cost of Pharmacy/Medications – based on equating such costs to a daily dosage consumption/usage basis for the period up to the date of expiry of the policy period or the duration for which the medicines have been purchased/paid for, whichever is earlier (If such equated period falls within the policy period).

d) Cost of Room Rent – based on actual date of stay in the Hospital for a period up to the date of policy expiry or date of deletion or date of discharge, whichever is earlier (If such period falls within the policy period).

e) Surgeons Fees/Anaesthetic Technicians Fees – based on the date of surgery and such date of surgery falls within the policy period.

f) Other Inpatient medical services – based on actual Date of availing/obtaining such services and such date falls within the policy period.

Any expenses incurred after the above referred period or policy period shall be outside the scope of this agreement.

b) Annual Maximum Limits

The liability of insurer is limited in amount to the Overall limits and Sub-limits stated on the Policy schedule and Table of benefits.

c) Eligible Members

The coverage under this Policy will be provided to all Insured members who fulfill the following conditions:

- Any individual with an active UAE visa who have, at their first Join dates, reached the age of not more than sixty-five (65) years. When already enrolled with age not more than 65, following their attainment of age sixty-five (65), the Primary insured shall continue to be covered, subject to satisfactory medical underwriting and terms accepted by the Insurer in writing.
- In case of Insured member aged equal to or more than 60, when specifically requested, the eligibility of enrollment is subject to Medical underwriting, based on Health Declaration duly filled and signed, and any

التاريخ يندرج ضمن مدة بوليصة التأمين.
(ج) تكلفة الصيدلة / الأدوية - استناداً إلى معادلة هذه التكاليف مع أساس استهلاك / استخدام الجرعة اليومية للفترة حتى تاريخ انتهاء فترة البوليصة أو المدة التي تم شراء / دفع الأدوية فيها، أيهما أسبق (إذا كانت هذه الفترة المذكورة تتدرج ضمن مدة بوليصة التأمين).

(د) تكلفة إيجار الغرفة - بناءً على التاريخ الفعلي للبقاء في المستشفى لفترة تصل إلى تاريخ انتهاء البوليصة أو تاريخ الحذف أو تاريخ الخروج من المستشفى، أيهما أقرب (إذا كانت هذه الفترة تتدرج ضمن مدة بوليصة التأمين).

(هـ) رسوم الجراحين / رسوم فنيين التخدير - بناءً على تاريخ الجراحة إذا كان هذا التاريخ يندرج ضمن مدة بوليصة التأمين.

(و) الخدمات الطبية الأخرى للمرضى الذين تتم معالجتهم داخل المستشفى - بناءً على التاريخ الفعلي للاستفادة / الحصول على مثل هذه الخدمات وإذا كان هذا التاريخ يندرج ضمن مدة بوليصة التأمين.

أي نفقات يتم تكبدها بعد مدة بوليصة التأمين المشار إليها أو مدة بوليصة التأمين المذكورة أعلاه تكون خارج نطاق هذه الاتفاقية.

ب) الحد الأقصى السنوي

تقتصر مسؤولية شركة التأمين على الحدود العامة والحدود الفرعية الواردة في جدول بوليصة التأمين وجدول المنافع.

ت) الأعضاء المؤهلين

سيتم توفير التغطية التأمينية بموجب بوليصة التأمين هذه لجميع الأعضاء المؤمن عليهم الذين يستوفون الشروط التالية:

- أي شخص يحمل التأشيرة سارية المفعول لدولة الإمارات العربية المتحدة والذين بلغوا ، في تواريخ انضمامهم الأول السن ولكن ليس أكثر من خمسة وستين (65) سنة. عند تقديمه للبوليصة بالفعل بعمر لا يزيد عن 65 عاماً، وبعد بلوغه سن الخامسة والستين (65)، يظل المؤمن عليه الأساسي تحت التغطية التأمينية، مع مراعاة التأمين الطبي المرضي والشروط التي توافق عليها شركة التأمين كتابياً
- في حالة المؤمن الذي يبلغ عمره 60 عاماً أو أكثر، عند الطلب على وجه التحديد، تخضع أهلية القيد للتأمين الطبي بناءً على إعلان الصحة الذي تم ملؤه وتوقيعه حسب الأصول، وأي معلومات مناسبة أخرى تطلبها شركة التأمين.

other appropriate information called for by the Insurer.

Any dependant policy shall not be allowed to be deleted unless there is proof that the member is no longer eligible for cover due to the change in residency status or death.

d) Cost of Medical Expenses

The liability of insurer with respect to the cost of Eligible medical expenses hereunder claimed is limited to the actual cost or the Reasonable and customary charges, whichever is less. Insurer shall be the sole arbiter of what constitutes "Reasonable and customary charges". Insured members in doubt shall submit to insurer a quotation for the cost of Treatment and seek Pre-authorization before the Treatment is undertaken.

Reasonable and customary charges mean charges determined based on agreed prices of providers in the Insured Member's respective network in the UAE.

The reimbursement claim settled amount will be in the opinion of the Insurer a Reasonable & Customary charge for the Treatment provided, less Coinsurance at Non-designated provider (if applicable) as a deduction after the application of any deductible and/ or coinsurance as per the Table of Benefits, applicable for the Insured member.

For Example, let us assume a member holding Membership card of network, 'A', wherein a Designated Provider, 'X' shall be considered as benchmark provider for agreed tariff rates for computing the Reasonable and Customary charges. If an Insured member avails service at a Non-Designated Provider, 'Y', where the treatment cost is AED 1000/-, whereas, the agreed price of same service at Provider 'X' is AED 800/-, and if the applicable co-insurance as per Table of benefits is 20%, and the applicable deductible as per Table of Benefits is say AED 10, then the Reasonable and Customary charges shall be arrived at as below:

Reasonable and Customary charges after deductible and benefit Coinsurance
= AED 800 - 10 - (800*20%)
= AED 800 - 10 - 160
= AED 630

Taking into consideration, the further co-insurance of 20%, if applicable for Non-designated providers, as per the Table of Benefits, the reimbursement settlement shall be arrived at, as per the calculation below.

Payable amount on reimbursement

لا يُسمح بحذف أي بوليصة معال ما لم يكن هناك دليل على أن العضو لم يعد مؤهلاً للتغطية بسبب التغيير في حالة الإقامة أو الوفاة.

ث) تكلفة النفقات الطبية

تقتصر مسؤولية شركة التأمين فيما يتعلق بتكلفة النفقات الطبية المستوفاة للشروط الواردة أدناه على التكلفة الفعلية أو الرسوم المعقولة والمعهودة، أيهما أقل. وتُعد شركة التأمين هي الحكم الوحيد لما يشكل "رسومًا معقولة وعرفية". يجب على الأعضاء المؤمن عليهم أن يقدموا إلى شركة التأمين عرض أسعار لتكلفة العلاج ويطلبوا إذنًا مسبقًا قبل البدء في إجراءات العلاج.

تعني الرسوم المعقولة والمعهودة: الرسوم المحددة بناءً على الأسعار المتفق عليها لمقدمي الخدمات في شبكة العضو المؤمن عليه في الإمارات العربية المتحدة.

يصبح مبلغ التعويض الذي تم تسويته لمطالبة السداد من وجهة نظر المؤمن رسومًا معقولة وعرفية مقابل الخدمات العلاجية المقدمة، مخصصًا منها تأمين العملات المعدنية بالنسبة لمقدمي الخدمات غير المحددين (إن وجد) كخصم بعد تطبيق أي مبلغ قابل للخصم و / أو ضمان مقابل العملة وفقًا لجدول المنافع المطبق على العضو المؤمن عليه.

على سبيل المثال ، لنفترض أن العضو الذي يحمل بطاقة عضوية الشبكة يُرمز له بـ "أ"، و "مقدم خدمات معتمد"، يرمز له بـ "س" وتعتبر مقدمًا مرجعيًا لمعدلات التعريفات المتفق عليها لحساب الرسوم المعقولة والمعهودة. وإذا استفاد العضو المؤمن عليه من الخدمة لدى مقدم خدمات غير محدد "ص"، حيث تبلغ تكلفة العلاج 1000 درهم - ، في حين أن السعر المتفق عليه لنفس الخدمة مع مقدم الخدمات "س" هو 800 درهم - وإذا بلغت نسبة التأمين المشترك المطبق وفقًا لجدول المنافع 20%، وبلغت قيمة الخصم المطبق وفقًا لجدول المنافع 10 دراهم إماراتية، فسيتم الوصول إلى الرسوم المعقولة والمعهودة على النحو التالي:

رسوم معقولة ومعهودة بعد الخصم والاستفادة من ضمان النقود المعدنية

$$800 - 10 - (800 * 20\%) =$$

$$800 - 10 - 160 =$$

$$630 \text{ درهم}$$

مع الأخذ في الاعتبار نسبة التأمين المشترك الإضافي البالغ 20% إذا كان ذلك ينطبق على مقدمي الخدمات غير المعيّنين، وفقًا لجدول المنافع، وسيتم التوصل إلى تسوية السداد وفقًا للحساب أدناه.

المبلغ المستحق عند السداد

$$= \text{رسوم معقولة ومعهودة} - \text{سداد التأمين المشترك}$$

$$630 \text{ درهم} - (630 * 20\%) =$$

$$630 - 126 =$$

$$504 \text{ درهم}$$

= Reasonable and Customary charges –
Reimbursement co-insurance
= AED 630 – (630*20%)
= AED 630 – 126
= AED 504

In case of the insured prefers to take the treatment at Provider 'Y', he /she shall be liable for excess charges other than the reasonable and customary charges and the insurer shall not be liable for anything above the said reasonable and customary charges, less any applicable Deductible and/or Coinsurance, as specified in the Policy schedule, Table of benefits and Membership cards.

The insured shall have the option to select his preferred clinic for treatment. However, the maximum refund shall be limited as per the above calculation.

e) Territorial Limits

This Policy shall apply to Eligible medical expenses incurred within the Territorial limit specified in the Policy schedule and Table of benefits. In respect of eligible medical expenses incurred outside the Sultanate of UAE but within the territorial limit during a travel for not more than forty-five days (45) in a single journey will alone be eligible under this policy and the same shall equally apply to emergency treatment outside the territorial limit during the business trip or on a holiday. Noncompliance of this condition in totality shall end in denial of the eligible medical expense in totality.

V. CLAIMS ADMINISTRATION

a) Notice of Claim

In case of claim on reimbursement basis, preliminary notice of claim is to be made within 7 days with particulars relating to policy number, name of insured, member ID number, nature of illness / injury, and name and address of the hospital and attending doctor from the date of hospitalisation or consultation/ treatment.

The fully completed Reimbursement Claim form along with other supporting documents within a maximum of Thirty (30) calendar days from the Treatment date /Date of discharge,
Supporting documents shall include the following:

- Original prescription
- Original detailed and dated receipt
- Pre-authorization form, if applicable

في حالة ما إذا كان المؤمن عليه يفضل تلقي العلاج لدى الموفر "ص"، فسيتحمل المسؤولية عن الرسوم الزائدة غير الرسوم المعقولة والمعهودة ولن تتحمل شركة التأمين أي مسؤولية عن أي شيء أعلى من الرسوم المعقولة والمعهودة المذكورة بصدد هذه البوليصات وخمسمائة أي خصومات و/ أو عملات معدنية قابلة للتطبيق، كما هو محدد في جدول بوليصة التأمين وجدول المنافع وبطاقات العضوية.

يحق للمؤمن عليه اختيار عيادته المفضلة للعلاج. ومع ذلك، يتعين عليه تحديد الحد الأقصى لاسترداد الأموال وفقاً للحساب أعلاه.

ج) الحدود الإقليمية

تطبق هذه السياسة على النفقات الطبية المستوفاة للشروط التي يتم تكبدها ضمن الحدود الإقليمية المحددة في جدول بوليصة التأمين وجدول المنافع. فيما يتعلق بالمصروفات الطبية المستوفاة للشروط التي يتم تكبدها خارج دولة الإمارات العربية المتحدة ولكن ضمن الحدود الإقليمية أثناء السفر لمدة لا تزيد عن خمسة وأربعين يوماً (45) في رحلة واحدة، وستعتبر هذه الرحلة مستوفاة للشروط بموجب بوليصة التأمين هذه، وينطبق نفس الشيء على علاج الطوارئ خارج الحدود الإقليمية خلال رحلة العمل أو خلال العطلة. وينتهي عدم الامتثال لهذه الحالة في عند رفض إجمالي المصاريف الطبية المستوفاة للشروط.

V. إدارة المطالبات

أ- إخطار بالمطالبة

أ) في حالة المطالبة على أساس السداد، يجب تقديم إخطار أولي للمطالبة في غضون 7 أيام من تاريخ الاستشفاء أو الاستشارة / العلاج مع التفاصيل المتعلقة برقم البوليصة واسم المؤمن عليه ورقم هوية العضو وطبيعة المرض / الإصابة واسم وعنوان المستشفى و الطبيب المعالج

نموذج مطالبة كاملة السداد مع المستندات الداعمة الأخرى في غضون ثلاثين (30) يوماً كحد أقصى من تاريخ تلقي العلاج/ تاريخ المغادرة من المستشفى،

وتشمل الوثائق الداعمة ما يلي:

- وصفة الطبيب الأصلية
- أصل إيصال مفصل ومؤرخ
- نموذج التفويض المسبق، إن أمكن
- تقرير الخروج من المستشفى، إن أمكن
- تقارير طبية وتشخيصية كاملة ومفصلة

- Discharge Summary, if applicable
- Full and detailed medical and diagnostic reports
- Any other medical information that may be deemed necessary by us

All documents in relation to the claim shall be in English or Arabic language. In respect of documents in language other than in English or Arabic, it shall be the responsibility of the claimant to provide a translated document in English or Arabic to the insurer, and shall also ensure that the translated document is complete and accurate.

b) Settlement of Claims

Direct Billing

Insurer, through its TPA, has an arrangement that allows for direct submission of Claims by the designated providers. The insurer, through its TPA, reserves the right to include, exclude, upgrade or downgrade any designated provider to/from a particular Band of Hospital/clinics/pharmacy/labs as may applicable to the insured under this policy and specified in the table of benefit and membership cards. Insured members shall use the facilities of the designated providers, by presenting their Membership cards to the Providers at the time of their visits. If an Insured member pays for the Treatment at a designated provider, insurer, through its TPA, will only reimburse the insured the agreed/negotiated charges between the TPA, and the designated provider, less any applicable Deductible, as specified in the Policy schedule, Table of benefits and Membership cards. Services and tariffs for eligible expenses not agreed with a particular medical provider (if any) shall be on reimbursement basis at reasonable and customary charges of the applicable band of designated provider for the insured member.

Reimbursement

If an Insured member receives Treatment at a Provider other than his Designated providers, Insurer, through its TPA, will reimburse the insured the cost of Eligible medical expenses within thirty (30) working days, provided completed Claim form along with any other document to support the Claim, as specified in the notice of claim mentioned above are submitted to the insurer, within a period of Thirty (30) days from the Treatment date. The amount paid will be the Reasonable and Customary charges for the medically necessary treatments, less any applicable Deductible and/or Coinsurance, as specified in the Policy schedule, Table of benefits

- أي معلومات طبية أخرى قد نعتبرها ضرورية تُكتب جميع المستندات المتعلقة بالمطالبة باللغة الإنجليزية أو العربية. فيما يتعلق بالوثائق المكتوبة بلغة غير اللغة الإنجليزية أو العربية، توقع على عاتق الشاكي مسؤولية تقديم مستند مترجم باللغة الإنجليزية أو العربية إلى شركة التأمين، كما يجب التأكد من أن المستند المترجم كامل ودقيق.

ب- تسوية المطالبات

الفواتير المباشرة

تمتلك شركة التأمين، من خلال مسئول الطرف الثالث خاصتها، تنظيم يسمح بتقديم المطالبات مباشرة من مقدمي الخدمات المعينين، تحتفظ شركة التأمين، من خلال مسئول الطرف الثالث خاصتها، بالحق في تضمين أو استبعاد أو ترقية أو تقليل رتبة أي مقدم خدمة معين خاص بنطاق معين من المستشفيات / العيادات / الصيدلية / المختبرات وفقاً لما قد ينطبق على المؤمن عليه بموجب بوليصة التأمين هذه والمحددة في جدول المنافع وبطاقات العضوية، يستخدم الأعضاء المؤمن عليهم تسهيلات مقدمي الخدمة المعينين، وذلك بتقديم بطاقات العضوية الخاصة بهم إلى مقدمي الخدمة وقت زيارتهم. إذا دفع عضو مؤمن عليه للعلاج لدى مقدم خدمات معين، فسُتسدد شركة التأمين، من خلال مسئول الطرف الثالث خاصتها، فقط رسوم المؤمن عليه المتفق عليها / المتفاوض عليها بين مسئول الطرف الثالث والمقدم المعين، ناقصاً أي خصم قابل للتطبيق، كما هو محدد في جدول بوليصة التأمين وجدول المنافع وبطاقات العضوية. تقوم الخدمات والتعريفات الخاصة بالمصروفات المستوفاة للشروط غير المتفق عليها مع مقدم الخدمات الطبية المعين (إن وجد) على أساس الاسترداد بتكاليف معقولة ومعهودة من النطاق المطبق من مقدم الخدمات المعين للعضو المؤمن عليه.

المبالغ المستردة

إذا تلقى عضو مؤمن عليه العلاج عند مقدمات خدمات غير مقدم الخدمات المعين خاصته، فسترد شركة التأمين، من خلال مسئول الطرف الثالث خاصتها، إلى المؤمن عليه تكلفة المصاريف الطبية المستوفاة للشروط خلال ثلاثين (30) يوم عمل، بشرط إكمال نموذج المطالبة مع أي مستند آخر لدعم يتم تقديم المطالبة، كما هو محدد في إشعار المطالبة المذكور أعلاه المقدم إلى شركة التأمين خلال فترة ثلاثين (30) يوماً من تاريخ تلقي العلاج. وسُيُعد المبلغ المدفوع هو الرسوم المعقولة والمعهودة للعلاجات اللازمة طبياً، مخصوماً منها أي خصم و / أو ضمان ساري المفعول، كما هو محدد في جدول بوليصة التأمين وجدول المنافع وبطاقات العضوية. سيتم سداد الدفعة

and Membership cards. The Payment against the reimbursement claim as mentioned above, would be payable either through cheque or Bank transfer in the name of the claimant or the Primary Insured or the Policy Holder, as mutually agreed at the time of inception of the policy. No changes to the mode of payment or the beneficiary would be entertained mid-way during the course of the policy.

c) Claim payment by way of bank transfer:

At the request of Insured member, if agreed mutually between the Insurer and TPA, reimbursement claim settlements shall be made in electronic fund transfer mode and is subject to premium dues settled up to date. In the case of Electronic Fund Transfer of reimbursement claims effected by the insurer based on the banking information provided by the Insured member/policy holder, then the insurer shall be deemed to have acted properly and to have fully performed and discharged from all obligations owed to the insured member. The insurer shall not be liable to any loss sustained by the insured member/policy holder due to incorrect banking information provided by the insured member. Also, the Insurer shall have the right to recover any of loss sustained/incurred due to incorrect banking information provided by the insured member/policy holder and the insured member/policy holder agree to indemnify the same. The onus of updating any change in the banking information to the insurer shall rest with the Insured member/policy holder. The charges as applicable towards the claim payment by way of Bank transfer, would be borne by the Insured member.

d) Claim Denials:

Insurers, through its TPA, have the right to decline or return submitted Claims, under the following conditions:

- Submitting incomplete Claim form
- Attaching photocopies of receipts, prescriptions, diagnostic services or others
- Treating Physician's signature and seal is not on the Claim form
- Tests, drugs and Treatments not prescribed by Physicians
- Diagnosis and Treatment are not medically relevant. Any decision of what constitutes diagnosis and treatment not medically relevant rests with insurer, through its TPA, and any such decision shall be final
- Tests or Treatments for which Pre-

مقابل مطالبة المبالغ المستردة على النحو المذكور أعلاه، إما عن طريق شيك أو تحويل مصرفي باسم الشاكي أو المؤمن عليه الأساسي أو حامل البوليصة، على النحو المتفق عليه بشكل متبادل في وقت بدء البوليصة. لن يتم إجراء أي تغييرات على طريقة الدفع أو سيتم استضافة المستفيد في منتصف مدة بوليصة التأمين.

ت- المطالبة بالسداد عن طريق التحويل المصرفي

بناءً على طلب العضو المؤمن عليه، إذا تم الاتفاق على ذلك بين شركة التأمين ومسئول الطرف الثالث، تتم تسوية مطالبات السداد عن طريق التحويل الإلكتروني للأموال وتخضع لرسوم التأمين التي يتم تسديدها باستمرار. في حالة التحويل الإلكتروني لأموال التعويض التي تنفذها شركة التأمين بناءً على المعلومات المصرفية التي يقدمها العضو المؤمن عليه / حامل بوليصة التأمين، وتعتبر شركة التأمين تصرفت بشكل صحيح وأنها نفذت مهامها بالكامل ويتم اعفائها من جميع الالتزامات المستحقة للعضو المؤمن. ولن تتحمل شركة التأمين المسؤولية عن أي خسارة يتكبدها العضو المؤمن عليه / حامل بوليصة التأمين بسبب المعلومات المصرفية غير الصحيحة التي يقدمها العضو المؤمن عليه. وأيضاً، يحق لشركة التأمين استرداد أي من الخسائر المتكبدة / المستحقة بسبب المعلومات المصرفية غير الصحيحة التي قدمها العضو المؤمن عليه / حامل بوليصة التأمين ويوافق العضو المؤمن عليه / حامل بوليصة التأمين على تعويض ذلك. يقع عبء تحديث أي تغيير في المعلومات المصرفية لصالح شركة التأمين على عاتق العضو المؤمن عليه / حامل بوليصة التأمين، ويتحمل العضو المؤمن عليه الرسوم التي تنطبق على المطالبة بالسداد عن طريق التحويل المصرفي.

ث- رفض المطالبة

يحق لشركات التأمين، من خلال مسئول الطرف الثالث خاصتها، رفض أو إعادة مطالبات مقدمة وفقاً للشروط التالية:

- تقديم نموذج مطالبة غير مكتمل
- إرفاق صور ضوئية من الإيصالات والوصفات الطبية والخدمات التشخيصية أو غيرها.
- عدم وجود توقيع الطبيب المعالج وختمه في نموذج المطالبة.
- الفحوصات والأدوية والعلاجات التي لم يصفها الأطباء.
- يعتبر التشخيص والعلاج ليست ذات صلة طبياً. وأي قرار بشأن ما إذا كان التشخيص والعلاج يعتبر غير ذي صلة طبياً أو لا يقع على عاتق شركة التأمين أو من خلال مسئول الطرف الثالث خاصتها، وأي قرار من هذا القبيل سيُعد نهائياً.
- الاختبارات أو العلاجات التي تتطلب التفويض المسبق

authorization is required in accordance with the terms and conditions of this Policy, but for which the Pre-authorization has not been obtained

- Services received are within the General exclusions of the Policy
- Tests, drugs and Treatments not medically necessary for the conditions presented. Any decision of what constitutes diagnosis and treatment not medically relevant rests with insurer, through its TPA, and any such decision shall be final
- Expenses in excess of the Reasonable and customary charges
- Claims are submitted after Thirty (30) days from the date of Treatment
- Expenses exceeding Annual maximum limits
- Treatments after the Policy has expired
- Treatment was before the Insured member's Join date or before the Effective date of the Policy.
- The insurer reserves the right to call for adequate medical and other related documents as may be deemed necessary for the claim lodged. The insurers reserves the right to seek any second opinion on to the medical condition on the insured before granting any approval for treatment or accepting the claim liability.

e) Appeals on Claim Denials

Settlement of eligible Claims shall be considered final unless objections along with supporting justifications are received in writing along with relevant reports and facts within a maximum of one (1) month from the date of receiving the payment. Insurer, through its TPA, reserve the right to deny any objections received after the said period. Insurer, through its TPA, will review the justifications received and payments for any approved Claims will be made within thirty (30) days from the date the justifications were received and found acceptable.

f) Pre-authorization

Pre-authorization is required before the Insured member undergoes any Treatment for the services mentioned as per the annexure I of this policy. Pre-Approval must be taken prior to the procedures, or treatment, taking place. The Insurer, through its TPA, shall authorize such treatment as falls within the scope of the Policy. In respect of long-term medications, insurers, through its TPA, reserve the right to approve the duration of medication on a periodic renewal basis. Arrangements have been

وفقاً لأحكام وشروط بوليصة التأمين هذه، ولكن لم يتم الحصول على التفويض المسبق.

- الخدمات الواردة ضمن الاستثناءات العامة لبوليصة التأمين.
- الفحوصات والأدوية والعلاجات التي لا تعتبر ضرورية طبياً للحالة المقدمة، وأي قرار بشأن ما إذا كان التشخيص والعلاج يعتبر غير ذي صلة طبياً أو لا يقع على عاتق شركة التأمين أو من خلال مسئول الطرف الثالث خاصتها، وأي قرار من هذا القبيل سيُعد نهائياً.
- النفقات الزائدة عن الرسوم المعقولة والمعهود.
- تُقدم المطالبات بعد ثلاثين (30) يوماً من تاريخ تلقي العلاج
- النفقات التي تتجاوز الحدود السنوية القصوى
- إذا كان تلقي العلاج بعد انتهاء مدة صلاحية بوليصة التأمين.
- إذا كان تلقي العلاج قبل تاريخ انضمام العضو المؤمن عليه أو قبل تاريخ سريان بوليصة التأمين.
- تحتفظ شركات التأمين بالحق في طلب ما يكفي من المستندات الطبية وغيرها من المستندات ذات الصلة التي قد تعتبر ضرورية للمطالبة المقدمة. تحتفظ شركات التأمين بالحق في التماس أي رأي ثان بشأن الحالة الطبية للمؤمن عليه قبل منح أي موافقة على العلاج أو قبول مسؤولية المطالبة.

ج- الاستئناف على رفض المطالبة

تُعتبر تسوية المطالبات المؤهلة نهائياً ما لم يتم تلقي الاعتراضات مع المبررات الداعمة كتابةً جنباً إلى جنب مع التقارير والوقائع ذات الصلة في غضون شهر واحد كحد أقصى من تاريخ استلام الدفعة، وتحتفظ شركة التأمين، من خلال مسئول الطرف الثالث خاصتها، بالحق في رفض أي اعتراضات تُرسل بعد هذه الفترة. وستطلع شركة التأمين، من خلال مسئول الطرف الثالث خاصتها، على التبريرات المستلمة وسيتم سداد مدفوعات أي مطالبات معتمدة خلال ثلاثين (30) يوماً من تاريخ استلام المبررات عندما يتبين أنها مقبولة.

ح- التفويض المسبق

يُطلب تفويض مسبق قبل خضوع العضو المؤمن عليه لأي علاج للخدمات المذكورة وفقاً للملحق الأول لهذه البوليصة. يتعين إصدار الموافقة المسبقة قبل الإجراءات أو العلاج سيتم تداولها، وتُصرح شركة التأمين، من خلال مسئول الطرف الثالث خاصتها، بهذا العلاج التي يدخل في نطاق بوليصة التأمين. فيما يتعلق بالأدوية طويلة الأجل، تحتفظ شركات التأمين، من خلال مسئول الطرف الثالث خاصتها، بحقها في الموافقة على مدة العلاج على أساس التجديد الدوري، يتم اتخاذ الإجراءات مع مقدمي الخدمات المعيّنين لتسهيل الحصول على التفويض

made with the designated providers to facilitate pre-authorization but where treatment is sought outside the designated provider's network; it is incumbent on the Insured to obtain pre-authorization and to follow required procedures so as to ensure that the claim is reimbursed in accordance with the Policy.

For members who are eligible for a particular band of designated providers in the network, the referral for further treatment by any such designated provider shall be restricted to other designated providers within the same band. In such cases, the settlement of claim shall be restricted to the reasonable and customary charges of that applicable band of designated providers as illustrated under cost of medical expenses. In the absence of any facility sought from any of the applicable band of designated providers, then, insured members shall have the option to choose a designated/non designated provider available within the territorial limit as may applicable to that insured member and specified in the table of benefits, subject to consensus from the insurer.

Emergency treatment does not require any preauthorization. However, for Emergency Treatments, an Insured member must notify Insurance Company within forty-eight (48) hours of his admission or prior to his discharge, whichever is earlier. Insurer, through its TPA, reserve the right to deny the request for Pre-authorization of the Emergency Treatment, beyond the said forty-eight (48) hours period, if such notice is not provided.

Pre-authorization is valid for a maximum period of fourteen (14) days from the date of issue. The Insured member shall obtain a new Pre-authorization, if he does not utilize it within the said fourteen (14) days period. The Pre-authorization shall expire automatically on the Insured member's deletion date or with the termination of the Policy.

Pre-authorization does not guarantee either payment or the number of Claims. Eligibility for and payment of Claims are subject to review of detailed medical reports, investigation results, diagnostic results, discharge summary, Medically necessary treatment and all the terms, conditions, provisions and exclusions of the policy.

VI. GENERAL EXCLUSIONS

The items procedures and medical conditions listed below and their related or consequential expenses are excluded from the coverage provided under this policy unless specifically stated to be included in the table of benefits or endorsement(s) to this policy:

المسبق ولكن عندما يتم البحث عن العلاج خارج شبكة مقدم الخدمات المعين؛ فيتعين على المؤمن عليه الحصول على تفويض مسبق واتباع الإجراءات المطلوبة لضمان سداد المطالبة وفقاً لبوليصة التأمين.

بالنسبة للأعضاء المؤهلين لنطاق معين من مقدمي الخدمة المعيّنين في الشبكة، تقتصر الإحالة للحصول على مزيد من العلاج عن طريق أي مقدم خدمة معين على مقدمي الخدمة المعيّنين الآخرين ضمن النطاق نفسه. في مثل هذه الحالات، تقتصر تسوية المطالبات على الرسوم المعقولة والمعتمدة لتلك المجموعة السارية من مقدمي الخدمة المعيّنين كما هو موضح في تكلفة النفقات الطبية. في حالة عدم وجود أي منشأة مطلوبة من أي من النطاقات المطبقة من مقدمي الخدمات المعيّنين، عندئذٍ، يكون للأعضاء المؤمن عليهم خيار اختيار مزود معين / غير محدد متاح ضمن الحدود الإقليمية كما ينطبق على ذلك العضو المؤمن عليه والمحدد في جدول المنافع، رهنا بتوافق الآراء من شركة التأمين.

لا يتطلب العلاج في حالات الطوارئ أي إذن مسبق، ومع ذلك، في حالة علاج حالات الطوارئ، يخطر العضو المؤمن عليه شركة التأمين في غضون ثمانية وأربعين (48) ساعة من تاريخ دخوله المستشفى أو قبل خروجه منها، أيهما أسبق. وتحتفظ شركة التأمين، من خلال مسئول الطرف الثالث خاصتها، بالحق في رفض طلب التفويض المسبق للعلاج في حالات الطوارئ، إذا قدم هذا الإخطار بعد فترة الثماني والأربعين (48) ساعة المذكورة بصدد هذه البوليصة.

يسري التفويض المسبق لمدة أقصاها أربعة عشر (14) يوماً من تاريخ الإصدار، ويحصل العضو المؤمن عليه على تفويض مسبق جديد، إذا لم يستخدمه خلال فترة الأربعة عشر (14) يوماً المذكورة بصدد هذه البوليصة، وتنتهي صلاحية التفويض المسبق تلقائياً في تاريخ حذف للعضو المؤمن عليه أو مع انتهاء مدة صلاحية البوليصة.

لا يضمن التفويض المسبق الدفع أو مبلغ المطالبات. وتخضع الأحقية للمطالبات ودفعها لمراجعة التقارير الطبية التفصيلية ونتائج الفحوصات ونتائج التشخيص وتقرير الخروج من المستشفى والعلاج اللازم طبياً وجميع أحكام وشروط واستثناءات بوليصة التأمين.

VI. الاستثناءات العامة

تُستبعد إجراءات الأحكام والشروط الطبية الواردة أدها والمصروفات ذات الصلة أو التبعية من التغطية التأمينية المنصوص عليها في هذه البوليصة ما لم يُنص على ذلك على وجه التحديد في جدول المنافع أو الموافقة الرسمية على هذه البوليصة:

| Excluded (non-basic) healthcare services | خدمات الرعاية الصحية المستبعدة (غير الأساسية) |
|---|--|
| 1. Healthcare Services which are not medically necessary | 1. خدمات الرعاية الصحية التي لا تعتبر ضرورية طبيًا |
| 2. All expenses relating to dental treatment, dental prostheses, and orthodontic treatments. | 2. جميع النفقات المتعلقة بعلاج الأسنان والأسنان البديلة والعلاجات التقويمية. |
| 3. Domiciliary care; private nursing care; care for the sake of travelling . | 3. الرعاية المنزلية ؛ رعاية تريض خاصة رعاية من أجل السفر.. |
| 4. Custodial care including (1) Non-medical treatment services; (2) Health-related services which do not seek to improve or which do not result in a change in the medical condition of the patient. | 4. الرعاية الوصائية بما في ذلك 1. خدمات العلاج غير الطبي؛ 2. الخدمات المرتبطة بالصحة والتي لا تسعى للتحسين أو التي لا تؤدي إلى تغيير في الحالة الطبية للمريض. |
| 5. Services that do not require continuous administration by specialized medical personnel. | 5. الخدمات التي لا تحتاج إلى توجيه مستمر من طاقم طبي متخصص. |
| 6. Personal comfort and convenience items (television, barber or beauty service, guest service and similar incidental services and supplies). | 6. وسائل الراحة الشخصية والترفيه (التلفزيون والحلاق أو خدمات التجميل وخدمة الضيف والخدمات واللوازم العرضية المماثلة). |
| 7. All cosmetic healthcare services and services associated with replacement of an existing breast implant. Cosmetic operations which are related to an Injury, sickness or congenital anomaly when the primary purpose is to improve physiological functioning of the involved part of the body and breast reconstruction following a mastectomy for cancer are covered. | 7. جميع خدمات الرعاية الصحية التجميلية والخدمات المرتبطة باستبدال الثدي الموجودة زراعة أخرى. وتشمل البوليصة تكاليف العمليات التجميلية المرتبطة بالإصابة أو المرض أو الشذوذ الخلقي عندما يكون الغرض الأساسي هو تحسين الأداء الفسيولوجي للجزء المعني من الجسم وإعادة بناء الثدي بعد استئصاله لإصابته بالسرطان. |
| 8. Surgical and non-surgical treatment for obesity (including morbid obesity), and any other weight control programs, services, or supplies. | 8. العلاج الجراحي وغير الجراحي للسمنة (بما في ذلك السمنة المرضية) وأي برامج أو خدمات أو أي لوازم أخرى لمراقبة الوزن. |
| 9. Medical services utilized for the sake of research, medically non-approved experiments, investigations, and pharmacological weight reduction regimens. | 9. الخدمات الطبية المستخدمة من أجل البحث والتجارب غير المعتمدة طبيًا والفحوصات وأنظمة إنقاص الوزن الدوائي. |
| 10. Healthcare Services that are not performed by Authorized Healthcare Service Providers. | 10. خدمات الرعاية الصحية التي لا يوفرها مقدمو خدمات الرعاية الصحية المعتمدون. |
| 11. Healthcare services and associated expenses for the treatment of alopecia, baldness, hair falling, dandruff or wigs. | 11. خدمات الرعاية الصحية والنفقات المرتبطة بها لعلاج الثعلبية والصلع وتساقط الشعر وقشرة الرأس أو الشعر المستعار. |
| 12. Health services and supplies for smoking cessation programs and the treatment of nicotine addiction. | 12. الخدمات الصحية واللوازم لبرامج الإقلاع عن التدخين وعلاج إدمان النيكوتين. |
| 13. Treatment and services for contraception | 13. الخدمات العلاجية الخاصة بمنع الحمل. |
| 14. Treatment and services for sex transformation, sterilization or intended to correct a state of sterility or infertility or sexual dysfunction. Sterilization is allowed only if medically indicated and if allowed under the Law. | 14. العلاج والخدمات الصحية الخاصة بالتحويل الجنسي أو التعقيم أو المقصود لتصحيح حالة العقم أو عدم الخصوبة أو العجز الجنسي. لا يُسمح بالتعقيم إلا إذا أُشير إليه طبيًا وإذا كان مسموحًا به بموجب القانون. |
| 15. External prosthetic devices and medical equipment. | 15. الأجهزة التعويضية الخارجية والمعدات الطبية. |
| 16. Treatments and services arising as a result of professional sports activities, including but not limited to, any form of aerial flight, any kind of | 16. العلاجات والخدمات الناشئة عن الأنشطة الرياضية الاحترافية، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، أي شكل من أشكال الطيران الجوي أو أي نوع من سباقات |

| | |
|---|---|
| power-vehicle race, water sports, horse riding activities, mountaineering activities, violent sports such as judo, boxing, and wrestling, bungee jumping and any other professional sports activities. | السيارات والرياضات المائية وأنشطة ركوب الخيل وأنشطة تسلق الجبال والرياضات العنيفة مثل الجودو والملاكمة والمصارعة القفز بالحبال وأية أنشطة رياضية مهنية أخرى. |
| 17. Growth hormone therapy. | 17. علاج هرمون النمو . |
| 18. Costs associated with hearing tests, prosthetic devices or hearing and vision aids. | 18. التكاليف المرتبطة باختبارات السمع أو الأجهزة التعويضية أو أدوات السمع والبصر. |
| 19. Mental Health diseases, both outpatient and in-patient treatments, unless it is an emergency condition. | 19. أمراض الصحة العقلية، سواء العيادات الخارجية أو العلاج داخل المستشفى، ما لم تكن حالة طارئة. |
| 20. Patient treatment supplies (including for example: elastic stockings, ace bandages, gauze, syringes, diabetic test strips, and like products; non-prescription drugs and treatments,) excluding supplies required as a result of Healthcare Services rendered during a Medical Emergency. | 20. لوازم علاج المرضى (بما في ذلك على سبيل المثال: جوارب مرنة والضمادات المرنة والشاش والمحاقن وشرائط اختبار السكري والمنتجات المماثلة والأدوية والعلاجات غير الموصوفة)، باستثناء اللوازم المطلوبة نتيجة لخدمات الرعاية الصحية المقدمة أثناء حالة الطوارئ الطبية. |
| 21. Allergy testing and desensitization (except testing for allergy towards medications and supplies used in treatment); any physical, psychiatric or psychological examinations or investigations during these examinations. | 21. اختبار الحساسية وإزالة التحسس (باستثناء اختبار الحساسية تجاه الأدوية والمستلزمات المستخدمة في العلاج) وأي فحوصات أو اختبارات جسدية أو نفسية أو سيكولوجية خلال هذه الاختبارات. |
| 22. Services rendered by any medical provider who is a relative of the patient for example the Insured person himself or first-degree relatives. | 22. الخدمات التي يقدمها أي مقدم خدمات طبي قريب للمريض على سبيل المثال الشخص المؤمن عليه أو أقارب الدرجة الأولى. |
| 23. Enteral feedings (via a tube) and other nutritional and electrolyte supplements, unless medically necessary during in-patient treatment. | 23. التغذية المعوية (عن طريق أنبوب) وغيرها من المكملات الغذائية والكهارل، ما لم تكن ضرورية طبيًا أثناء علاج المريض داخل المستشفى. |
| 24. Healthcare services for adjustment of spinal subluxation, diagnosis and treatment by manipulation of the skeletal structure, by any means, expect treatment of fractures and dislocations of the extremities . | 24. خدمات الرعاية الصحية لتعديل خلع العمود الفقري والتشخيص والعلاج عن طريق التلاعب في الهيكل العظمي، بأي حال من الأحوال، نتوقع علاج الكسور والخلع في الأطراف. |
| 25. Healthcare services and treatments by acupuncture; acupressure, hypnotism, massage therapy, aromatherapy, ozone therapy, homeopathic treatments, and all forms of treatment by alternative medicine. | 25. خدمات الرعاية الصحية والعلاج بالوخز بالإبر والعلاج بالابر والتنويم المغناطيسي والعلاج بالتدليك والعلاج بالروائح والعلاج بالأوزون والعلاجات المثلية وجميع أشكال العلاج المستخدمة في الطب البديل. |
| 26. All healthcare services & treatments for in-vitro fertilization (IVF), embryo transfer; ovum and sperms transfer. | 26. جميع خدمات الرعاية الصحية والعلاجات للأطفال الأنابيب ونقل الأجنة؛ نقل البويضة والحيوانات المنوية. |
| 27. Elective diagnostic services and medical treatment for correction of vision. | 27. خدمات التشخيص الاختيارية والعلاج الطبي لتصحيح الرؤية. |
| 28. Nasal septum deviation and nasal concha resection. | 28. انحراف الحاجز الأنفي واستئصال المحارة الأنفية. |
| 29. All chronic conditions requiring hemodialysis or peritoneal dialysis, and related investigations, | 29. جميع الحالات المزمنة التي تتطلب غسيل الكلى أو غسيل الكلى البريتوني والفحوصات ذات الصلة أو العلاجات أو الإجراءات. |
| | 30. خدمات الرعاية الصحية والفحوصات والعلاجات المتعلقة بالتهاب الكبد الفيروسي والمضاعفات المرتبطة به، باستثناء العلاج والخدمات المتعلقة بالتهاب الكبد |

| | |
|---|---|
| <p>treatments or procedures.</p> <p>30. Healthcare services, investigations and treatments related to viral hepatitis and associated complications, except for the treatment and services related to Hepatitis A and C.</p> <p>31. Any services related to birth defects, congenital diseases and deformities unless if left untreated will develop into an emergency.</p> <p>32. Healthcare services for senile dementia and Alzheimer's disease.</p> <p>33. Air or terrestrial medical evacuation and unauthorized transportation services.</p> <p>34. Inpatient treatment received without prior approval from the insurance company including cases of medical emergency that were not notified within 24 hours from the date of admission where possible.</p> <p>35. Any inpatient treatment, investigations or other procedures, which can be carried out on outpatient basis without jeopardizing the Insured Person's health.</p> <p>36. Any investigations or health services conducted for non-medical purposes such as investigations related to employment, travel, licensing or insurance purposes.</p> <p>37. All supplies which are not considered as medical treatments including but not limited to: mouthwash, toothpaste, lozenges, antiseptics, , food supplements, skin care products, shampoos and multivitamins (unless prescribed as replacement therapy for known vitamin deficiency conditions); and all equipment not primarily intended to improve a medical condition or injury, including but not limited to: air conditioners or air purifying systems, arch supports, exercise equipment and sanitary supplies.</p> <p>38. More than one consultation or follow up with a medical specialist in a single day unless referred by the treating physician.</p> <p>39. Health services and associated expenses for organ and tissue transplants, irrespective of whether the Insured Person is a donor or a recipient. This exclusion also applies to follow-up treatments and complications unless if left untreated will develop into an emergency.</p> | <p>الفيروسي أو ج.</p> <p>31. أي خدمات متعلقة بالعيوب الخلقية والأمراض الخلقية والتشوهات فقط في حالة عند تركها دون علاج ستتطور إلى حالة طوارئ.</p> <p>32. خدمات الرعاية الصحية لمرض الخرف الشخوي ومرضى الزهايمر.</p> <p>33. الإخلاء الطبي الجوي أو الأرضي وخدمات النقل غير المصرح بها.</p> <p>34. تلقى المرضى الذين تتم معالجتهم داخل المستشفى علاج دون موافقة مسبقة من شركة التأمين بما في ذلك حالات الطوارئ الطبية التي لم يتم إخطارها في غضون 24 ساعة من تاريخ دخول المستشفى حيثما أمكن ذلك.</p> <p>35. أي علاج للمرضى الذين تتم معالجتهم داخل المستشفى أو فحوصات أو إجراءات أخرى، يمكن إجراؤها على أساس العيادات الخارجية دون تعريض صحة المؤمن عليه للخطر.</p> <p>36. أي فحوصات أو خدمات صحية تتم لأغراض غير طبية مثل الفحوصات المتعلقة بالتوظيف أو السفر أو الترخيص أو التأمين.</p> <p>37. جميع المستلزمات التي لا تُعتبر علاجات طبية بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر: غسول الفم ومعجون الأسنان وأقراص الاستحلاب والمطهرات والمكملات الغذائية ومنتجات العناية بالبشرة والشامبو والفيتامينات المتعددة (ما لم يتم وصفه كعلاج بديل لظروف نقص الفيتامينات المعروفة)؛ وجميع اللوازم التي لا تهدف في المقام الأول إلى تحسين الحالة أو الإصابة الطبية، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر: مكيفات الهواء أو أنظمة تنقية الهواء ودعامات القوس ومعدات التمارين الرياضية واللوازم الصحية.</p> <p>38. أكثر من استشارة أو متابعة مع أخصائي طبي في يوم واحد ما لم يقوم الطبيب المعالج بإحالتها.</p> <p>39. الخدمات الصحية والنفقات المرتبطة بها لزرع الأعضاء والأنسجة، بغض النظر عما إذا كان الشخص المؤمن عليه متبرعاً أم متلقيًا. ينطبق هذا الاستبعاد أيضاً على علاجات المتابعة والمضاعفات ما لم تتطور إلى حالة طوارئ إذا تُركت دون علاج.</p> <p>40. أي مصاريف متعلقة بالعلاج المناعي أو إزالة التحسس ما</p> |
|---|---|

| | |
|--|--|
| <p>40. Any expenses related to immunomodulators and immunotherapy unless medically necessary.</p> <p>41. Any expenses related to the treatment of sleep related disorders.</p> <p>42. Services and educational programs for people of determination, this also includes disability types such as but not limited to mental, intellectual, developmental, physical and/or psychological disabilities. Applicable for AUH compliant plans only</p> <p>43. Any investigations, tests or procedures carried out with the intention of ruling out any foetal anomaly. (Non-medically necessary Amniocentesis).</p> <p>44. Circumcision healthcare services.</p> <p>45. Hospital Record Charges, Special Nursing Charges, Transport Charges, incidental and miscellaneous Expenses, Telephone Charges, Attendant Charges, Charges paid for arrangement of Medical tourism and other Non-Medical Expenses.</p> <p>.Healthcare services outside the scope of health insurance</p> <p>1. Injuries or illnesses suffered by the Insured Person as a result of military operations of whatever type.</p> <p>2. Injuries or illnesses suffered by the Insured Person as a result of wars or acts of terror of whatever type.</p> <p>3. Healthcare services for injuries and accidents arising from nuclear or chemical contamination.</p> <p>4. Injuries resulting from natural disasters, including but not limited to: earthquakes, tornados and any other type of natural disaster.</p> <p>5. Injuries resulting from criminal acts or resisting authority by the Insured Person.</p> <p>6. Injuries resulting from a road traffic accident.</p> <p>7. Healthcare services for work related illnesses and injuries as per Federal Law No. 8 of 1980 concerning the Regulation of Work Relations, its amendments, and applicable laws in this respect.</p> <p>8. All cases resulting from the use of alcoholic drinks, controlled substances and drugs and hallucinating substances.</p> <p>9. Any investigation or treatment not prescribed by a doctor.</p> <p>10. Injuries resulting from attempted suicide or self-</p> | <p>لم تكن ضرورية من الناحية الطبية.</p> <p>41. أي مصاريف متعلقة بمعالجة اضطرابات النوم.</p> <p>42. الخدمات والبرامج التعليمية للأشخاص ذوي الإرادة، ويشمل ذلك أيضًا أنواع الإعاقة مثل، على سبيل المثال لا الحصر، الإعاقات العقلية أو الذهنية أو التنموية أو البدنية أو النفسية.</p> <p>ينطبق على الخطط المتوافقة مع ابوظبي فقط</p> <p>43. أي تحقيقات أو اختبارات أو إجراءات يتم إجراؤها بغرض استبعاد أي شذوذ في الجنين. (بزل السلى غير اللازم طبيا).</p> <p>44. ختان خدمات الرعاية الصحية.</p> <p>45. رسوم سجل المستشفى، ورسوم التمريض الخاصة، ورسوم النقل، والنفقات العرضية والمتنوعة، ورسوم الهاتف، ورسوم المصاحبة، والرسوم المدفوعة لترتيب السياحة العلاجية وغيرها من النفقات غير الطبية.</p> <p>خدمات الرعاية الصحية خارج نطاق التأمين الصحي</p> <p>1. الإصابات أو الأمراض التي يعاني منها المؤمن عليه نتيجة للعمليات العسكرية من أي نوع.</p> <p>2. الإصابات أو الأمراض التي يعاني منها المؤمن عليه نتيجة الحروب أو الأعمال الإرهابية من أي نوع.</p> <p>3. خدمات الرعاية الصحية للإصابات والحوادث الناشئة عن التلوث النووي أو الكيميائي.</p> <p>4. الإصابات الناتجة عن الكوارث الطبيعية، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر: الزلازل والأعاصير وأي نوع آخر من الكوارث الطبيعية.</p> <p>5. الإصابات الناتجة عن قيام الشخص المؤمن عليه بالأفعال الإجرامية أو مقاومة السلطة.</p> <p>6. الإصابات الناتجة عن حادث مروري.</p> <p>7. خدمات الرعاية الصحية للأمراض والإصابات المرتبطة بالعمل بموجب القانون الاتحادي رقم 8 لعام 1980 بشأن تنظيم علاقات العمل وتعديلاته والقوانين المعمول بها في هذا الصدد.</p> <p>8. جميع الحالات الناتجة عن استخدام المشروبات الكحولية والمواد الخاضعة للرقابة والأدوية والمواد التي تؤدي إلى الهلوسة.</p> <p>9. أي فحص أو علاج لم يوصفه الطبيب.</p> <p>10. الإصابات الناتجة عن محاولة الانتحار أو الإصابات الذاتية.</p> <p>11. خدمات التشخيص والعلاج لمضاعفات الأمراض المستتة.</p> <p>12. جميع خدمات الرعاية الصحية للأوبئة/ الجائحة المعترف بها دولياً و/ أو محلياً.</p> <p>13. خدمات الرعاية الصحية للمرضى الذين يعانون من (والمتعلقة بتشخيص وعلاج) فيروس نقص المناعة البشرية - الإيدز ومضاعفاته وجميع أنواع التهاب الكبد الوبائي باستثناء فيروس التهاب الكبد الوبائي أ و ج.</p> |
|--|--|

| | |
|---|---|
| <p>inflicted injuries.</p> <p>11. Diagnosis and treatment services for complications of exempted illnesses.</p> <p>12. All healthcare services for internationally and/or locally recognized epidemics / Pandemics</p> <p>13. Healthcare services for patients suffering from (and related to the diagnosis and treatment of) HIV – AIDS and its complications and all types of hepatitis except virus A and C hepatitis.</p> <p>Applicable for AUH compliant plans only</p> <p>14. Venereal sexually transmitted diseases. A list with respect thereto will be set out by the General Authority of Health Services.</p> <p>VII. GENERAL LIMITATIONS OF THE POLICY</p> <p>a) Premium</p> <p>The premium stated in the policy schedule is due and payable to the insurers on or before the inception date of the policy. The Insured shall make the payment directly to the Insurer, with cheque in favour of “National Life & General Insurance Company SAOG” or Bank Transfer to the designated Bank account of the Insurer. Any agreement to make the payment by installment shall not affect any rights the insurers have to such premium. The insurers shall have the right to withhold payment of claims or the insured access to treatment, should the premium not be paid by the due date. The Insurer shall have the right to adjust/set off any claim payments to be reimbursed against outstanding premium dues (if any) from the Insured under this policy or any other policies issued by the Insurer against the same Insured.</p> <p>The insured shall not offset against the premium due to any amount owed by or claimed from the insurers under this or any other agreement. The premium stated in policy schedule is based on the normal cost of medicine/procedures. Any abnormal cost of new or existing medicines/procedures is subject to mutual agreement between the insurer and the insured. Payment of the premium is the responsibility of the insured. If the premiums are not paid the insurers have the right to cancel the policy.</p> <p>b) Changes in premium and other charges</p> <p>In addition to paying the premiums, the insurer also have to pay the amount of any insurance taxes prevailing and any new taxes, levies or charges that may be imposed after the commencement of the</p> | <p>ينطبق على الخطط المتوافقة مع ابوظبي فقط</p> <p>14. الأمراض التناسلية المنقولة جنسياً. ستقوم الهيئة العامة للخدمات الصحية بوضع قائمة بهذا الصدد.</p> <p>VII. القيود العامة لهذه البوليصة</p> <p>(أ) الأقساط</p> <p>يُعد القسط المذكور في جدول بوليصة التأمين مستحق ويدفع لشركات التأمين في أو قبل تاريخ بدء البوليصة، ويدفع المؤمن عليه مباشرة إلى شركة التأمين، مع شيك لصالح "الشركة الوطنية للتأمين على الحياة والتأمين العام (ش.م.ع.ع)" أو عن طريق "التحويل المصرفي" إلى الحساب المصرفي المحدد الخاص بشركة التأمين. ولا تؤثر أي اتفاقية على السداد بالأقساط على أي حقوق لشركات التأمين في مثل هذه الأقساط، ويحق لشركات التأمين حجب دفع المطالبات أو حصول المؤمن عليه على العلاج في حالة عدم دفع قسط التأمين في الموعد المحدد. ويحقلشركة التأمين ضبط / تسوية أي مدفوعات مطالبة يتم سدادها مقابل هذه المستحقات (إن وجدت) من المؤمن عليه بموجب هذه البوليصة أو أي بوليصة أخرى صادرة عن شركة التأمين ضد المؤمن عليه.</p> <p>لا يجوز تعويض المؤمن له عن الأقساط المستحقة لأي مبلغ مستحق على شركات التأمين أو يطالب بها بموجب هذه البوليصة أو أي اتفاقية أخرى. يستند القسط المذكور في جدول بوليصة التأمين إلى التكلفة العادية للخدمات الطبية / الإجراءات، وتخضع أي تكلفة غير طبيعية للخدمات الطبية / الإجراءات الجديدة أو الحالية لاتفاق متبادل بين شركة التأمين والمؤمن عليه. ويتحمل المؤمن عليه دفع أقساط التأمين، وإذا لم يتم دفع الأقساط، فيحق لشركات التأمين إلغاء البوليصة.</p> <p>(ب) التغييرات في الأقساط والرسوم الأخرى</p> <p>بالإضافة إلى دفع الأقساط، يتعين على شركة التأمين أيضاً دفع أي ضرائب تأمين سائدة وأي ضرائب تأمين جديدة أو نفقات أو رسوم قد يتم فرضها بعد بدء بوليصة التأمين التي تطلبها شركة</p> |
|---|---|

policy that the insurer is required by law to pay or collect from the insured.

If the Insurer makes any changes to insured premiums or to the amount, the Insured have to pay in respect of the taxes, levies or charges, the Insurer will write to tell insured about the changes. If insured does not accept any changes the insurer make, the Insured can end the cover by giving 30 days of written notice.

c) Cancellation of Policy

- By the Insured

No Refund is due for deletion and cancellation.

Upon the Cancellation or non-renewal of this Policy, all ID Cards shall immediately be returned to the Administrator at the Insured Person's expense and the Insured Person and each Insured Person agrees to hold and keep harmless the Insurer and the Administrator against any and all costs, expenses, liabilities and claims (whether justified or not) arising in respect of the actual or alleged use or misuse of such ID Cards prior to their effective date of cancellation.

- By the Insurer

The Policy will automatically terminate upon non-payment of Premium on the Due date, although the insurer may at their discretion reinstate the Policy if the Premium is paid within thirty (30) days of its Due date.

If any of the Insured members makes false or fraudulent Claims or acts fraudulently or withhold material information or in purposeful breaches of the terms and conditions of the Policy, then insurer has the right to terminate the Policy or delete the Insured member, with immediate effect and forfeit all the benefits and Premiums without prejudice to other rights.

Insurer shall terminate the policy, if any non-disclosure or wrong disclosure of material facts by the insured or working with any other party to give false information which may influence the insurance company when deciding

- Whether the insurance cover can be provided
- Premium required for the cover
- Whether the claim is payable

The insured shall indemnify the insurer for any losses suffered due to such non-disclosure or wrong

التأمين من المؤمن عليها بموجب القانون ويتم دفعها أو تحصيلها من المؤمن عليه.

إذا أجرت شركة التأمين أي تغييرات على أقساط التأمين أو المبلغ، فيتعين على المؤمن عليه أن يدفع الضرائب أو النفقات أو الرسوم، وستقوم شركة التأمين بإرسال إخطار إلى المؤمن عليه لإخباره بالتغييرات، إذا لم يقبل المؤمن عليه أي تغييرات تجريها شركة التأمين، فيمكن للمؤمن عليه إنهاء التغطية التأمينية بإرسال إخطار كتابي لمدة 30 يومًا.

ت) إلغاء البوليصة

- من المؤمن عليه:

والإلغاء لـ لحذف مسد تحقق ردي وجد لا

فور إلغاء هذه البوليصة أو عدم تجديدها، يجب إعادة كافة بطاقات التعريف فوراً إلى الإداري على نفقة المؤمن عليه، ويوافق المؤمن عليه وكل شخص مؤمن عليه على عدم إلحاق الأضرار بشركة التأمين والإداري وتعويضهما عن أية تكاليف ومصروفات ومسؤوليات ودعاوى (سواء مبررة أم غير مبررة) ناجمة عن أي استخدام أو سوء استخدام فعلي أو مزعوم لبطاقات التعريف قبل تاريخ سريان الإلغاء.

- من شركة التأمين

سيتم إنهاء بوليصة التأمين تلقائيًا عند عدم دفع قسط التأمين في تاريخ الاستحقاق، على الرغم من أن شركة التأمين يجوز لها حسب تقديرها إعادة تشغيل بوليصة التأمين إذا تم دفع قسط التأمين خلال ثلاثين (30) يومًا من تاريخ استحقاقه.

إذا قدم أي من الأعضاء المؤمن عليهم مطالبات كاذبة أو احتيالية أو تصرف بطريقة احتيالية أو حجب المعلومات المادية أو في خرق شروط وأحكام بوليصة عن عمد، فيحق لشركة التأمين إنهاء البوليصة أو حذف العضو المؤمن عليه على الفور ويفقد جميع المنافع والأقساط دون المساس بالحقوق الأخرى.

تنتهي شركة التأمين بوليصة التأمين في حالة عدم الإفصاح أو الإفصاح الخاطئ عن الحقائق المادية من المؤمن عليه أو العمل مع أي طرف آخر لتزويده بمعلومات كاذبة قد تؤثر على شركة التأمين عند اتخاذ قرار.

- ما إذا كان يمكن توفير التغطية التأمينية
- قسط المطلوبة للتغطية التأمينية
- ما إذا كانت المطالبة مستحقة الدفع

disclosure, false or fraudulent claim or act of fraudulent. The Insurer right to terminate the policy or delete the member shall include to terminate the policy or delete the member since inception and any loss suffered or expenses incurred (including administrative and other related expenses) shall be indemnified by the insured member/policy holder

In case of circumstances other than those mentioned above, the Insurer may terminate the Policy at any time, by giving thirty (30) days' notice in writing of their intention of terminating the Policy, subject to proportionate refund of the Premiums for the remaining period until the Expiry date, for all Insured members who have not registered with us any Claims. No refund will be payable for Insured members who have registered Claims.

d) Recovery

Policy holder is liable for all expenses paid by the company to the designated providers or to the insured under the following conditions but not limited to

- Payments made in excess of the individual's benefit limits/sub limits.
- For excluded treatments
- For claims made by the members who are not eligible for cover
- For claims made by the members during any period when the premiums are in arrears
- In respect of the fraudulent use of membership cards.

e) Subrogation

The insurers have full rights of subrogation and may take legal proceedings in the insured's name, but at the insurers expenses, to recover for the insurers benefit the amount of any payment made under the policy.

F) Legal Jurisdiction

This Policy shall be governed by and construed in accordance with the laws of United Arab Emirates (UAE).

g) Arbitration

Any difference in respect of medical opinion in connection with the results of an accident or medical condition will be settled between two medical experts appointed by the two parties to the dispute in writing. Any difference of opinion between the two medical experts shall be referred to any umpire who shall have been appointed in writing at the outset by the medical experts.

يُعوّض المؤمن عليه شركة التأمين عن أي خسائر تكبدتها بسبب عدم الإفصاح أو الإفصاح الخاطئ أو المطالبة الخاطئة أو الاحتمالية أو فعل الاحتيال، ويشمل حق شركة التأمين إنهاء بوليصة التأمين أو حذف العضو، ويعوّض المؤمن عليه/ حامل الوثيقة شركة التأمين أيضًا عن الخسائر منذ بدء وسريان البوليصة وأي خسائر تكبدتها (بما في ذلك المصاريف الإدارية وغيرها من المصاريف ذات الصلة).

في حالة وجود ظروف أخرى غير تلك المذكورة أعلاه، يجوز لشركة التأمين إنهاء السياسة في أي وقت، وذلك بإرسال إخطار كتابي قبل ثلاثين (30) يومًا بنيتها إنهاء بوليصة التأمين، مع مراعاة استرداد الأقساط بشكل متناسب للفترة المتبقية حتى تاريخ انتهاء الصلاحية، لجميع الأعضاء المؤمن عليهم الذين لم يسجلوا معنا أي مطالبات. ولن يتم استرداد أي مبالغ للأعضاء المؤمن عليهم الذين سجلوا مطالبات.

ث) إعادة تشغيل البوليصة

يتحمل حامل البوليصة مسؤولية جميع المصاريف التي تدفعها الشركة لمقدمي الخدمات المعيّنين أو المؤمن عليهم وفقًا للشروط التالية على سبيل المثال لا الحصر

- الدفعات التي تتجاوز حدود استحقاقات الفرد / الحدود الفرعية.
- للعلاجات المستثناة
- بالنسبة للمطالبات المقدمة من الأعضاء غير المؤهلين للتغطية التأمينية.
- بالنسبة للمطالبات المقدمة من الأعضاء خلال أي فترة يُعد دفع الأقساط متأخرًا.
- فيما يتعلق بالاستخدام الاحتمالي لبطاقات العضوية.

ج) الإحلال في المطالبة

تتمتع شركات التأمين بالحقوق الكاملة للإخضاع ويمكنها اتخاذ الإجراءات القانونية باسم المؤمن عليه، ولكن على نفقة شركات التأمين لاسترداد مبالغ منافع التأمين يستفيد خاصة بأي مدفوعات يتم دفعها بموجب هذه البوليصة.

ح) الاختصاص القضائي

تخضع بوليصة التأمين وتُفسر وفقًا لقوانين دولة الإمارات العربية المتحدة.

خ) التحكيم

سيتم تسوية أي اختلاف في الرأي الطبي فيما يتعلق بنتيجة الحادث أو الحالة الطبية بين خبيرين طبيين يعينهما طرفا النزاع كتابةً. وتُحال أي اختلاف في الرأي بين الخبيرين الطبيين إلى أي حاكم يعينه الخبراء الطبيين كتابيًا في البداية.

h) Currency

All payments made by either party shall be made in UAE Dirhams. Amounts paid or received by insurer in other currency shall be converted to UAE Dirhams at the prevailing market rate of exchange at the date such transaction is entered on the insurer's books.

i) Enforcement

Insurer (National Life & General Insurance Company) and the insured (Policy holder) are the only parties to this Policy. Other Insured members will have no right to enforce this Policy or any part of it.

j) Authority to obtain Medical Records / Other Claim Papers

By subscribing/enrolling in to this policy, the Insured and the insured person hereby agree to and authorizes the disclosure, to the Insurer or any other person nominated by the Insurer, to all other information and documentation in respect of the claim and / or the Insurer's liability. The insurer agree that they will preserve the confidentiality of the documents collected.

k) Insurer's Liability

The Insurer's Liability in respect of all claims admitted during the period of Insurance shall not exceed the Individual Sum Insured for the Insured person as mentioned in the Policy. The Insurer shall not be held responsible for any outcome of the medical treatment under the policy.

l) Legislative Changes

All benefits payable under the Policy including the premiums are subject to prevailing laws and other enactments made from time to time and any statutory levies as may be applicable will be charged as per the prevailing rates & regulations and will be recovered completely and directly from the Insured member. The Insured member also agrees to co-operate and comply fully for all legislative changes, which may apply or impact the Scope of coverage, terms and conditions and administration of this Insurance policy.

m) Other insurance or liability

The insurers will provide compensation on a proportionate basis if the insured is entitled to indemnity from any other health insurance policy in respect of the same claim.

n) Clerical Error of invoicing

The Insured member confirms that all the information (including member information) submitted to NLGIC in respect of enrolment/renewal of Eligible Persons under the policy are complete, true and correct. The eligible

د) العملة

تُعد العملة المستخدمة في جميع المدفوعات التي يقوم بها أي من الطرفين هي الدرهم الإماراتي، ويتم تحويل المبالغ المدفوعة أو المستلمة من شركة التأمين بعملة أخرى إلى الدرهم الإماراتي بسعر الصرف السائد في السوق في تاريخ إبرام هذه المعاملة في دفاتر شركة التأمين.

ذ) السريان

تُعد شركة التأمين (الشركة الوطنية للتأمين على الحياة والعام ش.م.ع.ع.) والمؤمن عليه (حامل بوليصة التأمين) هما الطرفان الوحيدان في هذه البوليصة. ولن يحق للأعضاء المؤمن عليهم الآخرين تطبيق هذه البوليصة أو أي جزء منها.

ر) سلطة الحصول على السجلات الطبية / أوراق المطالبة الأخرى

من خلال الاشتراك / التسجيل في هذه البوليصة، يوافق المؤمن عليه والشخص المؤمن بموجبها على الإفصاح لشركة التأمين أو أي شخص آخر ترشحه شركة التأمين بجميع المعلومات والوثائق الأخرى المتعلقة بالمطالبة و / أو التزامات شركة التأمين. وتوافق شركة التأمين على أنها ستحافظ على سرية المستندات التي تم جمعها.

ز) التزامات شركة التأمين

لا تتجاوز التزامات شركة التأمين فيما يتعلق بجميع المطالبات المقبولة خلال فترة التأمين، مبلغ التأمين الفردي للشخص المؤمن عليه كما هو مذكور في بوليصة التأمين. ولن تتحمل شركة التأمين المسؤولية عن أي نتيجة للعلاج الطبي بموجب بوليصة التأمين.

س) التغييرات القضائية

تخضع جميع المنافع المستحقة بموجب بوليصة التأمين بما في ذلك الأقساط للقوانين السائدة والتشريعات الأخرى التي يتم إجراؤها من وقت لآخر وأي رسوم قانونية قد تكون قابلة للتطبيق سيتم فرضها وفقاً للأسعار واللوائح السائدة وسيتم استردادها بالكامل وبشكل مباشر من العضو المؤمن عليه. يوافق العضو المؤمن عليه أيضاً على التعاون والامتثال التام لجميع التغييرات القضائية، والتي قد تنطبق أو تؤثر على نطاق التغطية التأمينية والشروط والأحكام وإدارة بوليصة التأمين هذه.

ش) التأمينات أو الالتزامات الأخرى

ستقدم شركات التأمين التعويض على أساس تناسبي إذا كان يحق للمؤمن عليه التعويض عن أي بوليصة تأمين صحي أخرى فيما يتعلق بنفس المطالبة.

ص) خطأ كتابي من الفواتير

يؤكد العضو المؤمن عليه أن جميع المعلومات (بما في ذلك معلومات الأعضاء) المقدمة إلى الشركة الوطنية للتأمين على الحياة والعام ش.م.ع.ع. فيما يتعلق بتسجيل / تجديد الأشخاص

members shall be enrolled under the policy in accordance to the Health Insurance law of the UAE. NLGIC's invoice will be corrected for clerical errors provided, such errors are reported to NLGIC within 15 days of issue of invoice/policy effective date (whichever comes earlier). For example - errors in date of birth, gender, commencement of coverage has an impact on premium and the difference amount shall either be collected from or credited to the account of the Insured.

o) Renewal of the Policy

The premiums are annually reviewable. All application for renewal of policy must be received by us before the end of the policy period. The company will give notice in writing about the change of revised premium terms, conditions and exclusion applicable to renewal policy year for the insured member. In case the Insured does not wish to pay the revised premium, then the policy shall be lapsed. In case of renewal of the policy in mutual agreement between the Insurer the Insured, the Insured must ensure that such renewal is effective on the day immediately after the Expiry Date of this Policy to secure that the Eligible Person under this policy obtain continuous coverage for Health Services.

p) Policy Language

The Policy is executed in English and Arabic language. Any translation of the Policy into a language other than English and Arabic shall exist only for convenience of the parties. However, in case of a disparity between the English and the Arabic version, it is being understood that the English version shall be the controlling document.

المؤهلين بموجب بوليصة التأمين، كاملة وحقيقية وصحيحة، يتم تسجيل الأعضاء المؤهلين بموجب بوليصة التأمين وفقاً لقانون التأمين الصحي في دولة الإمارات العربية المتحدة، وسيتم تصحيح الأخطاء الكتابية لفاتورة الشركة الوطنية للتأمين على الحياة والعام ش.م.ع. المقدمة، ويتم إبلاغ الشركة الوطنية للتأمين على الحياة والعام ش.م.ع. بهذه الأخطاء في غضون 15 يوماً من تاريخ سريان الفاتورة / البوليصة (أيهما أقرب)، على سبيل المثال - تؤثر الأخطاء في تاريخ الميلاد والجنس وبدء التغطية على القسط ويتم جمع مبلغ الاختلاف من حساب المؤمن عليه أو إضافته لحسابه.

ض) تجديد بوليصة التأمين

يتم مراجعة الأقساط سنوياً. يجب أن نتلقى جميع الطلبات لتجديد الوثيقة قبل انتهاء فترة الوثيقة. ستقدم الشركة إخطاراً كتابياً حول تغيير شروط وأحكام قسط التأمين المنقحة والاستثناء المطبق على سنة بوليصة التجديد للعضو المؤمن عليه. في حالة عدم رغبة المؤمن عليه في دفع الأقساط المعدلة، يتم إسقاط الوثيقة.

في حالة تجديد بوليصة التأمين بالاتفاق المتبادل بين شركة التأمين والمؤمن عليه، يتأكد المؤمن عليه التأكد من أن هذا التجديد ساري المفعول في اليوم التالي لتاريخ انتهاء هذه البوليصة مباشرة لضمان حصول الأشخاص المؤهلين بموجب هذه البوليصة على التغطية التأمينية المستمرة للخدمات الصحية.

ط) لغة البوليصة

تُبرم بوليصة التأمين هذه باللغتين العربية والإنجليزية. وتُعد أي ترجمة لبوليصة التأمين إلى لغة أخرى غير الإنجليزية والعربية يجب أن تكون موجودة فقط من أجل راحة الأطراف. ومع ذلك، في حالة وجود تباين بين النسخة الإنجليزية والعربية، من المؤكد أن تسود النسخة الإنجليزية.

VIII. Complaints & Grievance Redressal

The Policy holder or Insured members may raise a complaint or grievance with the Insurer via designated channels as described below. The process that would be followed in resolving the complaints has been depicted in the form of a flow chart in Annexure II.

Mailing Address:

National Life & General Insurance Company SAOG

Location:

Dubai : A803, Tower A, The Opus by Omniyat, Al A`amal Street, Business Bay, Dubai, PO Box: 120728, UAE.

Telephone No. 04 3961331 (113) (during Businesshours – Sun-Thu – 8 am to 5 pm)

Fax No.: 04 3970220

Email: complaints.dxb@nlicgulf.com

WebPage:

<http://www.nlicgulf.com/complaints.html>

Abu Dhabi:

1st floor, Dhafir Tower, Fatima bint Mubrak street, Electra- Njda intersection, P.O. Box:26551, Abu Dhabi, UAE

Telephone: 026445770(401) (during Businesshours – Sun-Thu – 8 am to 5 pm)

Fax No.: 026445778

Email: complaints.auh@nlicgulf.com

WebPage:

<http://www.nlicgulf.com/complaints.html>

Note: In view of complying with Department of Health- Abu Dhabi/ Dubai Health Authority/ Insurance Authority regulations, the policy terms & conditions may be changed as advised by the respective authorities from time to time. Such changes, if any, will be notified to the Insured accordingly.

Set Off Clause:

The Premium stated in the policy schedule is due and payable to the insurer on or before the inception date of the policy. Agreement (if any) to make the payment by installment shall not affect any rights the insurer have to such premium. The insurer shall have the right to withhold payment of claims or the insured access to treatment, should the premium not be paid by the due date. The Insurer shall have the right to adjust/set off any claim payments to be reimbursed against outstanding premium dues (if any) from the Insured under this policy or any other policies issued by the Insurer against the same Insured.

VIII. إعادة النظر في الشكاوى والتظلمات

يجوز لحامل البوليصة أو الأعضاء المؤمن عليهم تقديم شكوى أو تظلم لدى شركة التأمين عبر القنوات المحددة كما هو موضح أدناه، وسيتم توضيح العملية التي ستتبع في حل الشكاوى في شكل مخطط انسيابي في الملحق 2.

عنوان المراسلة:

الشركة الوطنية للتأمين على الحياة والعام ش.م.ع.ع.

الموقع:

دبي: A803 ، برج أ ، ذا أوبوس من أمنيات ، شارع الأعمال ، الخليج التجاري ، دبي ، ص.ب: 120728 ، الإمارات العربية المتحدة.

رقم الهاتف 043961331 (113) (خلال ساعات العمل من الأحد - الخميس - من الساعة 8 صباحاً إلى 5 مساءً)

رقم الفاكس: 04 3970220

البريد الإلكتروني: complaints.dxb@nlicgulf.co

صفحة على الإنترنت:

<http://www.nlicgulf.com/complaints.html>

أبو ظبي:

طابق أول، برج ظافر، شارع فاطمة بنت مبارك، الكتارا- تقاطع نجدة، ص.ب: 26551، أبو ظبي ، الإمارات العربية المتحدة.

رقم الهاتف: 026445770 (401) (خلال ساعات العمل من الأحد إلى الخميس من الساعة 8 صباحاً حتى 5 مساءً)

رقم الفاكس: 026445778

البريد الإلكتروني: m.complaints.auh@nlicgulf.co

صفحة الويب:

<http://www.nlicgulf.com/complaints.htm>

ملاحظة: نظرًا لامتثال للوائح وزارة الصحة - أبوظبي / هيئة الصحة بدبي/ لوائح هيئة التأمين، يمكن تغيير شروط وأحكام السياسة على النحو الذي نصحت به السلطات المعنية من وقت لآخر. سيتم إبلاغ المؤمن عليه بهذه التغييرات ، إن وجدت ، وفقًا لذلك.

بند المقاصة

يعتبر قسط التأمين المذكور في جدول الوثيقة مستحقاً وواجب الدفع لشركة التأمين في أو قبل تاريخ بدء البوليصة. الاتفاق (إن وجد) على الدفع بالتقسيط لا يؤثر على أي حقوق للمؤمن على هذا القسط. يحق لشركة التأمين الامتناع عن دفع المطالبات أو وصول المؤمن له إلى العلاج ، ويجب ألا يتم دفع قسط التأمين بحلول تاريخ الاستحقاق. يحق لشركة التأمين تعديل / مقاصة أي مدفوعات مطالبة يتم سدادها مقابل مستحقات الأقساط المستحقة (إن وجد) من المؤمن عليه بموجب هذه الوثيقة أو أي سياسات أخرى تم إصدارها عن شركة التأمين ضد نفس المؤمن عليه.

Value Added Tax (VAT):

It is hereby declared and agreed that the premiums quoted above are exclusive of VAT (Value Added Tax). If VAT is made applicable on this policy either prospectively or retrospectively from the date of VAT implementation in Oman, the same shall be fully borne by the Insured. The Insurer reserves the right to collect the same as per the applicable VAT laws and regulations.

Termination of Insurance Cover

The Insurance cover under this policy shall automatically cease at the earliest of the following:

- The date insured ceases to be a resident of UAE.
- Policy expiry date is attained, unless renewed
- Date of death of Insured
- Non payment of premium or renewal premium before the current/inforce policy expiry date.
- The claims incurred during the policy year reaches the Annual Maximum Limit specified in the Table of Benefit
- Insured becomes a person of unsound mind.
- Date of cancellation of the policy.

ANNEXURE I

Pre-authorization is required before the Insured member undergoes any of the following medical services:

- Inpatient treatments implying all treatments where the Insured member requires hospitalization for a minimum of one (1) night, for specialized medical attention and care, before, during and after the treatment. Such hospitalization can be for medical management or surgical interventions which cannot be confined within the purview of outpatient / daycare management.
- Daycare management or procedures wherein neither a continuous 24 hours hospitalization is involved nor is within the scope of Outpatient treatment.

ضريبة القيمة المضافة (VAT):

يُصرح ويتفق بموجب هذا على أن الأقساط المذكورة أعلاه لا تشمل ضريبة القيمة المضافة. إذا تم تطبيق ضريبة القيمة المضافة على هذه السياسة إما بشكل استباقي أو بأثر رجعي اعتباراً من تاريخ تطبيق ضريبة القيمة المضافة في سلطنة عمان ، فيجب أن يتحمل المؤمن عليه نفس الضريبة بالكامل. تحتفظ شركة التأمين بالحقوق في تحصيلها وفقاً لقوانين ولوائح ضريبة القيمة المضافة المعمول بها.

إنهاء التغطية التأمينية

يجب أن تتوقف التغطية التأمينية بموجب وثيقته تلقائياً في أقرب وقت مما يلي:

- التاريخ الذي يتوقف فيه المؤمن عليه عن الإقامة في دولة الإمارات العربية المتحدة.
- الوصول إلى تاريخ انتهاء الوثيقة ، ما لم يتم تجديدها
- تاريخ وفاة المؤمن عليه
- عدم دفع قسط أو قسط التجديد قبل تاريخ انتهاء وثيقة التأمين الحالية
- تصل المطالبات تم تكديدها خلال سنة الوثيقة إلى الحد الأقصى السنوي المحدد في جدول المزايا
- يصبح المؤمن عليه شخصاً غير سليم العقل.
- تاريخ إلغاء البوليصة

الملحق 1

التفويض المسبق: يُطلب تفويض مسبق قبل خضوع العضو المؤمن عليه لأي من الخدمات الطبية التالية:

- علاج المرضى داخل المستشفى الذي يشمل جميع العلاجات التي يحتاج فيها العضو المؤمن عليه إلى المستشفى لمدة ليلة واحدة على الأقل للعناية الطبية المتخصصة والرعاية قبل تلقي العلاج وأثناءه وبعده. من المحتمل أن يكون العلاج داخل المستشفى هدفها السيطرة الطبية على الحالة أو التدخلات الجراحية التي لا يمكن حصرها في نطاق إدارة العيادات الخارجية / الرعاية النهارية.
- إدارة الرعاية النهارية أو الإجراءات التي لا يتم فيها العلاج داخل المستشفى الذي يستمر لمدة 24 ساعة ولا تدخل في نطاق علاج العيادات الخارجية.

| | |
|---|---|
| <p>3. All Outpatient Surgical procedures, including but not limited to:</p> <ol style="list-style-type: none"> Incision and drainage POP application Chalazion excision Sebaceous Cyst /Dermoid, Cystexcision <p>4. All medical Imaging studies including but not limited to the following:</p> <ol style="list-style-type: none"> MRI (Magnetic Resonance Imaging) CT (Computerized Tomography) IVP (Intravenous Pyelogram) Mammogram Hysterosalpingogram Bone Densitometry Doppler Studies Barium Studies MCU (Micturating Cysto Urethrogram) <p>Please note that routine X-rays do not require preauthorization.</p> <p>5. All endoscopic procedures including but not limited to:</p> <ol style="list-style-type: none"> Gastrosocopy Colonoscopy Sigmoidoscopy ERCP Cystoscopy <p>6. Cardiac Studies including but not limited to:</p> <ol style="list-style-type: none"> Echocardiogram Stress Echo TMT – Tread Mill Test Holter Monitoring Ambulatory Blood Pressure Monitoring <p>7. Investigations and treatment for Oncology and related diagnostic investigations including but not limited to:</p> <ol style="list-style-type: none"> Fine Needle Aspiration Cytology Surgical biopsy Histopathology Pap Smear <p>8. All pre-procedural serology tests including AIDS and all tests related to viral serology including but not limited to:</p> <ol style="list-style-type: none"> Rubella CMV (Cytomegalovirus)/ Toxoplasma/ Malarial parasite Herpes Viral Hepatitis | <p>3. جميع العمليات الجراحية للعيادات الخارجية، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر:</p> <ol style="list-style-type: none"> الشق والنزح تطبيق حبس بارييس عملية إزالة البردة الكيس الدهني وكيس الجلدية وعملية تليف الكيس الدهني <p>4. جميع دراسات التصوير الطبي بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر:</p> <ol style="list-style-type: none"> التصوير بالرنين المغناطيسي التصوير المقطعي المحوسب تصوير الحويضة الوريدية تصوير الثدي الشعاعي تصوير الرحم بالصبغة قياس كثافة العظام تخطيط صدى القلب الدوبلري حقنة الباريوم تصوير المثانة والإحليل الإفراغي <p>يرجى ملاحظة أن الأشعة السينية الروتينية لا تتطلب موافقة مسبقة.</p> <p>5. جميع العمليات بالمنظار بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر:</p> <ol style="list-style-type: none"> تنظير هضمي علوي تنظير القولون التنظير السيني تصوير البنكرياس والأقنية الصفراوية بالتنظير الباطني بالطريق الراجع تنظير المثانة <p>6. دراسة تخصص طب القلب بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر:</p> <ol style="list-style-type: none"> مخطط صدى القلب اختبار إجهاد القلب ختبار الإجهاد بواسطة جهاز المشي جهاز ضغط القلب الكهربائي مراقبة ضغط الدم الجوال <p>7. الفحوصات والعلاجات الخاصة بالأورام والفحوصات التشخيصية ذات الصلة بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر:</p> <ol style="list-style-type: none"> شفط بإبرة دقيقة خزعة جراحية التشريح المرضي النسيجي مسحة عنق الرحم <p>8. جميع اختبارات الأمصال قبل الإجرائية بما في ذلك الإيدز وجميع الاختبارات المتعلقة بالأمصال الفيروسية بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر:</p> <ol style="list-style-type: none"> الحصبة الألمانية الفيروس المضخم للخلايا/ المقوسة الغوندية/ طفيل الملاريا التهاب الكبد الفيروسي |
|---|---|

| | |
|--|---|
| <p>9. All hormonal tests including but not limited to:</p> <ol style="list-style-type: none"> Thyroid Function Tests Follicle Stimulating Hormone Luteinising Hormone Prolactin Testosterone <p>10. Neurological investigations including but not limited to:</p> <ol style="list-style-type: none"> Electroencephalography Nerve Conduction Studies <p>11. Intra Articular Injections including but not limited to:</p> <ol style="list-style-type: none"> Injection Hyalgan Injection Depomedrol <p>12. All vitamin and mineral estimations including but not limited to:</p> <ol style="list-style-type: none"> Vitamin D Vitamin B 12 Calcium Magnesium <p>13. Physiotherapy.</p> <p>14. Nursing at Home.</p> <p>15. Long term medications for more than 30 days.</p> <p>Note: Treatment for emergency conditions shall not require pre-authorization, but such cases are to be notified to the company within 48 hours of the emergency treatment.</p> <p>While seeking Pre approval complete information relating to the medical conditions, medical history, symptoms, diagnosis, estimated cost, proposed treatment including methodology need to be provided for obtaining the approval. In the absence of the said information, the request shall be treated as mere intimation and does not guarantee either payment or the amount of claims. Eligibility for and payment of claims are subject to review of detailed medical reports, diagnostic results, discharge summary, Medically necessary treatment and all the terms, conditions, provisions and exclusions of the policy.</p> <p>In respect of services listed above if sought or provided as an Outpatient benefit, such services shall be availed by Insured only if the Outpatient benefit is opted and specified as covered under the Table of Benefits.</p> <p>Pre-authorization will also be required for any medical service or for any physician or any medical service whose value is in excess of any threshold value which is mutually agreed with respective designated medical provider.</p> | <p>9. جميع الاختبارات الهرمونية تشمل على سبيل المثال لا الحصر:</p> <ol style="list-style-type: none"> اختبارات وظائف الغدة الدرقية الهرمون المنشط للحوصلة الهرمون المنشط للجسم الأصفر هرمون الحليب هرمون التستوستيرون <p>10. فحوصات أمراض الجهاز العصبي بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر:</p> <ol style="list-style-type: none"> تخطيط أمواج الدماغ دراسات توصيل العصب <p>11. الحقن داخل المفصل بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر:</p> <ol style="list-style-type: none"> حقن هياجان حقن ديبوميدرو <p>12. جميع تقديرات الفيتامينات والمعادن بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر:</p> <ol style="list-style-type: none"> فيتامين د فيتامين ب 12 الكالسيوم المغنيسيوم <p>13. العلاج الطبيعي.</p> <p>14. خدمات التمريض المنزلي.</p> <p>15. الأدوية طويلة الأجل لأكثر من 30 يومًا.</p> <p>ملاحظة: لا يتطلب علاج حالات الطوارئ الحصول على تفويض مسبق، ولكن يجب إبلاغ شركة التأمين بهذه الحالات في غضون 48 ساعة من تلقي العلاج في حالات الطوارئ.</p> <p>أثناء طلب موافقة مسبقة، تُقدم معلومات كاملة تتعلق بالظروف الطبية والسيرة المرضية والأعراض والتشخيص والتكلفة المقدرة والعلاج المقترح بما في ذلك المنهجية المستخدمة للحصول على الموافقة، في حالة عدم وجود المعلومات المذكورة بصدد هذه البوليصة، يتم التعامل مع الطلب على أنه مجرد تلميح ولا يضمن الدفع أو مبلغ المطالبات، وتخضع الأهلية للمطالبات ودفعها لمراجعة التقارير الطبية المفصلة ونتائج التشخيص وتقرير الخروج من المستشفى والعلاج اللازم طبياً وجميع أحكام وشروط واستثناءات بوليصة التأمين.</p> <p>فيما يتعلق بالخدمات المذكورة أعلاه إذا تم طلبها أو تقديمها كمنافع للعيادات الخارجية، فسيستفيد المؤمن عليه فقط من هذه الخدمات في حالة اختيار منافع العيادات الخارجية وتحديدها كما هو موضح في جدول المنافع.</p> <p>ستُطلب التفويض المسبق أيضاً لأي خدمة طبية أو لأي طبيب أو أي خدمة طبية تزيد قيمتها عن قيمة حد العتبة يتم الاتفاق عليها بشكل متبادل مع مقدم الرعاية الطبية المعني.</p> |
|--|---|

ANNEXURE II

Member Enrollment Request Format

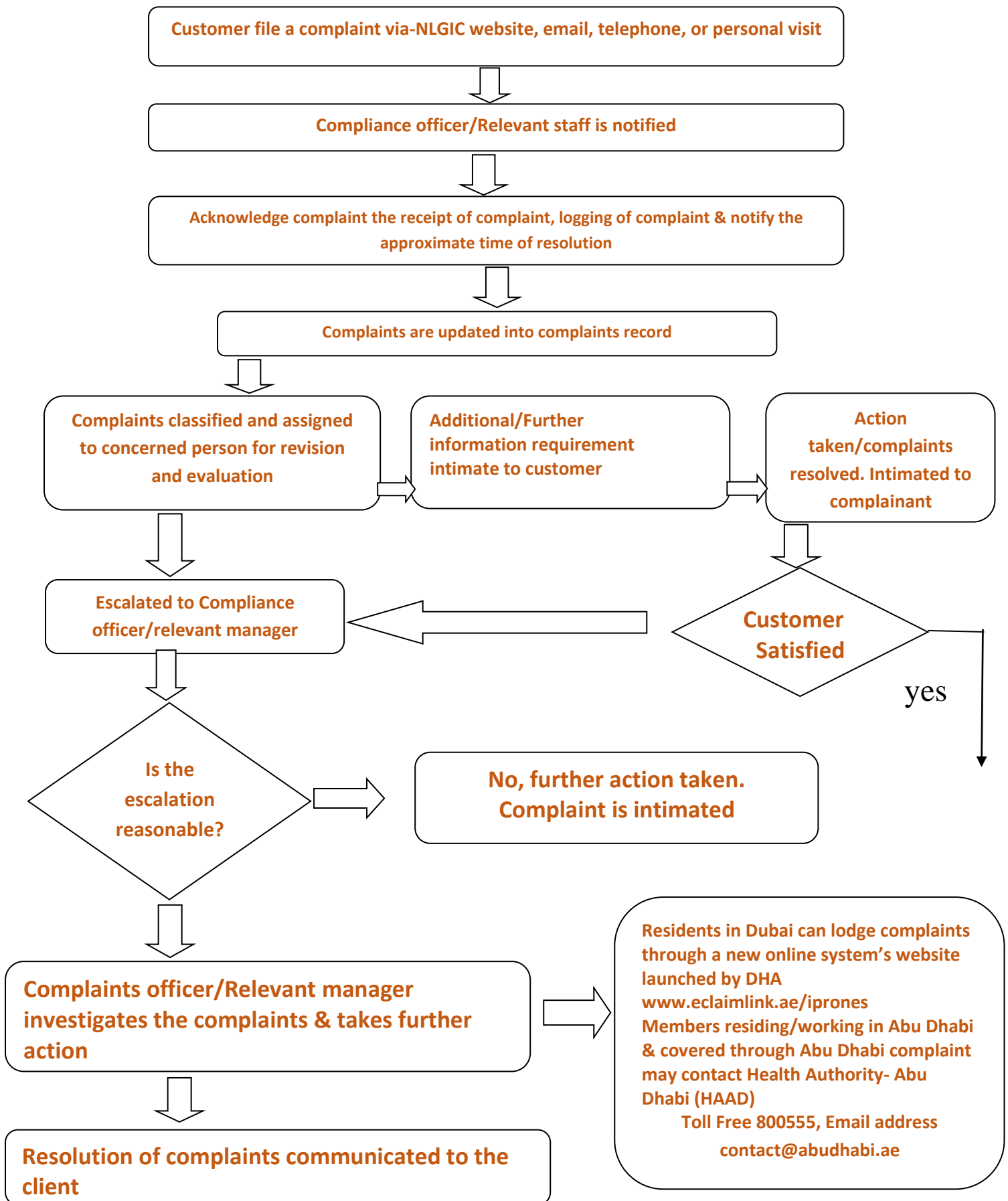
| | | | | | | | | | |
|--------------------|-----------|----------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|-----------------------|----------------------|------------------------|---------------------|
| Policy Name : | | | | | | | | | |
| TPA Name : | | | | | | | | | |
| Policy Number : | | | | | | | | | |
| Endorsement Type : | New | | | | | | | | |
| As per the TL | | | | Card no of the Member | | | | | |
| SR | Staff_No | Sub_Group_Name | Existing_card_number_if | Beneficiary_first_name | Beneficiary_middle_name | Beneficiary_last_name | Principal_first_name | Principal_middle_name | Principal_last_name |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Relation | Relation | DOB | Gender | Category | TPA_NETWORK | Nationality | Policy_Start_Date | Add_Del_Effective_Date | Marital_Status |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Salary | Emirates | Emirates_ID_Application_No | UID_Number | Emirates_issuing_visa | Residential_Location | Work_Location | Passport_No | Monthly_Premium | Contact_No |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Email_ID | Entity_Ty | Entity_ID | Visa_File_No | Birth_Certificate_ID | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

ملحق 2

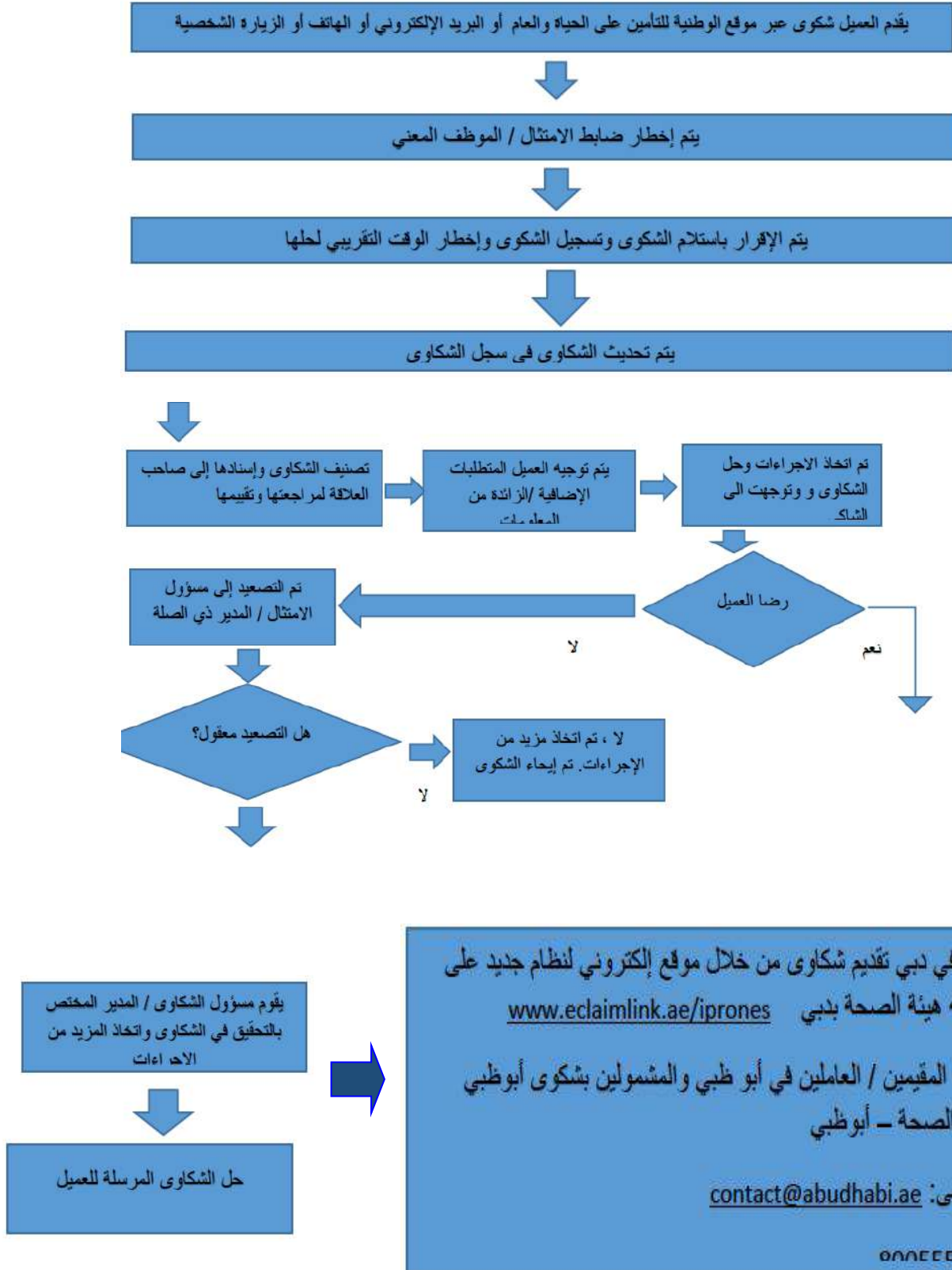
نموذج طلب تسجيل الأعضاء

| | | | | | | | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|-----------------------|-------------------------|---------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|-------------------|
| سارية | | | | | اسم بوليصة التأمين: | | | | |
| | | | | | اسم مسئول الطرف الثالث: | | | | |
| | | | | | رقم بوليصة التأمين: | | | | |
| | | | | | نوع المصادقة: | | | | |
| | | | | | جديد | | | | |
| | | | | | رقم بطاقة العضوية الخاصة بالعضو | | وفقاً للحدود الإقليمية | | |
| الاسم الأخير للمؤمن عليه الرئيسي | الاسم الأوسط للمؤمن عليه الرئيسي | الاسم الأول للمؤمن عليه الرئيسي | الاسم الأخير للمستفيد | اسم الأوسط للمستفيد | الاسم الأول للمستفيد | رقم البطاقة الموجودة حالياً إن وجد | اسم المجموعة الفرعية | رقم طاقم العمل | الرقم التسلسلي |
| | | | | | | | | | |
| الحالة الاجتماعية | تاريخ سريان الإضافة أو الحذف | تاريخ بدء بوليصة التأمين | الجنسية | شبكة مسئول الطرف الثالث | الفئة | النوع | تاريخ الميلاد | العلاقة | العلاقة |
| | | | | | | | | | |
| رقم التواصل | القسط الشهري | رقم جواز السفر | موقع العمل | الموقع السكني | إصدار التأشيرة من الإمارات | الرقم الموحد | رقم بطاقة الهوية الإماراتية | الإمارات العربية المتحدة | المرتب |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | شهادة الميلاد | رقم ملف التأشيرة | نوع الهيئة | البريد الإلكتروني |
| | | | | | | | | | |

COMPLAINTS HANDLING FLOW



تدفق معالجة الشكاوى



| <u>Sanctions Clause</u> | <u>بند العقوبات</u> |
|--|---|
| <p>1. Notwithstanding any other provision to the contrary, any coverage under this Agreement or any provision of this agreement shall be void if, and insofar as:</p> <p>1.1 such coverage of provision would breach any economic sanctions laws, regulations or government orders, administrated or enforced from time to time by the United States/United Nations and /or the European Union or Member States either thereof and having jurisdiction regarding sanction regulations over insurance Company ("Sanctions Rules"); or</p> <p>1.2 any action taken or intended to taken in the relation to the proceeds of such coverage would breach Sanctions rules (including, without limitation, using, lending, contributing or otherwise making available to provide services, funds, assets, insurance coverage or other economic resources, directly or indirectly, to any person or entity which is designated or otherwise subject to sanctions under Sanctions Rules).</p> | <p>1. بصرف النظر عن أي حكم آخر مخالف ، تعتبر أي تغطية بموجب هذه الاتفاقية أو أي حكم من أحكام هذه الاتفاقية باطلة على مايلي:</p> <p>1.1 هذه التغطية للبند من شأنها ان تنتهك أي قوانين أو لوائح أو أوامر حكومية للعقوبات الاقتصادية تديرها أو تنفذها من وقت لآخر الولايات المتحدة / الأمم المتحدة و / أو الاتحاد الأوروبي أو الدول الأعضاء منهما ولها اختصاص فيما يتعلق بلوائح العقوبات على شركة التأمين ("قواعد العقوبات ") ؛ أو</p> <p>1.2 أي إجراء تم اتخاذه أو يعتزم اتخاذه فيما يتعلق بعائدات هذه التغطية من شأنه أن يخرق قواعد العقوبات (بما في ذلك ، على سبيل المثال لا الحصر الاستخدام أو الإقراض أو المساهمة أو الإتاحة بأي شكل آخر لتوفير الخدمات أو الأموال أو الأصول أو التغطية التأمينية أو الموارد الاقتصادية الأخرى ، بشكل مباشر أو غير مباشر ، إلى أي شخص أو كيان محدد أو خاضع للعقوبات بموجب قواعد (العقوبات).</p> |