

# Flexi Health Insurance Plan

## Policy Wording

برنامج الضمان الصحي المرن  
نص الوثيقة

TABLE OF CONTENTS	جدول المحتويات
<b>POLICY INTRODUCTION.....-3-</b>	مقدمة الوثيقة..... ٣
<b>SECTION 1: DEFINITIONS.....-4-</b>	القسم ١: تعريفات..... ٤
<b>SECTION 2: ENROLMENT AND EFFECTIVE DATE OF COVERAGE.....-11-</b>	القسم ٢: التسجيل وتاريخ سريان مفعول التغطية..... ١١
<b>SECTION 3: TERMINATION OF COVERAGE...-14-</b>	القسم ٣: إنهاء التغطية..... ١٤
<b>SECTION 4: PREMIUM RATES.....-17-</b>	القسم ٤: الأقساط..... ١٧
<b>SECTION 5: GENERAL PROVISIONS.....-18-</b>	القسم ٥: أحكام عامة..... ١٨
<b>SECTION 6: PROCEDURES FOR OBTAINING BENEFITS.....-22-</b>	القسم ٦: إجراءات الحصول على المنافع..... ٢٢
<b>SECTION 7: COVERED HEALTH SERVICES....-25-</b>	القسم ٧: الخدمات الصحية المغطاة..... ٢٥
<b>SECTION 8: REIMBURSEMENT.....-28-</b>	القسم ٨: طلبات استرداد المصاريف المستحقة..... ٢٨
<b>SECTION 9: COORDINATION OF BENEFITS, SUBROGATION AND REIMBURSEMENT.....-29-</b>	القسم ٩: تنسيق المنافع، الإحلال والاسترداد..... ٢٩
<b>SECTION 10: GENERAL EXCLUSIONS.....-30-</b>	القسم ١٠: إستثناءات عامة..... ٣٠
<b>SECTION 11: SPECIAL CONDITIONS.....-35-</b>	القسم ١١: شروط خاصة..... ٣٥
<b>SECTION 12 - PREMIUM REFUND.....-36-</b>	القسم ١٢: جدول استرداد أقساط التأمين في حال الإلغاء..... ٣٦

## POLICY INTRODUCTION

This Policy Wording forms part of the Policy (as described in the LOA) and should be read in its entirety.

The Policy is constituted of the below documents:

- Policy Wording
- Letter of Acceptance (LOA)
- Policyholder's Application
- Quotation
- Schedule of Benefits (SOB)
- Amendments/Endorsements/Riders/Special Agreement to the Policy (if applicable)

This Policy shall become effective at 00:00 midnight UAE time on the Effective Date and will be continued in force by the timely payment of the required Premiums when due, subject to termination of this Policy as provided herein or on the Expiry Date. When the Policy is terminated, as provided for in Section 3, this Policy and all Coverage under this Policy will end at 11:59 pm UAE time on the date of termination.

This Coverage may be modified by the attachment of Amendments/Endorsements/Riders/Special Agreement to the Policy. Please read the provisions described in these documents to determine the way in which provisions in this Policy may have been changed.

This Policy will be governed by the laws of the Emirate of Abu Dhabi and applicable Federal law of the United Arab Emirates as applied in the Emirate of Abu Dhabi, and the Executive Regulations of the Law No. (23) of 2005 regarding Health Insurance in the Emirate of Abu Dhabi and its amendments.

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

This Policy Wording sets forth the rights and obligations between Daman and the Policyholder and all Eligible Persons. It is important that all insured parties familiarise themselves with its terms and conditions. In case of any conflict between the Policy Wording and the LOA, the LOA shall prevail.

## مقدمة الوثيقة

يشكل نص الوثيقة هذا جزءاً لا يتجزأ من الوثيقة (كما هو مذكور في رسالة الموافقة على الوثيقة) ويجب قراءتهما بشكل متكامل.

تتكون الوثيقة من المستندات التالية:

- نص الوثيقة
- رسالة الموافقة على الوثيقة
- طلب التأمين الصحي الخاص بصاحب الوثيقة
- التسعيرة
- جدول المنافع
- تعديلات /تعديلات جديدة على الوثيقة وأو ملحقات و/أو اتفاقات خاصة فيما يتعلق بالوثيقة (إن وُجد)

يبدأ سريان مفعول الوثيقة في تمام الساعة الثانية عشرة مساءً (منتصف الليل) بتوقيت دولة الإمارات العربية المتحدة - من اليوم السابق لتاريخ سريان المفعول، وسوف تبقى سارية المفعول طالما يتم دفع الأقساط المستحقة في موعدها، مع مراعاة حالات الانتهاء المنصوص عليها في هذه الوثيقة أو حلول تاريخ الانتهاء. وعندما يتم إنهاء الوثيقة، حسبما هو منصوص عليه في القسم ٣، فإن هذه الوثيقة وأية تغطية مقدمة بموجبها سوف تنتهي في تمام الساعة الساعة ١١:٥٩ مساءً بتوقيت دولة الإمارات العربية المتحدة من تاريخ الإنهاء.

يجوز تعديل هذه التغطية بإضافة ملحقات و/أو تعديلات و/أو اتفاقات خاصة إليها. يرجى قراءة الأحكام الواردة في هذه المستندات لتحديد الطريقة التي يمكن من خلالها تغيير أحكام هذه الوثيقة.

تخضع الوثيقة لقوانين إمارة أبو ظبي وللقوانين الاتحادية لدولة الإمارات العربية المتحدة كما هو مطبق في إمارة أبو ظبي، واللائحة التنفيذية للقانون رقم (٢٣) لسنة ٢٠٠٥ بشأن التأمين الصحي في إمارة أبو ظبي وتعديلاته

تم تحرير هذه الوثيقة باللغتين الإنجليزية والعربية ويجوز ترجمتها الى أي لغة أخرى لراحة الطرفين، وفي حالة وجود خلاف بين النسختين الإنجليزية والعربية يعتبر النص العربي هو النص الرسمي الذي يعتد به عند حدوث أي نزاع.

يتضمن نص الوثيقة هذا حقوق والتزامات كل من ضمان و صاحب الوثيقة وجميع الأشخاص المؤهلين. وإنه لمن المهم لجميع الأطراف المؤمن عليهم الاطلاع على هذه البنود والشروط. تسري أحكام رسالة الموافقة على الوثيقة في حال تعارض بنودها مع بنود نص الوثيقة.

<p style="text-align: center;"><b>SECTION 1 DEFINITIONS</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>القسم ١ التعريفات</b></p>
<p>This Section defines the terms used throughout this Policy and is not intended to describe Covered or Un-Covered services.</p>	<p>هذا القسم يعرف المصطلحات المستخدمة في هذه الوثيقة، ولا يقصد به وصف الخدمات المغطاة أو غير المغطاة.</p>
<p><b>"Accident"</b> – a sudden, unexpected, violent external event, causing a severe physical bodily Injury, which is usually visually identifiable and is documented by a competent authority such as a law enforcement officer or Physician.</p>	<p><b>"حادث"</b> - حادث خارجي مفاجئ، غير متوقع وعنيف يسبب إصابة جسمانية شديدة، تكون عادة قابلة للتشخيص بمجرد النظر، وتوثق من قبل مأموري الضبط القضائي أو الطبيب.</p>
<p><b>"Active at Work"</b> – an employee who is (1) employed on a full-time basis (who is on a permanent pay roll) by the Policyholder and is currently being paid a full-time salary, or (2) is on formal paid or unpaid leave from the Policyholder.</p>	<p><b>"على رأس عمله"</b> - الموظف الذي (١) يعمل على أساس الدوام الكامل (الموظف الموضوع على قائمة الدفع الدائم وله وضع الموظف بدوام كامل) لدى صاحب الوثيقة ويدفع له في الوقت الحاضر راتب عن دوام كامل، أو الذي (٢) يكون في إجازة رسمية مدفوعة أو غير مدفوعة الأجر من صاحب الوثيقة.</p>
<p><b>"Amendments/Endorsements/Riders/Special Agreement"</b> – any description or alternative provisions to the Policy and forming part of the Policy, which are effective only when signed by both Daman and the Policyholder and are subject to all conditions, limitations and exclusions of the Policy except for those that are specifically amended.</p>	<p><b>"تعديلات/تعديلات جديدة على الوثيقة و/أو ملحقات و/أو اتفاقات خاصة"</b> - أي تفسير أو تغيير في أحكام الوثيقة ويعد جزءاً من الوثيقة والذي لا يسري إلا بعد توقيعه من قبل ضمان وصاحب الوثيقة ويكون خاضعاً لكافة الشروط والقيود والاستثناءات المنصوص عليها في الوثيقة ماعدا تلك المعدلة بشكل محدد.</p>
<p>Health Services provided by a Rider may be subject to payment of additional Premium.</p>	<p>الخدمات الصحية المقدمة بموجب ملحق قد تكون خاضعة لدفع أقساط إضافية.</p>
<p><b>"Benefit"</b> – the extent or degree of service Eligible Persons are entitled to receive based on their Policy with Daman.</p>	<p><b>"منفعة"</b> - مدى أو درجة الخدمة التي يحق للأشخاص المؤهلين تلقيها على أساس الوثيقة الموقعة مع ضمان.</p>
<p><b>"Card"</b> - the identification tool (Daman Card, Emirates ID or Daman digital insurance card) that Eligible Persons must show every time they request Health Services from Network Providers.</p>	<p><b>"بطاقة"</b> - البطاقة التعريفية (بطاقة ضمان، هوية الإمارات أو بطاقة التأمين الإلكترونية لضمان)، حيث يجب على الأشخاص المؤهلين إظهارها لشبكة مزودي خدمات الرعاية الصحية في كل مرة يرغبون فيها بالحصول على الخدمات الطبية.</p>
<p><b>"Co-insurance"</b> – the percentage of Eligible Expenses, which Eligible Persons are required to contribute for certain Health Services provided under the Policy.</p>	<p><b>"نسبة التحمل"</b> - نسبة من المصاريف المستحقة الواجبة على الأشخاص المؤهلين سدادها لقاء خدمات صحية محددة تقدم بموجب هذه الوثيقة.</p>
<p><b>"Confinement"</b> and <b>"Confined"</b> - an uninterrupted overnight stay following formal admission to a Hospital.</p>	<p><b>"الإقامة" و "مقيم"</b> - إقامة متواصلة بعد الدخول الرسمي إلى المستشفى.</p>
<p><b>"Congenital Anomaly" / "Congenital Disease"</b> – An anatomical or physiological defect, disease or malformation, which may be either hereditary/familial/genetic or due to an influence occurring during gestation up to birth and may or may not be obvious at birth.</p>	<p><b>"تشوه خلقي"</b> - عيب أو مرض أو تشوه جسماني أو كيميائي وقد يكون وراثي أو عائلي أو جيني أو قد يعزى إلى مسبب يحدث خلال الحمل ولغاية الولادة، وقد يكون أو لا يكون ظاهراً عند الولادة.</p>
<p><b>"Country"</b> – United Arab Emirates.</p>	<p><b>"الدولة"</b> - دولة الإمارات العربية المتحدة.</p>
<p><b>"Coverage"</b> or <b>"Covered"</b> - the entitlement by an Eligible Person (Primary Insured and/or Dependent) to Health Services provided under the Policy, subject to the terms, conditions, limitations, eligibility of the person and exclusions of the Policy. Health Services must be provided (1) when the Policy is in effect; and (2) prior to the date that any of the termination conditions of Section 3 occur.</p>	<p><b>"التغطية" أو "مستفيد"</b> - أحقية الشخص المؤهل (المؤمن عليه الرئيسي أو المعال) في الاستفادة من الخدمات الصحية المقدمة بموجب هذه الوثيقة، مع مراعاة بنود وشروط وقيود وأهلية الشخص والإستثناءات الواردة في الوثيقة. يجب تقديم الخدمات الصحية (١) عندما تكون الوثيقة سارية المفعول، و (٢) قبل تاريخ ظهور أي من شروط الإنهاء المنصوص عليها في القسم ٣.</p>
<p><b>"Daman"</b> – means National Health Insurance Company Daman – PJSC.</p>	<p><b>"ضمان"</b> - تعني الشركة الوطنية للضمان الصحي - ضمان ش.م.ع</p>

**"Daman Card"** – the identification card issued by Daman for Eligible Person.

**"Day Treatment"** – medical treatment which must be provided in the Health Service Provider, but which does not require Confinement.

**"Deductible"** - the defined monetary amount which Eligible Persons are required to pay for certain Health Services provided under the Policy.

**"Dependent"** - (1) the Primary Insured's legal spouse and (2) unmarried Dependent children below the age of 18 of either the Primary Insured or the Primary Insured's legal spouse; or may be stipulated in the Law.

The principal place of residence of the legal spouse or unmarried Dependent child must be with the Primary Insured unless Daman approves other arrangements or as may otherwise be stipulated in the Law.

The Primary Insured will be required to reimburse Daman for any Health Services provided to their Dependents at a time when the Dependents did not satisfy these conditions.

**"DOH"** – Department of Health – Abu Dhabi.

**"Donor"** - a person alive or deceased from whose body one or more organs have been extracted with the intention to transplant them (totally or partially) in the body of another person (the Recipient) via an Organ Transplant.

**"Durable Medical Equipment"** – medical equipment used externally from the human body which: (1) can withstand repeated use; (2) is not designed to be disposable; (3) is used to serve a medical purpose; and (4) is used outside of the Hospital.

**"Effective Date of Coverage for Eligible Persons"** – the date that Coverage becomes effective, as set out in the LOA for the Policyholder and for Eligible Persons, which may be either the enrolment date of an Eligible Person or the date on which Coverage renews.

**Effective Date of the Policy** –the effective date on which Coverage of the Policy commences.

**"Eligible Expenses"** - reasonable charges for Covered Health Services, incurred while the Policy is in effect.

**"Eligible Person"** - (1) an employee of the Policyholder, who is Active at Work or (2) other person, who meets the eligibility requirements specified in both the Policyholder's Application and the Policy or (3) the Policyholder or Primary Insured or Dependent.

Furthermore, the definition of "Eligible Person" must be in accordance with the Law, as legally set forward by DOH and/or other relevant authorities.

**"Emergency"** - A condition manifesting itself by acute symptoms of sufficient severity (including severe pain) such that the absence of immediate medical attention could reasonably be expected to result in placing the individual's health [or the health of an unborn child] in

"بطاقة ضمان" - بطاقة التعريف التي تصدرها ضمان للشخص المؤهل.

"علاج اليوم الواحد" – العلاج الطبي الذي يجب تقديمه ضمن مزود الخدمات الصحية، لكنه لا يحتاج إلى الإقامة في المستشفى

"التحمل" – المبلغ المالي المحدد الواجب على الأشخاص المؤهلين سدادته لقاء خدمات صحية مقدمة بموجب الوثيقة.

"المعالين" – (١) الزوج القانوني للشخص المؤمن عليه الرئيسي، و (٢) الأبناء المعالين الغير متزوجين دون سن ١٨ من الشخص المؤمن عليه الرئيسي أو من الزوج القانوني، أو كما هو منصوص عليه في القانون.

يجب أن يكون مكان السكن الرئيسي للزوج الشرعي أو الإبن المعال غير المتزوج مع الشخص المؤمن عليه الرئيسي، ما لم توافق ضمان على ترتيبات أخرى او كما هو منصوص عليه في القانون.

وفي حال عدم توافر هذه الشروط في المعالين، فقد يُطلب من الشخص المؤمن عليه الرئيسي إعادة كافة المبالغ التي تكبدتها ضمان عن هؤلاء المعالين عند تقديم خدمات صحية لهم.

"دائرة الصحة" – دائرة الصحة - أبو ظبي.

"متبرع" - الشخص الحي أو الميت الذي يستخرج من جسمه عضو أو أكثر بغرض نقله (جزئياً أو كلياً) إلى جسم شخص آخر (المتلقي) عن طريق زرع الأعضاء.

"أجهزة طبية دائمة" – أجهزة طبية تستخدم خارجياً لجسم الإنسان، والتي: (١) تصمد أمام الإستخدام المتكرر؛ و (٢) غير مصممة لتكون قابلة للإستهلاك؛ و (٣) تستخدم لخدمة غرض طبي محدد؛ و (٤) تستخدم خارج المستشفى.

"تاريخ سريان مفعول تغطية الأشخاص المؤهلين" – التاريخ الذي تصبح فيه التغطية سارية المفعول بالنسبة لصاحب الوثيقة والأشخاص المؤهلين، كما هو مذكور في رسالة الموافقة على الوثيقة والذي يمكن أن يكون تاريخ تسجيل الشخص المؤهل، أو التاريخ الذي يتم فيه تجديد الوثيقة.

"تاريخ سريان مفعول الوثيقة" - التاريخ الذي تصبح فيه تغطية الوثيقة سارية المفعول.

"مصاريف مستحقة" – نفقات معقولة وعادية للخدمات الصحية المغطاة، والتي يتم تكبدها أثناء سريان مفعول الوثيقة.

"شخص مؤهل" – (١) موظف لدى صاحب الوثيقة يكون على رأس عمله، أو (٢) شخص آخر تتوافر فيه متطلبات الأهلية المحددة في طلب التأمين الخاص بصاحب الوثيقة وفي الوثيقة، أو (٣) صاحب الوثيقة أو المؤمن عليه الرئيسي أو المعال.

علاوة على ذلك، يجب أن يكون تعريف "الشخص المؤهل" طبقاً للقانون، وحسبما تقرره دائرة الصحة وأو أية هيئة أخرى مختصة.

"طارئ" – تتبين الحالة من خلال الأعراض الحادة ذات الشدة الكافية (بما في ذلك الألم الشديد) بحيث يُتوقع بشكل معقول أن يؤدي غياب الرعاية الطبية الفورية إلى تعريض صحة الفرد (أو صحة الطفل الذي لم يولد بعد) لخطر شديد وإعاقة خطيرة للوظائف الجسدية، أو خلل خطير في أعضاء الجسم.

serious jeopardy, serious impairment to bodily functions, or serious dysfunction of bodily organs.

"Emirate" – Emirate of Abu Dhabi.

**"Experimental, Investigational or Unproven Services"** - medical, surgical, diagnostic, or other health care services, technologies, supplies, treatments, procedures, drug therapies or devices that, at the time Daman makes a determination regarding Coverage in a particular case, is determined to be:

- Subject to formal review and approval by local medical authorities for the proposed use; or
- The subject of an ongoing clinical trial; or
- Not demonstrated through prevailing pre-reviewed medical literature to be safe and effective for treating or diagnosing the condition or illness for which its use is proposed.

Daman, in its judgment, may deem an Experimental, Investigational or Unproven Service to be a Covered Health Service for treating a Medically Necessary Sickness or condition, if it is determined by Daman that the Experimental, Investigational or Unproven Service at the time of the determination:

- Is safe with promising efficacy; and
- Is provided in a clinically controlled research setting.

**"Expiry Date"** – the last day of the Policy as set out in the LOA and the day (at 00:00 midnight U.A.E. time), month and year from which the Policy expires.

**"General Exclusions"** – the health Benefits and services excluded from Coverage that are listed in Section 11 of this Policy and apply to all Eligible Persons.

**"Health Services"** - the health care services and supplies Covered under the Policy, except to the extent that such health care services and supplies are limited or excluded.

**"Hospital"** – is defined as a health care facility intended for the diagnosis and treatment of patients providing overnight care of patients, duly licensed under the laws of the country in which treatment is received.

**"Hospitalisation"** – see Inpatient.

**"Hospitalisation Class/Accommodation Type"** – the class of Hospital room and services, indicated on the Covered Health Services in Section 8, to which the Eligible Person is entitled.

**"Injury"** – bodily damage other than Sickness including all related conditions and recurrent symptoms.

**"Inpatient"** – Hospital Confinement requiring an overnight stay (also referred to as "Hospitalisation").

**"Inpatient Benefit"** – Hospitalisation or Day Treatment or observation / treatment in an Emergency

"الإمارة" – إمارة أبو ظبي

"خدمات تجريبية أو إستقصائية أو غير معتمدة" – خدمات رعاية صحية طبية أو جراحية أو تشخيصية أو خدمات أخرى، تكنولوجياً أو مواد أو علاجات أو إجراءات أو أدوية أو أجهزة، عندما تقرر ضمان تغطية حالة معينة، محددة بالتالي:

- مع مراعاة المراجعة الرسمية والموافقة من قبل الهيئات الطبية المحلية لغرض الاستخدام المقصود؛ أو
- موضوع الإختبار السريري الجاري؛ أو
- غير ظاهرة عبر المواد الطبية المراجعة مسبقاً والشائعة على أنها آمنة وفاعله لعلاج أو تشخيص الحالة أو المرض المقترح إستخدامها بشأنه.

يحق لضمان -حسب تقديرها- إعتبار الخدمات التجريبية، الاستقصائية أو غير المعتمدة على أنها خدمات صحية مغطاة لعلاج مرض أو ضرورية طبياً، إذا ما قررت ضمان أن الخدمة التجريبية، الاستقصائية أو غير المعتمدة وقت إصدار القرار:

- آمنة ولها فاعلية متوقعة؛ و
- مقدمة ضمن برنامج بحث مسيطر عليه سريرياً.

"تاريخ الانتهاء" – اليوم الأخير من الوثيقة المشار إليه في رسالة الموافقة على الوثيقة وهو اليوم (في تمام الساعة الثانية عشرة مساءً من منتصف الليل بتوقيت دولة الامارات العربية المتحدة) والشهر والسنة الذي تنتهي فيه الوثيقة.

"استثناءات عامة" – المنافع والخدمات الصحية المستثناة من التغطية والمدرجة في القسم 11 من هذه الوثيقة وتطبق على جميع الأشخاص المؤهلين.

"خدمات صحية" – خدمات الرعاية الصحية والتجهيزات المغطاة بموجب الوثيقة، ما لم تكن هذه الخدمات أو التجهيزات مستثناة أو محددة.

"مستشفى" – يُعرّف بأنه مرفق للرعاية الصحية مخصص لتشخيص وعلاج المرضى ورعاية المرضى المقيمين، وتكون مرخصة حسب الأصول بموجب قوانين الدولة التي يتم تلقي العلاج فيها..

"العلاج داخل المستشفى" – راجع "مريض مقيم".

"فئة العلاج داخل المستشفى/نوع الإقامة" – درجة الغرفة وخدمات المستشفى المحددة للخدمات الصحية المغطاة في القسم 8، المستحقة للشخص المؤهل.

"إصابة" – ضرر جسماني فيما عدا المرض بما في ذلك الحالات ذات العلاقة والأعراض المتكررة.

"مريض مقيم" – إقامة في المستشفى تتطلب المبيت ليلاً (ويشار إليها أيضاً بـ "العلاج داخل المستشفى").

"منفعة المريض المقيم" – علاج داخل المستشفى أو علاج اليوم الواحد أو مراقبة/ علاج في غرفة الطوارئ / المنشأة والتي لا يمكن إجراؤها على أساس مراجعة للعيادات الخارجية.



room / facility which cannot be carried out on an outpatient basis.

**"Law"** – refers to Law No. 23 of 2005 and the Executive Regulations as amended from time to time regarding the Health Insurance Scheme for the Emirate of Abu Dhabi and any other laws, regulations, or circulars in the United Arab Emirates.

**"Letter of Acceptance" or "LOA"** - is an agreement that forms a part of the Policy, evidencing Daman and the Policyholder's agreement, which contains terms and conditions, including but not limited to payment of the Premium, amendments to the Policy and should be read in conjunction with this Policy Wording.

**"Limit"** – the maximum amount paid by Daman under the terms of this Policy.

**"Maternity Benefit-Inpatient"** – includes charges for a vaginal delivery, a Medically Necessary cesarean section, any complications of pregnancy or delivery and legal abortion.

**"Maternity Benefit-Outpatient"** – includes charges for all outpatient pre-natal and post-natal Physician visits, including investigations and treatment.

**"Medically Appropriate"** – based on the prevailing standards of medical practice relative to a specific condition.

**"Medically Necessary"** - Healthcare Services and supplies, which are determined by Daman to be Medically Appropriate, and

1. Necessary to meet the basic health needs of the Eligible Person; and
2. Rendered in the most Medically Appropriate manner and type of setting appropriate for the delivery of the Health Service, taking into account both cost and quality of care; and
3. Consistent in type, frequency and duration of treatment with scientifically based guidelines of medical research or health care coverage organizations, or governmental agencies that are accepted by Daman; and
4. Consistent with the diagnosis of the condition; and
5. Required for reasons other than the convenience of the Eligible Person or his or her Physician; and
6. Demonstrated through prevailing pre-reviewed medical literature to be either:
  - 6.1 Safe and effective for treating or diagnosing the condition or Sickness for which their use is proposed or,
  - 6.2 Safe with promising efficiency:
    - 6.2.1 For treating a life-threatening Sickness or condition,
    - 6.2.2 In a clinically controlled research setting.

The fact that a Physician has performed or prescribed a procedure or treatment, or the fact that it may be the only treatment for a particular Injury, Sickness or Mental Illness does not mean that it is a Medically

**"القانون"** - يقصد به القانون رقم ٢٠٠٥/٢٣ ولائحته التنفيذية والتحديثات من وقت لآخر بشأن الضمان الصحي في إمارة أبو ظبي وأية قوانين أو تعاميم أو قرارات في الإمارات العربية المتحدة.

**"رسالة الموافقة على الوثيقة"** - هي إتفاق يعتبر جزءاً من الوثيقة كإثبات على الموافقة بين ضمان وصاحب الوثيقة حيث تتضمن بنود وشروط على سبيل المثال لا الحصر: دفع الأقساط، التعديلات على الوثيقة ويجب قراءتها بالارتباط مع نص الوثيقة.

**"الحد"** - أقصى مبلغ تدفعه ضمان بموجب هذه الوثيقة.

**"منفعة الحمل والولادة داخل المستشفى"** - تشمل مصاريف الولادة الطبيعية، العملية القيصرية الضرورية طبياً، وأية مضاعفات تحدث أثناء الحمل أو الولادة، وأية عملية إجهاض قانونية.

**"منفعة الحمل والولادة في العيادات الخارجية"** - تشمل المصاريف الخاصة بزيارات الطبيب قبل وبعد الولادة، بما في ذلك الفحوصات والعلاج.

**"ملائم طبيًا"** - استناداً إلى المعايير السائدة للممارسة الطبية المتعلقة بحالة محددة.

**"ضروري طبيًا"** - خدمات الرعاية الصحية والتجهيزات والتي تحددها ضمان على أنها ملائمة طبيًا؛ و

١. ضرورة لتلبية الاحتياجات الصحية الأساسية للشخص المؤهل؛ و
٢. تقدم بالطريقة الأكثر ملائمة طبيًا ونوع الأجهزة الملائمة لتقديم الخدمة الصحية، مع الأخذ بعين الاعتبار كل من تكلفة وجودة الخدمة؛ و
٣. متوافقة من حيث النوع، التكرار ومدّة العلاج المبينة على المواصفات العلمية لمؤسسات الرعاية الطبية، الأبحاث أو الهيئات الحكومية المقبولة لدى ضمان؛ و
٤. متوافقة مع تشخيص الحالة؛ و
٥. مطلوبة لأسباب خلافاً لراحة الشخص المستفيد أو لراحة طبيبه؛ و
٦. موضحة من خلال المواد الطبية المراجعة مسبقاً الموجودة على أنها:

٦.١ أمانة وفعالية لعلاج أو تشخيص الحالة أو المرض المقترح استخدامها بشأنه، أو

٦.٢ أمانة وفعاليتها متوقعة:

١,٢,١ لعلاج مرض أو حالة مهددة للحياة،

١,٢,٢ برنامج بحث مراقب طبيًا.

إن حقيقة قيام طبيب بأداء أو وصف إجراء أو علاج، أو حقيقة كون ذلك هو العلاج الوحيد لإصابة محددة، مرض أو مرض نفسي لا يعني أن تلك الخدمة الصحية ضرورية طبيًا حسبما هو محدد في هذه الوثيقة. تعريف الضروري طبيًا المستخدم في الوثيقة

Necessary Covered Health Service, as defined in this Policy. The definition of Medically Necessary used in this Policy relates only to Coverage and differs from the way in which a Physician engaged in the practice of medicine may define Medically Necessary.

**"Member Guide"** is a document/booklet that contains information that is relevant to an Eligible Person, such as information on the services offered by Daman, Schedule of Benefits, List of Exclusions, access to Network and Non-Network Providers.

**"Mental Illness"** - a mental or bodily condition marked primarily by sufficient disorganisation of personality, mind and emotions to seriously impair the normal psychological, social, or work performance of the individual.

**"Network"** - When used to describe a Provider of Health Services, means that the Provider has a participation agreement in effect with Daman, to provide Health Services to Eligible Persons on direct billing. Daman may change the participation status of Providers from time to time.

**"Network Benefits"** - Benefits available for Covered Health Services when provided by a Network Provider. Health Services provided by a Non-Network Provider are considered a Network Benefit when such Health Services are approved in advance by Daman or are Emergency Health Services.

**"New-Born"** - a baby up to 30 days old.

**"Non-Emergency/Elective Hospitalisation"** - any Confinement which is not a direct result of Emergency Health Services.

**"Non-Network"** - When used to describe a Provider of Health Services that is not part of the Network.

**"Non-Network Benefits"** - Coverage available for Health Services obtained from the Non-Network Providers. Coverage for the Non-Network Benefits is only provided if the services are assured in Schedule of Benefits.

**"Organ Transplant"** - an operation including the removal of an organ from the Donor to the Recipient.

**"Outpatient Benefits"** - Benefits offered under this cover are services such as Physician consultation, including Prescription Drugs, physiotherapy and diagnostic testing, including pre-operative investigations, which are conducted on an outpatient basis without jeopardising the insured's health or which do not require Hospitalisation/Day Treatment or necessitate specialised medical attention and care in a Hospital before, during or after the delivery of the service.

**"Physician"** - any practitioner of medicine who is duly licensed and qualified under the laws of the country in which treatment is received.

**"Policy"** - Policy is a legally binding contract entered into by and between Daman and the Policyholder.

يتعلق فقط بالتغطية ويختلف عن الطريقة التي يشارك فيها الطبيب بممارسة الطب وتعريفه الشرطي طبيًا.

**"دليل الأعضاء"** - المستند/الكتيب الذي يحتوي على معلومات ذات علاقة بالشخص المؤهل مثل معلومات عن الخدمات المقدمة من قبل ضمان وجدول المنافع ولائحة الإستثناءات والاستفادة من خدمات مزودي الخدمة داخل وخارج الشبكة.

**"مرض عقلي"** - حالة عقلية أو جسمانية تتصف بشكل رئيسي بإضطراب في الشخصية والعقل والعواطف لدرجة خطيرة تضر بالأداء النفسي أو الإجتماعي أو العمل العادي للشخص.

**"شبكة"** - عند استخدامها لوصف مزود خدمات صحية، تعني أن لمزود الخدمة عقد تقديم الخدمات الطبية ساري المفعول مع ضمان، لتقديم الخدمات الصحية إلى الأشخاص المؤهلين عن طريق الدفع المباشر. قد تقوم ضمان بتغيير وضع مشاركة مزودي الخدمة من وقت لآخر.

**"منافع الشبكة"** - المنافع المتاحة من الخدمات الصحية المغطاة عند تقديمها من قبل مزود الخدمة داخل الشبكة. وتعتبر الخدمات الصحية المقدمة من قبل مزود الخدمة خارج الشبكة منافع شبكة عندما تكون تلك الخدمات الصحية موافق عليها مسبقاً من قبل ضمان أو خدمات صحية طارئة.

**"حديث الولادة"** - طفل يبلغ من العمر ٣٠ يوماً.

**"دخول المستشفى في غير حالة الطوارئ/اختياري"** - أي اقامة في المستشفى غير ناتجة بطريقة مباشرة عن خدمات صحية طارئة.

**"خارج الشبكة"** - تستخدم عند وصف مزودي الخدمات الصحية ليسوا جزءاً من الشبكة.

**"منافع من خارج الشبكة"** - تغطية الخدمات الصحية المقدمة من مزودي الخدمة من خارج الشبكة. تتم تغطية المنافع من خارج الشبكة اذا كانت الخدمات منصوص عليها في جدول المنافع.

**"نقل الأعضاء"** - هي عملية تشمل نقل عضو من المتبرع إلى المتلقي.

**"منافع العيادات الخارجية"** - المنافع التي تقدم ضمن هذه التغطية هي خدمات مثل الإستشارة الطبية بما في ذلك الأدوية الموصوفة والعلاج الطبيعي والفحص التشخيصي بما في ذلك فحوصات ما قبل العملية التي يتم إجراؤها على أساس خارج المستشفى دون الإضرار بصحة الشخص المؤمن عليه أو التي لا تتطلب العلاج داخل المستشفى/ علاج اليوم الواحد أو تقتضي عناية ورعاية طبية متخصصة في المستشفى قبل أو خلال أو بعد تقديم الخدمة.

**"طبيب"** - أي طبيب ممارس مرخص حسب الأصول ومؤهل بموجب قوانين الدولة التي يتم فيها تلقي العلاج.

**"الوثيقة"** - الوثيقة هي عقد ملزم قانوناً يتم إبرامه بين ضمان وصاحب الوثيقة.



**"Policyholder"** - the employer or otherwise legally constituted group or individual to whom the Policy is issued to.

**"Policyholder's Application"** - it is the application form that is completed by the customer prior to the purchase of the Policy. Upon purchase of the Policy, the Policyholder's Application shall form part of the Policy.

**"Policy Period"** - the period of the Policy as set out in the LOA and the period of time (typically one year) from the Effective Date of Policy to the termination of Policy prior to renewal.

**"Pre-Existing Condition"** - any known/unknown injury, illness, sickness, disease or other physical, medical, mental or nervous condition, disorder or ailment that with reasonable medical certainty existed at the time the application for this Policy was made, whether or not previously manifested or symptomatic, diagnosed, treated or disclosed prior to the effective date, including any subsequent, chronic or recurring complications or consequences related thereto or arising therefrom.

**"Premium"** - the fee, required for each Eligible Person in accordance with the terms of the Policy as set by DOH.

**"Prescription Drugs"** - pharmaceuticals which can only be obtained through a prescription written by a licensed Physician.

**"Primary Insured"** - an Eligible Person who is properly enrolled for Coverage under the Policy. The Primary Insured is the person (who is not a Dependent) on whose behalf the Policy is issued to the Policyholder.

**"Prosthetic Device"** - an artificial device either external or implanted, which substitutes for or supplements a missing or defective part of the body, e.g. artificial limbs and pacemakers.

**"Provider"** - a Physician, Hospital, group practice, pharmacy or any facility, individual or group of individuals that provides a health care service.

**"Quotation"** - is a document setting out the Premium; the terms and conditions related to the payment of the Premium and forming a part of the Policy.

**"Recipient"** - an Eligible Person who received or is receiving an Organ Transplant Covered under this Policy.

**"Reconstructive Surgery"** - surgery, which is incidental to an Injury, Sickness or Congenital Anomaly when the primary purpose is to improve physiological functioning of the involved part of the body.

**"Renewal"** - a continuation of an expired insurance policy, which under acceptance of agreed terms by both parties is effective upon the payment of a specified premium.

**"Revised Policy information"** - Subsequent to the issuance/acceptance of the Policy, if the Policy requires amendments in the basic information that does not

**"صاحب الوثيقة"** - صاحب العمل أو فرد أو مجموعة محددة أو معينة بشكل قانوني صدرت الوثيقة لمصلحتهم.

**"طلب التأمين الخاص بصاحب الوثيقة"** - وهو طلب التأمين الذي يجب على العميل تعبئته قبل شراء الوثيقة. عند شراء الوثيقة، سيعد طلب التأمين هذا جزءاً من الوثيقة.

**"مدة الوثيقة"** - مدة الوثيقة كما هو مشار إليها في رسالة الموافقة على الوثيقة والفترة الزمنية (نموذجياً عام واحد) من تاريخ سريان مفعول الوثيقة، حتى إنهاء الوثيقة قبل التجديد.

**"الحالة السابقة لبدء سريان الوثيقة"** - أي إصابة أو اعتلال أو مرض أو داء أو اختلال أو مرض مزمن جسماني أو طبي أو عقلي أو عصبي معروف أو غير معروف بحيث يكون ذو حقيقة طبية مؤكدة عند تقديم الطلب سواء أكان ملاحظ أم لا أو ذو أعراض أو مشخض أو معالج أو تم اكتشافه قبل تاريخ سريان مفعول الوثيقة ويتضمن أي مضاعفات أو نتائج لاحقة أو مزمنة أو متكررة تتعلق به أو تحدث بسببه.

**"القسط"** - التكلفة المطلوبة عن كل شخص مؤهل طبقاً لبنود الوثيقة و وكما هو محدد من قبل دائرة الصحة-أبوظبي.

**"أدوية / وصفة"** - أدوية يمكن الحصول عليها فقط من خلال وصفة مكتوبة من قبل طبيب مرخص.

**"مؤمن عليه رئيسي"** - شخص مؤهل مسجل بشكل صحيح للتغطية بموجب الوثيقة. المؤمن عليه الرئيسي هو شخص (غير معال) تصدر لمصلحته الوثيقة بناء على طلب من صاحب الوثيقة.

**"جهاز صناعي"** - جهاز صناعي، سواء خارجي أو مثبت داخل الجسم، يحل محل أو يكمل جزء مفقود أو معيب من الجسم، مثل الأطراف ومنظمات القلب.

**"مزود خدمة"** - طبيب أو مستشفى أو مجمع عيادات أو صيدلية أو أي منشأة صحية أو أي فرد أو مجموعة من الأفراد يقدمون خدمات الرعاية الصحية.

**"التسعيرة"** - المستند الذي يحدد به القسط، البنود والشروط المتعلقة بدفع القسط ويشكل جزءاً من الوثيقة.

**"المتلقي"** - الشخص المؤهل الذي تلقى أو يتلقى نقل الأعضاء بموجب هذه الوثيقة.

**"جراحة ترميمية"** - جراحة تتبع إصابة، مرض أو عيب خلقي عندما يكون الغرض الرئيسي منها تحسين الوظيفة الأداة للجزء المعني من الجسم.

**"التجديد"** - استمرار سريان الوثيقة بعد انتهائها وذلك بعد قبول البنود المتفق عليها من كلا الطرفين، ولا يسري التجديد إلا بعد دفع الأقساط المحددة.

**"ضبط معلومات الوثيقة"** - بعد إصدار/ قبول الوثيقة، إذا كانت الوثيقة تتطلب تعديلات في المعلومات الأساسية التي لا تؤثر في بنود و شروط الوثيقة، ستقوم ضمان بإصدار "ضبط معلومات الوثيقة" حيث يسجل به المعلومات التي تم

affect the terms and conditions of the Policy, Daman will issue a "Revised Policy Information" document that may record the amended information like Customer Name, Customer Number, Effective Date, Policy Type & Customer Address. This document will be read along with the Policy.

**"Schedule of Benefits"** – is the document detailing the Health Services that are Covered by this Policy.

**"Sickness"** - physical illness or disease. The term "Sickness" as used in this Policy does not include those mentioned in Section 10 General Exclusions.

**"Taxes"** - any value added tax or other similar tax, levy, charge payable to any authority in respect of this Policy.

**"Territorial Limit/Territorial Cover"** - the geographical limits within which Health Services are covered under the Policy and as stated in the Schedule of Benefits.

**"Territory of Occurrence"** – the country where the claimed expenses are incurred.

تعديلها على سبيل المثال اسم العميل، رقم العميل، تاريخ المفعول، نوع الوثيقة وعنوان العميل. وسيتم قراءة هذا المستند جنباً إلى جنب مع الوثيقة.

**"جدول المنافع"** – هو المستند الذي يفصل الخدمات الصحية المغطاه بموجب هذه الوثيقة.

**"المرض"** – المرض الجسماني. مصطلح "مرض" المستخدم في هذه الوثيقة لا يشمل المرض النفسي أو إساءة استخدام المواد وما هو مذكور في القسم ١٠ الاستثناءات العامة.

**"الضرائب"** – تعني ضريبة القيمة المضافة أو أية ضريبة مماثلة و/أو رسوم، مصاريف مستحقة الدفع لأي هيئة فيما يتعلق بهذه الوثيقة.

**"الحد/النطاق الجغرافي للتغطية"** - الحدود الجغرافية التي يسمح بها بتغطية الخدمات الصحية ضمن الوثيقة وكما ورد في جدول المنافع.

**"منطقة وقوع الحادثة"** – الدولة التي تم فيها تكبد المصاريف المطالب بها.

## SECTION 2 ENROLMENT AND EFFECTIVE DATE OF COVERAGE

**2.1 Enrolment.** Eligible Persons will be enrolled after their Policyholder sends notification of their eligibility for Coverage to Daman.

In addition, new Primary Insured and new Dependents may be enrolled as described below in Section 2.5, 2.6, and 2.7. Except as set forth in this section, Primary Insured and/or Dependents shall be enrolled only upon submission of all information and/or documents to Daman and after execution of the LOA. Dependents of a Primary Insured may not be enrolled unless the Primary Insured is also enrolled for Coverage under the Policy.

**Addition:** The Policyholder has the right to require from Daman, by completing and signing a subsequent application form, accompanied with supporting documents, the addition of new Eligible Persons and/or Dependents. The Premium relating to these additions shall be calculated on a pro-rata basis.

**Deletion:** The Policyholder has the right to require from Daman, by completing and signing a subsequent request form, supported with the respective Daman Cards (if issued), to delete Eligible Persons such as deceased or terminated employees who have left the UAE or changed sponsorship etc. and their Dependents. Daman Cards (if issued) have to be returned to Daman with the deletion requests. **The Premium amount for the issued Policy is non-refundable for each and every Eligible Person.**

**2.2 Eligibility Conditions.** The eligibility and enrolment conditions stated in the Law and as legally set forward by DOH and/or other relevant authorities are in addition to those specified in Section 2 of the Policy.

**2.3 Omission of Eligibility.** In case of a discontinuation of the eligibility requirements, as stated in the Law and/or other relevant authorities, the eligibility expires automatically. The Policyholder is obligated to inform Daman, in writing, of those Eligible Persons/Dependents who no longer meet the Eligibility Criteria.

**2.4 Effective Date of Coverage.** Coverage for Eligible Persons is effective as specified in the Policy, after Premium has been paid. In no event will payment for Health Services rendered or delivered before the Effective Date of Coverage be covered. Any request by the Policyholder for the enrolment of an Eligible Person must be in accordance with the Law of the Emirate of Abu Dhabi.

**2.5 Coverage for a Newly Eligible Primary Insured.** Newly eligible Primary Insured shall have the same Coverage benefits as specified in the

## القسم ٢ التسجيل وتاريخ سريان مفعول التغطية

**١-٢ التسجيل -** يتم تسجيل الأشخاص المؤهلين بعد أن يرسل صاحب الوثيقة إلى ضمان إشعاراً بأهليتهم للتغطية.

بالإضافة إلى ذلك، يمكن تسجيل المؤمن عليهم الرئيسيين الجدد والمعالين الجدد حسبما هو مبين أدناه في القسم ٥-٢ و ٦-٢ و ٧-٢. باستثناء ما هو منصوص عليه في هذا القسم، يتم تسجيل المؤمن عليهم الرئيسيين و/أو المعالين فقط عند تقديم جميع المعلومات و/أو المستندات لضمان وبعد تنفيذ رسالة الموافقة على الوثيقة. قد لا يتم تسجيل معالي المؤمن عليه الرئيسي ما لم يتم تسجيل المؤمن عليه الرئيسي للتغطية بموجب الوثيقة.

**الإضافة:** لصاحب الوثيقة الحق في الطلب من ضمان إضافة أي أشخاص مؤهلين و/أو معالين بعد تقديم طلب موقع ومرفق بالمستندات المطلوبة. يتم حساب القسط المتعلق بهذه الإضافة على أساس النسبة والتناسب للفترة المتبقية للوثيقة (برورانا).

**الحذف:** لصاحب الوثيقة الحق في الطلب من ضمان بعد إكمال طلب موقع ومرفق بالمستندات المطلوبة وببطاقات تأمين ضمان (إن أصدرت) العائدة للأشخاص المؤهلين المطلوب حذفهم، حذف أي شخص مؤهل بسبب الوفاة أو إنهاء الخدمة والذين غادروا دولة الإمارات العربية المتحدة أو غيروا كفيلهم، وغير ذلك بالإضافة إلى معاليتهم. ويجب إعادة بطاقات التأمين الشخصية (إن أصدرت) إلى ضمان مع طلبات الحذف. **مبلغ القسط الصادر بموجب هذه الوثيقة هو غير قابل للإسترداد لأي شخص مؤهل وفقاً للقانون.**

**٢-٢ شروط الأهلية:** تكون شروط الأهلية وشروط التسجيل وفقاً للمتطلبات المحددة في القسم ٢ من الوثيقة وتلك المتطلبات المنصوص عليها في القانون والتي تقرها دائرة الصحة و/أو أي هيئة أخرى مختصة.

**٣-٢ إلغاء الأهلية-** في حال فقدان متطلبات الأهلية المنصوص عليها في القانون و/أو وفقاً لما تقره الهيئات المختصة، فإن الأهلية تنتهي تلقائياً. يجب على صاحب الوثيقة إشعار ضمان خطياً بالأشخاص المؤهلين/المعالين الذين فقدوا أي من متطلبات الأهلية.

**٤-٢ تاريخ سريان مفعول التغطية.** تكون تغطية الأشخاص المؤهلين سارية المفعول حسبما هو مذكور في الوثيقة بعد أن يتم دفع القسط. لن يتم بأي حال من الأحوال تغطية الخدمات الصحية المقدمة قبل تاريخ سريان مفعول التغطية. يجب أن يكون أي طلب من صاحب الوثيقة لتسجيل شخص مؤهل طبقاً للقانون و/أو أية قوانين أخرى سارية في إمارة أبو ظبي.

**٥-٢ التغطية الخاصة بالمؤمن عليه الرئيسي المؤهل حديثاً.** يكون للمؤمن عليه الرئيسي المؤهل حديثاً نفس منافع التغطية حسبما هو محدد في الوثيقة. تكون التغطية سارية المفعول بموجب الشروط التالية: (١) إذا تم إشعار ضمان في

Policy. Coverage is effective under the following conditions: (1) If Daman is notified within 13 days of the Primary Insured's eligibility date; and (2) Daman receives any required Premium; and (3) the newly eligible Primary Insured is accepted for Coverage by Daman. If the newly eligible Primary Insured is not accepted for Coverage by Daman, written notification of rejection will be provided to the Policyholder.

**Coverage for New Dependents (Except New-Born Children).** Coverage for a new Dependent acquired by legal adoption, placement for adoption, court or administrative order, or marriage shall take effect on the date that such event is legally recognised by the applicable authorities under the following conditions: (1) If Daman is notified within 30 days of the new Dependent's eligibility for Coverage; and (2) Daman receives any required Premium; and (3) the new Dependent is accepted for Coverage by Daman. If the new Dependent is not accepted for Coverage by Daman, written notification of rejection will be provided to the Policyholder.

**2.6 Effective Date of Coverage for New-Born Children.** New-Born children will become eligible for Coverage on the date of their birth within the UAE. Coverage will become effective on the date of eligibility under the following conditions: (1) if Daman is notified within 30 days of the New-Born child's birth within UAE; (2) Daman receives any required Premium; and (3) the New-Born child is accepted for Coverage by Daman. If the New-Born child is not accepted for Coverage by Daman, written notification of rejection will be provided to the Policyholder.

Coverage for New-Born children born out of the UAE will become effective on the date of arrival to UAE under the following conditions: (1) if Daman is notified within 13 days of the New-Born child's arrival within the UAE, (2) Daman receives any required Premium, and (3) the New-Born child is accepted for Coverage by Daman. If the New-Born child is not accepted for Coverage by Daman, written notification of rejection will be provided to the Policyholder.

**2.7 Effective Date of Coverage for Confinement.** If Eligible Persons are already Confined on their Effective Date of Coverage and do not have Coverage for that Confinement under a previous policy, Health Services related to the Confinement are Covered as long as: (1) Eligible Persons notify Daman of Confinement within 48 hours of the Effective Date, or as soon as is reasonably possible; and (2) Health Services are received in accordance with the terms, conditions, exclusions and limitations of the Policy; and (3) those Covered Health Services occur on the Effective Date of Coverage or later.

If Eligible Persons are confined on their Effective Date of Coverage and the Confinement is covered under a previous insurance policy, Health Services for that Confinement will not be covered

غضون ١٣ يوم من تاريخ أهلية المؤمن عليه الرئيسي، و (٢) تلقت ضمان القسط المطلوب، و (٣) تم قبول المؤمن عليه الرئيسي المؤهل حديثاً للتغطية من قبل ضمان.. إذا لم يتم قبول المؤمن عليه الرئيسي المؤهل حديثاً للتغطية من قبل ضمان، يتم إرسال إشعار خطي بالرفض إلى صاحب الوثيقة.

**تغطية المعالين الجدد (باستثناء الأطفال حديثي الولادة).** يسري مفعول تغطية المعال الجديد المتبني حديثاً" (والذي اكتسب صفته هذه باستيفاء الاجراءات القانونية للتبني، أو وضعه للتبني، أو بموجب حكم محكمة أو أمر إداري، أو عن طريق الزواج) منذ تاريخ اعتماد ذلك قانوناً من قبل الجهات المختصة ووفقاً للشروط التالية: (١) إذا تم إشعار ضمان في غضون ٣٠ يوماً من تاريخ أهلية المعال الجديد للتغطية، و (٢) تلقت ضمان القسط المستحق، و (٣) تم قبول ضمان بتغطية المعال الجديد. إذا لم يتم قبول المعال الجديد للتغطية من قبل ضمان، يتم إرسال إشعار خطي بالرفض إلى صاحب الوثيقة.

**٦-٢ تاريخ سريان مفعول التغطية بالنسبة للأطفال حديثي الولادة.** يصبح الأطفال حديثي الولادة مؤهلين للتغطية منذ تاريخ ولادتهم. و تصبح التغطية سارية المفعول منذ تاريخ الأهلية ووفقاً للشروط التالية: (١) إذا تم إشعار ضمان في غضون ٣٠ يوم من تاريخ ولادة الطفل في دولة الامارات العربية المتحدة، (٢) بعد تلقي ضمان القسط المستحق، و (٣) قبول ضمان تغطية ذلك الطفل حديث الولادة. إذا لم يتم قبول تغطية الطفل حديث الولادة من قبل ضمان، يتم إرسال إشعار خطي بالرفض إلى صاحب الوثيقة.

تسري تغطية الأطفال حديثي الولادة المولودين خارج دولة الامارات العربية المتحدة منذ تاريخ وصولهم الى دولة الامارات العربية المتحدة وفقاً للشروط الآتية: (١) إذا تم إشعار ضمان في غضون ١٣ يوماً من تاريخ وصول الطفل حديث الولادة الى دولة الامارات العربية المتحدة، (٢) تلقي ضمان القسط المستحق، و (٣) قبول ضمان تغطية الطفل حديث الولادة. اذا لم يتم قبول تغطية الطفل حديث الولادة من قبل ضمان يتم ارسال اشعار خطي بالرفض الى صاحب الوثيقة.

**٧-٢ تاريخ سريان مفعول التغطية للإقامة في المستشفى.** في حال اقامة الأشخاص المؤهلين بالمستشفى قبل تاريخ سريان مفعول التغطية دون وجود تغطية لتلك الإقامة بموجب وثيقة سابقة، تغطي الخدمات الصحية المقدمة أثناء تلك الإقامة اذا: (١) قام الأشخاص المؤهلين بإشعار ضمان بهذه الإقامة في غضون ٤٨ ساعة من تاريخ سريان المفعول، أو بأسرع وقت ممكن؛ (٢) تم تلقي الخدمات الصحية طبقاً لبنود و شروط وإستثناءات وقيود الوثيقة، و (٣) قدمت هذه الخدمات الصحية في تاريخ سريان مفعول التغطية أو في تاريخ لاحق.

أما إذا أقام الأشخاص المؤهلين في المستشفى في تاريخ سريان مفعول التغطية وكانت الإقامة مغطاة بموجب وثيقة تأمين سابقة، فلن تغطي الخدمات الصحية المقدمة أثناء تلك الإقامة بموجب الوثيقة. وتغطي جميع الخدمات الصحية الأخرى إعتباراً من تاريخ سريان مفعول التغطية.

under this Policy. All other Health Services are covered as of the Effective Date.

If Eligible Persons are confined on the Effective Date have prior coverage, Health Services for the condition or disability will not be covered under this Policy until the Eligible Person's prior Coverage is exhausted.

## 2.8 Benefit Category.

**Each Eligible Person will be enrolled at the Effective Date or any subsequent enrolment date with his/her Dependents and a specific Benefit Category in accordance with the Schedule of Benefits and the current health status as disclosed in the Policyholder's Application or any other medical/health questionnaire (as applicable).**

**A Benefit Category cannot be changed during the Policy Period including amendment for the maternity status of the married females. Change of benefit category is allowed only upon Policy renewal.**

إذا كان الأشخاص المؤهلين مقيمين في المستشفى في تاريخ سريان المفعول ولديهم تغطية سابقة، فإن الخدمات الصحية الخاصة بالحالة أو الإعاقة لن تغطي بموجب الوثيقة حتى تنتهي التغطية السابقة.

## ٨-٢ تصنيف المنافع.

كل شخص مؤهل سيتم تسجيله في تاريخ سريان المفعول أو أي تاريخ تسجيل لاحق مع معاليه وتصنيف منافع محددة بالانسجام مع برنامج المنافع والحالة الصحية الراهنة كما هو مبين في طلب التأمين الخاص بصاحب الوثيقة أو أي استبيان صحي آخر (حسب الحاجة).

لا يمكن تغيير تصنيف المنافع خلال مدة الوثيقة بما في ذلك تعديل وضع الأمومة للمتزوجات. يُسمح بتغيير تصنيف المنافع فقط عند تجديد الوثيقة.

**SECTION 3  
TERMINATION**

القسم ٣  
الإنهاء

**3.1 Termination of this entire Policy. This Policy and all Coverage under this Policy shall terminate on the earliest of the dates specified below:**

شروط إنهاء الوثيقة بشكل كامل. تنتهي هذه الوثيقة والتغطية بموجبها في التواريخ المذكورة أدناه، أيهما يحين أولاً.

**A. On the date specified by the Policyholder, after at least 30 days prior written notice to Daman, that this Policy shall be terminated.**

في التاريخ المحدد من قبل صاحب الوثيقة، عقب توجيه إشعار خطي قبل ٣٠ يوم على الأقل إلى ضمان، بأنه سيتم إنهاء هذه الوثيقة.

**B. On the date specified by Daman, by written notice to the Policyholder that this Policy shall be terminated, due to the Policyholder's breach of the terms and conditions of the Policy.**

في التاريخ المحدد من قبل ضمان، في إشعار خطي موجه إلى صاحب الوثيقة بأنه سيتم إنهاء هذه الوثيقة بسبب قيام صاحب الوثيقة بخرق أيًا من بنود وشروط الوثيقة.

**C. On the date specified by Daman in written notice to the Policyholder that this Policy shall be terminated because the Policyholder provided Daman with false information material to the execution of this Policy or to the provision of Coverage under this Policy. Daman has the right to rescind this Policy back to the Effective Date. In the event of termination of the Policy under this sub-section (C), Daman reserves the right to rescind the Policy and oblige the Policyholder to pay all claims incurred under the Policy.**

في التاريخ المحدد من قبل ضمان في إشعار خطي موجه إلى صاحب الوثيقة بأنه سيتم إنهاء هذه الوثيقة لأنه قدم معلومات خاطئة ذات أثر جسيم في تنفيذ هذه الوثيقة أو تقديم التغطية بموجب هذه الوثيقة. ويحق لضمان ابطال هذه الوثيقة بأثر رجعي اعتباراً من تاريخ سريان المفعول. في حال تم إيقاف الوثيقة بحسب ما جاء ضمن هذا البند الفرعي (ج)، يحق لضمان ابطال هذه الوثيقة وإجبار صاحب الوثيقة بدفع جميع المطالبات الفعلية ضمن هذه الوثيقة.

**D. On the date specified by Daman, if Daman decides to discontinue this Policy or one of the several categories of Coverage, Policy Benefits, Amendments/ Endorsements/ Riders/ Special Agreement due to change in the Law.**

في التاريخ المحدد من قبل ضمان، إذا قررت ضمان إيقاف هذه الوثيقة أو أيًا من فئات التغطية أو منافع الوثيقة أو الملحقات أو التعديلات أو اتفاقات خاصة بسبب تغيير في القانون.

**E. On the date specified by Daman in written notice to the Policyholder that the Policy will terminate due to a resolution that has been passed or an order made for winding up of Daman.**

في التاريخ المحدد من قبل ضمان في إشعار خطي موجه إلى صاحب الوثيقة بأنه سيتم إنهاء هذه الوثيقة بسبب صدور قرار أو حكم قضى بحل الشركة.

**F. On the date specified by Daman in written notice to the Policyholder that the Policy will terminate due to amendments in the Law or any other legal general regulations, which affect the Policy so fundamentally that it is not possible for Daman to continue providing coverage under the Policy.**

في التاريخ المحدد من قبل ضمان في إشعار خطي موجه إلى صاحب الوثيقة بأنه سيتم إنهاء هذه الوثيقة بسبب تعديل في القانون أو أية قوانين أو تشريعات أخرى والتي قد تؤثر على الوثيقة بشكل أساسي وجوهري بحيث لا يمكن لضمان الاستمرار في توفير التغطية بموجب الوثيقة.

**3.2 Termination of an Eligible Person's Coverage under the Policy. Eligible Persons Coverage shall automatically terminate on the earliest of the dates specified below:**

إنهاء تغطية شخص مؤهل بموجب الوثيقة. تنتهي تغطية الشخص المؤهل تلقائياً في أيًا من التواريخ المحددة أدناه، أيهما يحين أولاً:

**A. The date the entire Policy is terminated, as specified in the Policy.**

التاريخ الذي يتم فيه إنهاء الوثيقة، حسبما هو مذكور في الوثيقة.

**B. On the date that Eligible Persons cease to be eligible as a Primary Insured or enrolled Dependent, the Policyholder shall**

في التاريخ الذي يفقد فيه الأشخاص المؤهلين أهليتهم كمؤمن عليهم رئيسيين أو معالين مسجلين، فإنه يجب على صاحب الوثيقة إشعار ضمان خطياً بذلك، وبشرط أن تستلم ضمان بطاقة ضمان (إن أصدرت).



notify Daman and the Daman Card (if issued) shall be provided to Daman.

- C. The date specified by Daman in written notice, in the event that the Eligible Person commits an act of fraud and/or abuse in relation to the benefits he/she receives under the Policy or because the Eligible Person permitted the use of his or her Card, or any other health care authorisation document, by any unauthorised person or used another person's Card.
- D. The date specified by Daman in written notice due to breach by the Eligible Person of the terms and conditions of the Policy.
- E. The date specified by Daman in written notice due to fraud, misrepresentation or because the Eligible Person knowingly provided Daman with false material information, including but not limited to information relating to another person's eligibility for Coverage or status as a Dependent, Pre-Existing Conditions, or hazardous activities. Daman has the right to rescind Coverage back to the Effective Date.
- F. Upon the expiry of the period set out in the Policyholders' Application for non-submission of any missing and/or incomplete documents which was undertaken to be provided to Daman. Such cancellation shall be effective as of the Policy Effective Date or the enrolment date of the Eligible Person.

### 3.3 Obligations of Daman on Termination of the Policy.

Termination of the Policy or termination of the Coverage shall not affect any request for reimbursement of Eligible Expenses for Health Services rendered prior to the date of termination, unless the termination was due to a reason set out under Section 3.1(B), 3.1(C), 3.2(C), 3.2(D) and 3.2(E). An Eligible Person's request for reimbursement must be furnished as required in Section 9. If the Eligible Person is Hospitalised on the termination date of the Coverage, hospital charges for that continuous period of Hospitalisation will be paid by Daman, according to the Benefits and limitations of the Policy up to 30 days following the date of Policy termination.

### 3.4 Obligations of the Policyholder on Termination of the Policy or Coverage of Eligible Person.

- A. In the event of termination of the Policy in accordance with section 3.1(B), 3.1 (C), 3.2 (C), 3.2(D) and 3.2(E), Daman shall be entitled to recover all amounts that it has paid in respect of claims submitted either

التاريخ المحدد من قبل ضمان في إشعار خطي، في حال إرتكاب الشخص المؤهل عملاً من أعمال الغش و / أو سوء الإستعمال في ما يتعلق بالتغطية التي يتلقاها في إطار الوثيقة أو لأن الشخص المؤهل سمح باستخدام البطاقة الخاصة به ، أو أي مستند آخر يخوله الحصول على رعاية صحية أخرى، من قبل شخص غير مخول بذلك أو إستعمل بطاقة خاصة بشخص آخر.

التاريخ المحدد من قبل ضمان بأن التغطية سوف تنتهي بسبب قيام الشخص المستفيد بخرق لبنود وشروط الوثيقة.

التاريخ المحدد من قبل ضمان في إشعار خطي بسبب الغش أو التضليل ، أو لأن الشخص المؤهل و بعلمه قام بتزويد ضمان بمعلومات مادية زائفة ، على سبيل المثال لا الحصر - المعلومات المتعلقة بأهلية شخص آخر للتغطية أو بوصفه شخص معال، الأمراض السابقة لبدء سريان الوثيقة، أو أنشطة خطيرة. يكون لضمان الحق في هذه الحالة إنهاء التغطية بأثر رجعي .

و) عند انقضاء الفترة المحددة في طلب التأمين الخاص بصاحب الوثيقة لعدم تقديم أي مستندات مفقودة و / أو غير كاملة والتي تم الإقرار بتقديمها إلى ضمان. يصبح هذا الإنهاء ساري المفعول اعتباراً من تاريخ سريان الوثيقة أو تاريخ تسجيل الشخص المؤهل.

موجبات ضمان عند إنهاء الوثيقة

لن يؤثر إنهاء الوثيقة أو إنهاء التغطية على أي طلب متعلق باسترداد المصاريف المستحقة عن الخدمات الصحية المقدمة قبل تاريخ الإنهاء، ما لم يحدث الإيقاف لسبب من الأسباب التي تم ذكرها ضمن البند ١-٣ (ب)، ١-٣ (ج)، ٢-٣ (ج)، ٢-٣ (د) و ٢-٣ (هـ). إن طلب الشخص المؤهل لإسترداد المصاريف المستحقة يجب أن يقدم وفقاً لما هو مذكور في القسم ٩. إذا تم علاج الشخص المؤهل داخل المستشفى في تاريخ إنهاء التغطية ، فإن مصاريف المستشفى عن تلك الفترة المستمرة في المستشفى سوف يتم دفعها من قبل ضمان ، وفقاً للمنافع والإستثناءات المنصوص عليها في الوثيقة وقد تمتد هذه الفترة لغاية ٣٠ يوماً من تاريخ إنهاء الوثيقة أو التغطية.

موجبات صاحب الوثيقة عند إنهاء الوثيقة أو تغطية الشخص المؤهل.

في حالة إنهاء الوثيقة بالتوافق مع ما جاء في القسم ١-٣ (ب)، ١-٣ (ج)، ٢-٣ (ج)، ٢-٣ (د) و ٢-٣ (هـ)، يحق لضمان استرداد جميع المبالغ التي دفعتها فيما يتعلق بالمطالبات المقدمة سواء من قبل الشخص المؤهل أو مزود الخدمة (فيما يتعلق

by the Eligible Person or the Provider (in respect of Health Services rendered to the Eligible Person). Daman shall also have the right to refer the matter to DOH and/or other relevant judicial authorities.

- B. Except for the provision contained in section 3.3 above, upon termination of the Eligible Person's Coverage or on termination of the Policy, the Policyholder shall be liable to Daman for any Health Services obtained by the Eligible Persons on a date following the date of termination of the Policy or the date of termination of the Eligible Person's Coverage.**
- C. Upon termination of the Policy or Coverage in accordance with Section 3.1 or 3.2, the Policyholder must provide written notice of termination to the Eligible Person and must inform the Eligible Person that he will no longer be covered for Health Services under the Policy.**
- D. Upon Termination of Coverage of an Eligible Person or termination of the Policy, it is the Policyholder's responsibility to ensure that the Daman Cards (if issued) of all Eligible Persons is returned to Daman.**
- E. The Policyholder will be responsible for reimbursement to Daman for payment of any Health Services obtained by an Eligible Person using their Daman Card (if issued) after Coverage termination or termination of the Policy.**

بالخدمات الصحية المقدمة للشخص المؤهل). كما يحق لضمان إحالة الأمر إلى دائرة الصحة و/أو السلطات القضائية الأخرى ذات الصلة.

باستثناء ما هو منصوص عليه في البند ٣-٣ أعلاه، عند إنهاء تغطية الشخص المؤهل أو إنهاء الوثيقة، يبقى صاحب الوثيقة مسؤولاً تجاه ضمان عن دفع أي تكاليف مالية ناتجة عن تلقي خدمات صحية من قبل الشخص المؤهل في اليوم التالي من تاريخ إنهاء الوثيقة أو تاريخ إنهاء تغطية الشخص المؤهل.

عند إنهاء هذه الوثيقة أو التغطية وفقاً للمادة ١-٣ أو ٢-٣، على صاحب الوثيقة إرسال إشعاراً خطياً إلى الشخص المؤهل يعلمه بهذا الإنهاء و بأنه لن يكون مغطى لتلقي الخدمات الصحية بموجب هذه الوثيقة.

عند إنهاء تغطية الشخص المؤهل أو إنهاء الوثيقة، يتوجب على صاحب الوثيقة إرجاع بطاقات ضمان الخاصة بالأشخاص المؤهلين (إن أصدرت) إلى ضمان.

يتحمل صاحب الوثيقة كافة النفقات التي تتكبدها ضمان عند تقديم أية خدمات صحية إلى الشخص المؤهل عندما يقوم هذا الأخير باستخدام البطاقة الخاصة به بعد إنهاء التغطية أو الوثيقة.

#### SECTION 4 PREMIUM RATES

**4.1 Premiums.** Premiums payable by or on behalf of Eligible Persons are specified in the Quotation, attached with the LOA.

**4.2 Computation of Premium.** The Policyholder shall pay the Premium as specified in the Quotation, at the date of enrolment or on the date that the notification is received from the Policyholder, in accordance with the regulations set forth by DOH or in the Law.

For new members whose enrolment occurs on a day after the Effective Date of the Policy, the Premium shall be calculated on a pro-rata basis.

**4.3 Notification of Coverage Changes.** The Policyholder shall notify Daman in writing within 30 days of the Effective Date of enrollments, terminations or other changes **however there will be no refund of the Premium.**

**4.4 Payment of the Premium.** The Premium is payable in advance by the Policyholder to Daman as described in LOA. All Premium payments shall be accompanied by supporting documentation, which states the names of the Eligible Persons for whom payment is made.

The Policyholder shall reimburse Daman for attorney's fees and any other costs related to collecting unpaid Premiums.

**All Premium/s stated in the Quotation are payable in advance and prior to any Coverage under the Policy being provided, unless otherwise agreed in writing by Daman.**

**4.5 Currency.** All Premium(s) paid by the Policyholder shall be in the currency of UAE Dirham.

**4.6 Premium refund. Refunds shall only be made in accordance with the Law. Notwithstanding the aforementioned, refunds shall not be made by Daman to the Policyholder in the event of termination of the Policy, cancellation of Coverage of an Eligible Person or erroneous enrolment of an individual.**

**4.7 Taxes.** The Policyholder hereby agrees that if any taxes including value added tax is applicable on the Premium and other charges payable/paid in relation to this Policy retrospectively from the Effective Date of the Policy or prospectively from the date of implementation of such Taxes, Daman reserves its right to collect the same from the Policyholder in addition to the Premium, in line with the applicable laws and regulations.

#### القسم ٤ الأقساط

٤-١ الأقساط. ان الأقساط المستحقة الدفع من قبل أو نيابة عن الأشخاص المؤهلين محددة في ملخص القسط المرفقة مع رسالة الموافقة على الوثيقة.

٤-٢ حساب الأقساط. يدفع صاحب الوثيقة نفس القسط المذكور في التسعيرة، في تاريخ التسجيل أو تاريخ الإخطار من صاحب الوثيقة، حسبما هو مبين اللوائح التي تحددها دائرة الصحة أو في القانون.

للأعضاء الجدد الذين تم تسجيلهم بعد تاريخ سريان مفعول الوثيقة، يكون احتساب الأقساط على أساس النسبة و التناسب.

٤-٣ إشعار بتعديلات التغطية. على صاحب الوثيقة إشعار ضمان خطياً في غضون ٣٠ يوماً من تاريخ تسجيل أو إنهاء أو إجراء أية تعديلات أخرى، **ولن يتم استرداد القسط المدفوع.**

٤-٤ دفع القسط. يكون القسط مستحق الدفع مقدماً من قبل صاحب الوثيقة إلى ضمان حسبما هو مفصل في رسالة الموافقة على الوثيقة. عند دفع الأقساط ترفق جميع المستندات التي تحدد أسماء الأشخاص المؤهلين الذين تم الدفع عنهم.

يقوم صاحب الوثيقة بتعويض ضمان عن أتعاب المحاماة وأية تكاليف أخرى تتعلق بتحصيل الأقساط الغير مدفوعة.

جميع الأقساط المذكورة في التسعيرة تسدد مقدماً وقبل الشروع في توفير أية تغطية بموجب الوثيقة ما لم توافق ضمان كتابة على خلاف ذلك.

٤-٥ العملة. تدفع جميع الأقساط من قبل صاحب الوثيقة بعملة دولة الإمارات العربية المتحدة (الدرهم الإماراتي).

٤-٦ استرداد القسط. سوف يكون الإستراد فقط وفقاً للقانون. و على الرغم من المذكور أعلاه، فإنه لن يتم إعادة مبالغ الأقساط من قبل ضمان لصاحب الوثيقة في حال إنهاء الوثيقة أو إلغاء تغطية شخص مؤهل أو تسجيل خاطئ لأي فرد...

٤-٧ الضرائب. يقر حامل الوثيقة هنا بأنه، وفي حال تطبيق أي ضريبة مضافة على الأقساط التأمينية و/أو رسوم أخرى خاصة بالوثيقة تم دفعها أو مستحقة الدفع بأثر رجعي من تاريخ سريان الوثيقة أو مستقبلياً من تاريخ تنفيذ سريان هذه الضرائب، يحق لضمان الاحتفاظ بحقوقها في تحصيل هذه القيمة من حامل الوثيقة بالإضافة إلى الأقساط التأمينية وفق القوانين والتشريعات المعمول بها في هذا الصدد.

## SECTION 5 GENERAL PROVISIONS

**5.1 Administrative Services.** The services necessary to administer the Policy and the Coverage provided under it will be provided in accordance with Daman's or its designee's most current standard administrative procedures. If the Policyholder requests that such administrative services be provided in a manner other than in accordance with these standard procedures, and such services are agreed to by Daman, the Policyholder shall pay for such services or reports at Daman's or its designee's then-current charges for such services or reports.

**5.2 Limitation of Action.** If a dispute between Daman and the parties (includes Policyholder and / or Eligible Persons on behalf of Policyholder) dealing in business with it arises out of or is related to this Policy, the concerned Party and Daman shall meet and negotiate in good faith to attempt to resolve the dispute.

In case the parties are not able to resolve the dispute between themselves, the dispute shall be submitted in writing to the Grievances & Appeals Unit of the DOH for an amicable settlement, and any other dispute resolution procedures shall be of no force and effect unless and until the complaints procedure set out by DOH has been exhausted.

If the dispute or conflict is not resolved in accordance with the paragraph here-above, unless otherwise agreed between both parties, all disputes shall be referred to and determined by the Abu Dhabi Courts, which shall have exclusive jurisdiction to settle any dispute arising out of or in connection with this Policy.

If legal proceedings or actions against Daman are not brought within three years of the date Daman notifies the other party of its final decision, the right to bring any action against Daman is forfeited.

**5.3 Amendments and Alterations.** Any change to the Policy will be issued as an Amendment and/or Endorsement and/or Rider and/or a Special Agreement and shall form a part of the Policy. Such an amendment/modification will be made by Daman in accordance with the Law and is effective only upon the date of signature by an authorised officer of Daman and the Policyholder. No agent has the authority to change the Policy or to waive any of its provisions.

In the event of a modification/amendment to the Policy, all other unchanged terms and conditions, exclusions, limitations and scope of services under the Policy shall remain the same and unaltered.

DOH and/or other relevant authorities may after the approval of the Executive Council implement changes to the Law. Such changes will become

## القسم ٥ أحكام عامة

**١-٥ الخدمات الإدارية.** تقدم الخدمات الضرورية لإدارة هذه الوثيقة والتغطية المزودة بموجبها طبقاً لأحدث الإجراءات الإدارية القياسية الخاصة بضمّان أو المعين من قبلها. إذا طلب صاحب الوثيقة تقديم الخدمات الإدارية على نحو مخالف لهذه الإجراءات القياسية، وتمت الموافقة على تلك الخدمات من قبل ضمّان، فعندئذ يدفع صاحب الوثيقة مقابل تلك الخدمات أو التقارير حسب الأسعار المعمول بها في حينه لدى ضمّان أو المعين من قبلها بشأن تلك الخدمات أو التقارير.

**٢-٥ حدود التقاضي.** في حال نشوء نزاع بين ضمّان وأي طرف آخر (بما في ذلك صاحب الوثيقة و/أو الأشخاص المؤهلين نيابة عن صاحب الوثيقة) حول هذه الوثيقة، يجتمع الطرف المعني ويجري مفاوضات مع ضمّان بحسن نية من أجل التوصل إلى حل النزاع.

وفي حال تعذر على الطرفين حل النزاع فيما بينهم، يحال النزاع بشكل خطي إلى وحدة الشكاوى والتظلمات في دائرة الصحة للتسوية الودية، ولا تكون أية إجراءات أخرى لحل النزاعات سارية ونافاذة ما لم يتم إستنفاد جميع الإجراءات المحددة من قبل دائرة الصحة.

إذا لم يتم حل النزاع أو الخلاف وفقاً لما جاء في الفقرة أعلاه، يحال النزاع إلى محاكم أبوظبي التي يكون لها الاختصاص الحصري لتسوية أي نزاع ينشأ عن أو فيما يتعلق بهذه الوثيقة.

في حال عدم إقامة إجراءات أو دعاوى قانونية ضد ضمّان خلال ثلاث سنوات من تاريخ قيام ضمّان بإبلاغ الطرف الآخر بقرارها النهائي، يسقط حق إقامة دعوى ضد ضمّان.

**٣-٥ التعديلات والتغييرات.** أية تغييرات في الوثيقة يتم إصدارها على شكل تعديلات/تعديلات جديدة على الوثيقة و/أو ملحقات و/أو اتفاقات خاصة بين الأطراف وتعد جزءاً من الوثيقة. تصدر هذه التعديلات من قبل ضمّان ويجب أن تتم طبقاً للقانون وتكون سارية المفعول فقط عند التوقيع عليها من قبل الشخص الذي يمثل كل من ضمّان و صاحب الوثيقة. ولا يمتلك أي وكيل صلاحية تغيير الوثيقة أو التنازل عن أي من أحكامها.

وفي حالة وجود تغيير / تعديل على الوثيقة ، تبقى جميع البنود والشروط والاستثناءات والحدود و الخدمات المقدمة ثابتة كما هي و دون تغيير.

يحق لدائرة الصحة وكذلك أي جهة مختصة إجراء تغييرات على قانون التأمين بعد الحصول على موافقة المجلس التنفيذي. وتصبح التغييرات سارية المفعول إعتباراً من تاريخ سريان مفعول تلك القوانين المعنية.

effective as with the effective date of the respective laws.

**5.4 Relationship among Parties.** The relationships between Daman and Network Providers and relationships between Daman and Policyholder are **solely** contractual relationships between independent contractors. Network Providers and Policyholder are neither agents nor employees of Daman, nor is Daman or any employee of Daman an agent or employee of Network Providers or Policyholder.

The relationship between a Provider and any Eligible Person is that of Provider and patient. The Provider is solely responsible for services provided to any Eligible Person.

The relationship between the Policyholder and Eligible Persons is that of employer and employee or sponsor and sponsoree, or other Coverage category as defined in the Policy or in the Law. The Policyholder is solely responsible for enrollment and Coverage Category changes (including termination of a Primary Insured's or Dependent's Coverage), for the timely payment of the Premium to Daman, and for notifying Eligible Persons of the terms and conditions and termination of the Policy.

**5.5 Records.** The Policyholder and Eligible Persons must furnish to Daman as soon as possible all information and proofs, which it may reasonably require regarding any matters pertaining to the Policy.

By accepting Coverage under the Policy, Eligible Persons authorize and direct any person or institution that has provided services to Eligible Persons, to furnish Daman any and all information and records or copies of records relating to the services provided to Eligible Persons. Daman has the right to request this information whenever reasonably required. This applies to all Eligible Persons, including enrolled Dependents whether or not they have signed the Primary Insured's application (as applicable).

Daman agrees that such information and records will be considered confidential. Daman has the right to release any and all records concerning health care services, which are necessary to implement and administer the terms of the Policy or for appropriate medical review or quality assessment.

Daman or its Network Providers are permitted to charge Eligible Persons reasonable fees to cover costs for completing requested medical abstracts or forms which Eligible Persons have requested. Such reasonable fees shall be in accordance with the Law, as set forward by DOH and/or other relevant authorities.

In some cases, Daman will designate other persons or entities to request records or information from or related to Eligible Persons and to release those records as necessary. Daman's

٤-٥ **العلاقة بين الأطراف.** تعد العلاقات بين ضمان ومزودي الخدمة داخل الشبكة وبين ضمان وأصحاب الوثيقة مجرد علاقات تعاقدية بين متعاقدين مستقلين. ولا يعتبر مزودي الخدمة داخل الشبكة أو أصحاب الوثيقة وكلاء عن أو موظفين لدى ضمان، وكذلك لا تعتبر ضمان أو أياً من موظفيها وكلاء أو موظفاً لدى مزودي الخدمة داخل الشبكة أو لدى أصحاب الوثيقة.

إن العلاقة بين مزود الخدمة والشخص المؤهل هي علاقة مزود خدمة بمرضى. ويكون مزود الخدمة مسؤولاً - دون غيره - عن الخدمات التي يقدمها إلى أي شخص مؤهل.

إن العلاقة بين صاحب الوثيقة والأشخاص المؤهلين هي علاقة صاحب عمل بموظف أو كفيل بكفيله أو بفترة تغطية أخرى حسبما هو محدد في الوثيقة أو القانون. ويعتبر صاحب الوثيقة مسؤولاً - دون غيره - عن التسجيل أو تغيير فئة التغطية (بما في ذلك إنهاء تغطية المؤمن عليه الرئيسي أو المعالين)، وعن دفع الأقساط لضمان في مواعيدها، وإبلاغ الأشخاص المؤهلين بنود وشروط وحالات إنهاء الوثيقة.

٥-٥ **السجلات.** يجب على صاحب الوثيقة والأشخاص المؤهلين تزويد ضمان في أسرع وقت ممكن بجميع المعلومات والإثباتات التي قد تطلبها بشكل معقول ويكون لها صلة بالوثيقة.

بمجرد قبول التغطية بموجب الوثيقة، يطلب ويفوض الأشخاص المؤهلين أي شخص أو مؤسسة قاموا بتقديم خدمات صحية لهم بموافقة ضمان بأي من وكافة المعلومات والسجلات أو نسخ عن السجلات المتعلقة بالخدمات المقدمة اليهم. وتحتفظ ضمان بحق طلب هذه المعلومات حيثما تكون مطلوبة بشكل معقول. وينطبق هذا على جميع الأشخاص المؤهلين، بما في ذلك المعالين سواء قاموا بالتوقيع على طلب المؤمن عليه الرئيسي أم لا (حسب الاقتضاء).

توافق ضمان على اعتبار تلك المعلومات والسجلات سرية. وتمتلك ضمان حق الكشف عن أي من وكافة السجلات الخاصة بخدمات الرعاية الصحية اللازمة لأغراض تنفيذ وإدارة بنود الوثيقة أو للمراجعة الطبية الملائمة أو لتقييم الجودة.

يسمح لضمان أو لمزودي الخدمة داخل الشبكة إحساب رسوم معقولة على الأشخاص المؤهلين لتغطية تكاليف تعبئة المستخرجات أو النماذج الطبية المطلوبة من قبل الأشخاص المؤهلين. يجب أن تحتسب تلك الرسوم المعقولة طبقاً للقانون، حسبما هو مقرر من قبل دائرة الصحة وغيرها من الهيئات المختصة.

في بعض الحالات، سوف تقوم ضمان بتعيين أشخاص أو جهات أخرى لطلب السجلات أو المعلومات من أو المتعلقة بالأشخاص المؤهلين والكشف عن تلك السجلات حسب الضرورة. ولهؤلاء المعينين من قبل ضمان نفس الحقوق التي تمتلكها ضمان بشأن هذه المعلومات.



designees have the same rights to this information as does Daman.

During and after the term of the Policy, Daman and its related entities may use and transfer the information gathered under the Policy for research and analytic purposes.

**5.6 Clerical errors:** Clerical error shall not deprive any Eligible Person of Coverage under this Policy or create a right to Benefits. Upon discovery of a clerical error such as but not limited to applying the wrong age-banded premium, non-collection of any ancillary premiums such as small investor surcharge, maternity, any other premium or error in calculation of premium, any necessary appropriate adjustment in Premiums shall be made by Daman and shall be paid by the Policyholder upon receiving notice from Daman to do so. Furthermore, clerical error shall not absolve the Policyholder of liability for payment of any fines, penalties and/or other charges related to violation of the Law. If on discovery of a clerical error such as but not limited to miscalculation of fine or non-collection of fine the Policyholder shall be responsible to pay such amounts to Daman upon Daman's request. The Policyholder shall ensure that all the information (including member information) submitted to Daman in respect of enrollment/renewal of Eligible Persons under the Policy are complete, true and correct. The Eligible Persons shall be enrolled under the Policy in accordance with the Law. In the event of any discrepancy in invoice issued, the invoice shall be corrected based on original list of members submitted by the Policyholder and no further changes can be accommodated.

**5.7 Conformity with Statutes.**

- Any provision of the Policy which on its Effective Date, is in conflict with the requirements of governmental statutes or regulations (of the jurisdiction in which delivered) shall be amended to conform to the minimum requirements of such statutes and regulations.
- Daman shall not be deemed to provide cover to the Policyholder or Primary Insured or enrolled Dependent(s) and Daman shall not be liable to pay any claim or provide any Benefit to the extent that the provision of such cover, payment of such claim or provision of such Benefit would expose Daman to any sanction, prohibition or restriction under United Nations resolutions, or the trade or economic sanctions, laws or regulations of the European Union, United States America such as but not limited to OFAC, United Kingdom and/or the UAE.

**5.8 Notice.** Written notice given by Daman to the Policyholder is deemed notice to all affected Primary Insured and their Enrolled Dependents in the administration of this Policy, including termination of this Policy. The Policyholder is responsible for giving notice to Eligible Persons.

Any notice sent to Daman under this Policy and any notice sent to the Policyholder shall be addressed as described in LOA.

خلال مدة سريان الوثيقة وكذلك بعدها، يحق لضمان وللجهات ذات العلاقة إستعمال ونقل المعلومات التي تم جمعها بموجب الوثيقة لأغراض البحث والتحليل.

**٦-٥ الخطأ المطبعي.** لن يحرم الخطأ المطبعي أي شخص مؤهل من التغطية بموجب هذه الوثيقة أو يخول أي فرد حقاً في المنافع.

عند اكتشاف خطأ مطبعي، على سبيل المثال لا الحصر، تطبيق أقساط خاطئة لفئات السن، وعدم جمع أي أقساط إضافية مثل رسم إضافي للمستثمر الصغير، أو الحمل و الولادة، أو أي قسط آخر أو خطأ في حساب القسط، أي تعديل ملائم و ضروري على الأقساط تقوم به ضمان بحيث يجب على صاحب الوثيقة دفعه عند تلقي إشعار من ضمان للقيام بذلك. عالوة على ذلك، ان الخطأ المطبعي لا يعني صاحب الوثيقة من مسؤوليته في دفع أي غرامات و/أو أية رسوم أخرى تتعلق بانتهاك القانون. في حالة اكتشاف الخطأ المطبعي، على سبيل المثال لا الحصر، خطأ في تقدير الغرامة أو عدم تحصيل الغرامة، فعلى صاحب الوثيقة مسؤولية دفع هذه المبالغ إلى ضمان بناء على طلب ضمان. يجب على صاحب الوثيقة التأكد من أن جميع المعلومات (بما في ذلك معلومات العضو) المقدمة إلى ضمان فيما يتعلق بالتسجيل / تجديد الأشخاص المؤهلين في إطار الوثيقة كاملة، حقيقية وصحيحة. يجب تسجيل الأعضاء المؤهلين في إطار الوثيقة وفقاً للقانون. في حال وجود أي تناقض في الفاتورة الصادرة سيتم تصحيح الفاتورة على أساس القائمة الأصلية للأعضاء المقدمة من صاحب الوثيقة ولن يتم إجراء تغييرات أخرى فيما بعد.

**٧-٥ الإلتزام بالقوانين.**

بموجب هذه الوثيقة، يجب تعديل أي حكم من أحكام الوثيقة يتعارض- في تاريخ سريان المفعول- مع متطلبات القوانين أو اللوائح الحكومية (الصادرة من جهات مختصة) لكي يتوافق مع الحد الأدنى لمتطلبات تلك القوانين واللوائح.

لا يعتبر ضمان جهة لتوفير تغطية لصاحب الوثيقة أو المؤمن عليه الرئيسي أو المعالين المسجلين ولن تكون ضمان مسؤولة عن دفع أي مطالبة أو تقديم أي منفعة في حال كان تقديم مثل هذه التغطية، أو دفع هذه المطالبة أو توفير مثل هذه المنافع من شأنها أن يعرض ضمان إلى أي عقوبات أو حظر أو تقييد بموجب قرارات الأمم المتحدة أو العقوبات التجارية أو الاقتصادية أو القوانين أو اللوائح الخاصة بالاتحاد الأوروبي والولايات المتحدة الأمريكية مثل على سبيل المثال لا الحصر مكتب مراقبة الأصول الأجنبية، المملكة المتحدة و/أو دولة الإمارات العربية المتحدة.

**٨-٥ الإشعارات.** يعتبر الإشعار الخطي المرسل من قبل ضمان إلى صاحب الوثيقة إشعاراً إلى جميع الأشخاص المؤمن عليهم الرئيسيين المعنيين والمعالين المسجلين من قبلهم، بما في ذلك إنهاء هذه الوثيقة. ويكون صاحب الوثيقة مسؤولاً عن توجيه إشعاراً بذلك إلى الأشخاص المؤهلين.

يجب أن يرسل أي إشعار موجه إلى ضمان أو إلى صاحب الوثيقة حسبما هو مفصل في رسالة الموافقة على الوثيقة.



**The Policyholder should notify Daman of any change in address or employment status of any Eligible Person as soon as the Policyholder becomes aware of the change.**

**5.9 Renewal of the Policy.** The Policy is an annual contract and could be renewed for a new policy period if Daman and Policyholder agree to the renewal.

Daman shall notify the Policyholder thirty (30) days prior to the Expiry Date of the Policy that this Policy is due to expire. Within this thirty (30) day period, the Policyholder is required to inform Daman if he does not want to renew this Policy.

The Policyholder must ensure that renewal takes place on the day after the Expiry Date of this Policy to ensure that the Eligible Persons under this Policy obtain continuous coverage for Health Services.

**5.10 Sanctions.** Daman shall not be deemed to provide cover to the Policyholder or Primary Insured or enrolled Dependent(s) and Daman shall not be liable to pay any claim or provide any Benefit hereunder to the extent that the provision of such cover, such payment of claim or provision of such Benefit would expose Daman to any sanctions, prohibitions or restrictions under United Nations resolutions or the trade or economic sanctions, laws or regulations of the European Union, United States of America such as but not limited to OFAC, United Kingdom and/or the UAE.

يتعين على صاحب الوثيقة إبلاغ ضمان بأي تغيير في عنوان أو في وضع العمل بالنسبة لأي شخص مؤهل فور علم صاحب الوثيقة بهذا التغيير.

٩-٥ تجديد الوثيقة. تعد الوثيقة عقداً سنوياً ويجوز تجديدها لمدة مماثلة لمدة الوثيقة إذا وافقت ضمان وصاحب الوثيقة على هذا التجديد.

على ضمان إشعار صاحب الوثيقة قبل (٣٠) يوماً من تاريخ إنتهاء الوثيقة بموعد تجديدها. ويلتزم صاحب الوثيقة بإخطار ضمان خلال الثلاثين (٣٠) يوماً قبل تاريخ الإنتهاء في حال رغبته في عدم تجديد الوثيقة.

يجب على صاحب الوثيقة التأكد من تجديد الوثيقة في اليوم التالي من تاريخ إنتهاء هذه الوثيقة لكي يحصل الأشخاص المؤهلين الذين يستوفون الشروط المطلوبة بموجب هذه الوثيقة على إستمرارية تغطية الخدمات الصحية.

١٠-٥ العقوبات. لا يعتبر ضمان جهة لتوفير تغطية لصاحب الوثيقة أو المؤمن عليه الرئيسي أو المعالين المسجلين ولن تكون ضمان مسؤولة عن دفع أي مطالبة أو تقديم أي منفعة في حال كان تقديم مثل هذه التغطية، أو دفع هذه المطالبة أو توفير مثل هذه المنافع من شأنها أن يعرض ضمان إلى أي عقوبات أو حظر أو تقييد بموجب قرارات الأمم المتحدة أو العقوبات التجارية أو الاقتصادية أو القوانين أو اللوائح الخاصة بالاتحاد الأوروبي والولايات المتحدة الأمريكية مثل على سبيل المثال لا الحصر مكتب مراقبة الأصول الأجنبية، المملكة المتحدة و/أو دولة الإمارات العربية المتحدة.

## SECTION 6 PROCEDURES FOR OBTAINING BENEFITS

### A - NETWORK BENEFIT

**6.1 Health Services Rendered by Network Providers.** Eligible Persons are entitled for Coverage for Health Services listed as Network Benefits in the Schedule of Benefits, if such Health Services are Medically Necessary and are provided by a Network Physician or other Network Provider. All Coverage is subject to the terms, conditions, exclusions and limitations of the Policy.

Health Services, which are not provided by a Network Physician or other Network Provider, are not Covered as Network Benefits, except in Emergency situations or referral situations authorised in advance by Daman as mentioned in the Schedule of Benefits. Failure to comply with all administrative procedures required by a Network Provider may result in denial of coverage. Enrolling for Coverage under the Policy does not guarantee Health Services by a particular Network Provider on the list of Providers. The list of Network Providers is subject to change, and it is at the sole discretion of Daman. No notice in this regard is required to be given to the Policyholder/Eligible Persons. Eligible Persons must choose among remaining Network Providers in order to obtain Network Benefits.

Coverage for Health Services is subject to payment of the Premium required for Coverage under the Policy and payment of the Deductible or Co-insurance specified for any service.

**6.2 Verification of Participation Status.** The Policyholder shall ensure that Eligible Persons are informed that they are requested to verify the participation status of a Physician, Hospital or other Health Services as the participation status of a Provider may change from time to time. Eligible Persons can verify the participation status from the Daman website or by calling the customer care centre at Daman. Eligible Persons must show their Card every time they request Health Services in order for Daman to cover the Claim on a direct billing basis. In cases where Eligible Persons fail to present their Card to a Network Provider, any Covered Health Services availed at such Network Provider shall only be eligible for 80% reimbursement of the coverage offered as per the Schedule of Benefits.

If failure to verify participation status or the failure to show a Card or similar documents results in non-compliance with required Daman procedures, Coverage of Network Benefits will be denied and in such cases insured members shall be required to pay for Health Services obtained directly to the Provider in accordance with the prices set by the Provider.

**6.3 Prior Approval Does Not Guarantee Benefits.** The fact that Daman authorises services or supplies does not guarantee that all charges will

## القسم ٦ إجراءات الحصول على المنافع

### أ- منافع الشبكة

١-٦ الخدمات الصحية المقدمة من قبل مزودي الخدمة داخل الشبكة. يستحق الأشخاص المؤهلين التغطية بشأن الخدمات الصحية المدرجة كمنافع شبكة في جدول المنافع إذا كانت مثل تلك الخدمات الصحية ضرورية طبياً ومقدمة من قبل طبيب داخل الشبكة أو مزود خدمة داخل الشبكة. وتخضع التغطية للبنود والشروط والإستثناءات والقيود في هذه الوثيقة.

باستثناء حالات الطوارئ أو التحويل الموافق عليها مسبقاً من قبل ضمان حسبما هو مذكور في جدول المنافع ، فلن يتم تغطية الخدمات الصحية كمنافع شبكة في حال تمت تقديمها من قبل طبيب أو مزود خدمة من خارج الشبكة. إن عدم التقيد بجميع الإجراءات الإدارية الخاصة بمزودي الخدمة داخل الشبكة قد يؤدي إلى عدم التغطية. ولا يضمن مجرد التسجيل للتغطية بموجب الوثيقة تقديم الخدمات الصحية من قبل مزود خدمة معين من داخل الشبكة. كما تخضع قائمة مزودي الخدمة داخل الشبكة للتغيير وذلك وفقاً لتقدير ضمان وحدها. ولا يتم إرسال إشعار في هذا الصدد إلى صاحب الوثيقة و/أو الأشخاص المؤهلين. فيجب على الأشخاص المؤهلين اختيار مزود خدمة من بين مزودي الخدمة المتبقين من أجل الحصول على منافع الشبكة.

تكون تغطية الخدمات الصحية خاضعة لدفع الأقساط المطلوبة للتغطية بموجب الوثيقة، ودفع مبلغ التحمل أو نسبة التحمل بشأن أي خدمة.

٢-٦ التحقق من وضع المشاركة. يجب على صاحب الوثيقة التأكد من إعلام الأشخاص المؤهلين عن مسؤوليتهم عن التحقق من مدى توافر أو مشاركة طبيب أو مستشفى أو أية خدمات صحية في شبكة ضمان حيث أن وضع مشاركة مزودي الخدمة قد يتغير من حين لآخر. وعلى الأشخاص المؤهلين التحقق من مدى المشاركة من خلال الموقع الإلكتروني الخاص بضمن أو عن طريق الإتصال بمركز خدمة العملاء بضمن. كما يجب على الأشخاص المؤهلين إبراز بطاقتهم في كل مرة يطلبون فيها الحصول على خدمات صحية حتى تقوم ضمان بتغطية المطالبة المالية عن طريق الدفع المباشر. في حال عدم تقديم البطاقة من قبل الأشخاص المؤهلين لمزودي الخدمة داخل الشبكة فسوف تتم التغطية عن طريق إسترداد المصاريف المستحقة بنسبة ٨٠٪ من التغطية المقدمة والمذكورة ضمن جدول المنافع.

يعد عدم التحقق من وضع المشاركة أو عدم إبراز البطاقة أو الوثائق المماثلة انتهاكاً لإجراءات ضمان الواجب اتباعها، سيؤدي إلى رفض تغطية منافع الشبكة، وفي مثل تلك الحالات على الأشخاص المؤهلين دفع مقابل الخدمات الصحية المتلقاه مباشرةً من مزود الخدمة وفقاً لأسعار المزود.

٣-٦ الموافقة المسبقة لا تضمن المنافع. إن مجرد موافقة ضمان على أية خدمات أو تجهيزات لا تضمن تغطية جميع النفقات. وتحفظ ضمان بحقها في مراجعة كل

be covered. Daman reserves the right to review each claim if there are questions regarding Medical Necessity. Under these circumstances, Coverage of some Health Services and supplies may be denied. Eligible Persons will be notified in writing of any subsequent adjustment of Benefits as a result of the claim review.

**6.4 Limitations on Selection of Providers.** If an Eligible Person is receiving Health Services in a harmful or abusive quantity or manner or with harmful frequency, as determined by Daman and wishes to obtain Network Benefits, he or she may be required to select a single Network Physician and a single Network Hospital (with which the single Network Physician is affiliated) to provide and coordinate all future Health Services.

Selection of a single Network Physician may also be required in case an Eligible Person continuously seeks treatment or consultation from different Physicians/Providers, for the same medical condition.

Failure to make the required selection of a Network Physician and a single Network Hospital within 30 days of written notice of the need to do so shall result in the designation of the required single Network Physician and Network Hospital for the Eligible Person by Daman.

In the case of a medical condition which, as determined by Daman, either requires or could benefit from special services, an Eligible Person may be required to receive Covered Health Services through a single Network Provider designated by Daman.

Following selection or designation of a single Network Provider, Coverage of Health Services as Network Benefits is contingent upon all Health Services being provided by or through written referral of the designated facility or Provider.

**6.5 Referral Health Services Rendered by Non-Network Providers.** In the event that specific Health Services cannot be provided by or through a Network Provider, Eligible Persons may be entitled to Network Benefits, when Medically Necessary Health Services are obtained through Non-Network Providers. Health Services obtained through Non-Network Providers must be authorised in advance through referral documentation as designated by Daman. All Health Services are subject to other limitations and exclusions of the Policy.

**6.6 Emergency Health Services by Network Providers.** Daman provides Coverage of Eligible Expenses for Medically Necessary Emergency Health Services, subject to the terms, conditions, exclusions, and limitations of the Policy.

Eligible Expenses for Emergency Health Services are the agreed fees with Network Providers for the Health Services described in this Policy, provided during the course of the Emergency. Such Health Services must be Medically

مطالبة إذا ما توافرت شكوك حول كونها ضرورية طبياً. وفي ظل هذه الظروف، يمكن رفض تغطية بعض الخدمات والتجهيزات الصحية. ويتم إشعار الأشخاص المؤهلين خطياً بأية تعديلات لاحقة على المنافع تنجم عن مراجعة المطالبات.

**٤-٦ قيود على إختيار مزودي الخدمة.** إذا كان الشخص المؤهل يتلقى خدمات صحية بطريقة مؤذية أو ضارة أو بشكل متكرر يجعلها ضارة بالصحة، حسبما تقرره ضمان، ورغب في الحصول على منافع الشبكة، فقد يطلب منه إختيار طبيب محدد داخل الشبكة ومستشفى محددة من داخل الشبكة (يتعامل معها هذا الطبيب) لتقديم وتنسيق الخدمات الصحية المستقبلية.

قد يطلب أيضاً من الشخص المؤهل إختيار طبيب محدد داخل الشبكة في حال كان هذا الشخص المؤهل يتلقى العلاج والمراجعة لنفس الحالة الطبية من عدة أطباء / مزودي خدمة.

في حال عدم إختيار طبيب ومستشفى واحدة داخل الشبكة من قبل الشخص المؤهل في غضون ٣٠ يوم من تاريخ إشعاره خطياً بذلك قد ينتج عن ذلك تحديد طبيب و مستشفى واحدة داخل الشبكة من قبل ضمان.

إذا قررت ضمان أن الوضع الصحي يتطلب أو قد يستدعي خدمات خاصة، فقد يطلب من الشخص المؤهل تلقي خدمات صحية مغطاة من خلال مزود خدمة داخل الشبكة محدد من قبل ضمان.

بعد إختيار أو تعيين مزود خدمة محدد داخل الشبكة ، تقتصر تغطية الخدمات الصحية كمنافع شبكة على جميع الخدمات الصحية المقدمة من قبل أو من خلال تحويل خطي إلى جهة معينة أو مزود خدمة محدد.

**٥-٦ التحويل لخدمات صحية مقدمة من قبل مزودي الخدمة خارج الشبكة.** عند عدم القدرة على تقديم خدمات صحية محددة من قبل أو من خلال مزود خدمة داخل الشبكة، يجوز للأشخاص المؤهلين الحصول على منافع الشبكة من قبل مزودي الخدمة خارج الشبكة إذا كانت الخدمات الصحية ضرورية طبياً. ويجب الحصول على الموافقة المسبقة فيما يتعلق بالخدمات الصحية المقدمة من قبل مزودي الخدمة خارج الشبكة عن طريق مستند تحويل خطي حسبما تحدده ضمان. وتخضع جميع الخدمات الصحية للقيود والإستثناءات الأخرى الواردة في الوثيقة.

**٦-٦ الخدمات الصحية الطارئة من قبل مزودي الخدمة داخل الشبكة.** تقدم ضمان تغطية المصاريف المستحقة للخدمات الصحية الطارئة الضرورية طبياً، مع مراعاة البنود والشروط والإستثناءات والقيود الواردة في هذه الوثيقة.

تتضمن المصاريف المستحقة للخدمات الصحية الطارئة وهي الرسوم المتفق عليها مع مزودي الخدمة داخل الشبكة بشأن الخدمات الصحية المبينة في هذه الوثيقة والمقدمة عند حدوث حالة طارئة. يجب أن تكون تلك الخدمات الصحية ضرورية طبياً لإستقرار المريض وبدء العلاج وأن تقدم من قبل أو تحت إشراف الطبيب.

Necessary for stabilisation and initiation of treatment. The Health Services must be provided by or under the direction of a Physician.

**6.7 Emergency Health Services by Non-Network Providers.** Eligible Persons obtaining Emergency Health Services by Non-Network Providers inside the "Territorial Cover" as described in Schedule of Benefits, must notify Daman within 24 hours or as soon as reasonably possible. At Daman's request, they must make available full details of the Emergency Health Services received in order for such Health Services to be covered as Network Benefits.

Coverage for continuation of care after the condition is no longer an Emergency requires coordination by a Network Physician and the prior authorisation of Daman. If an Eligible Person is Hospitalised, Daman may elect to transfer him or her to a Network Hospital as soon as it is Medically Appropriate to do so.

Services rendered by Non-Network Providers are not Covered as Network Benefits if Eligible Persons choose to remain in a non-Network facility after Daman has notified them of the intent to transfer them to a Network facility. A continued stay in a Non-Network facility may be covered as a Non-Network Benefit if specified in the Schedule of Benefits.

**6.8 Second Opinion Policy.** Coverage of certain Health Services as Network Benefits may require that Eligible Persons consult a second Network Physician prior to the scheduling of the Health Service. Daman will notify the Eligible Person that a particular Health Service is subject to a second opinion policy and will inform the Eligible Person of the required procedure for obtaining a second opinion.

**6.9 Denial of Already Approved Services.** If Daman first approved a treatment and at a later stage the condition is discovered as a Non-Covered condition, in such a situation Daman has the right to decline the case from beginning or the maximum liability of Daman shall be up to the diagnosis. The Eligible Person shall pay all other expenses after the diagnosis.

**6.10 Examination of Eligible Persons.** In the event of a question or dispute concerning Coverage for Health Services, Daman may reasonably require that a Network Physician acceptable to Daman examine Eligible Persons at Daman's expense.

**6.11 Recovery:** The Policyholder is liable to pay to Daman all claims paid by Daman on direct settlement basis to any of its medical Provider Network (or to Daman if the claims have been Covered by Daman) which are:

- In excess of the individuals Benefit Limits,
- Under the General Exclusions set out under Section 10
- Claims made by Eligible Persons, who are no longer eligible for cover
- Fraudulent use of Card

٧-٦ الخدمات الصحية الطارئة من قبل مزودي الخدمة من خارج الشبكة. يتعين على الأشخاص المؤهلين الذين يحصلون على خدمات صحية طارئة من مزودي الخدمة من خارج الشبكة في منطقة التغطية حسبما هو محدد في جدول المنافع إبلاغ ضمان خلال ٢٤ ساعة أو في أقرب وقت ممكن. كما يتعين عليهم، بطلب من ضمان، تزويد ضمان بالتفاصيل الكاملة للخدمات الصحية الطارئة التي حصلوا عليها من أجل تغطية هذه الخدمات الصحية كمنافع شبكة.

تتطلب التغطية الخاصة باستمرار الرعاية الصحية بعد زوال الحالة الطارئة تنسيقاً مع طبيب داخل الشبكة وموافقة مسبقة من قبل ضمان. وفي حال حصول الشخص المؤهل على علاج داخل المستشفى، يجوز لضمان أن تختار نقله إلى مستشفى داخل الشبكة في أقرب وقت يكون فيه ذلك ملائماً طبيياً.

الخدمات المقدمة من قبل مزودي الخدمة من خارج الشبكة غير مغطاة كمنافع شبكة في حال اختار الأشخاص المؤهلين البقاء في منشأة صحية من خارج الشبكة بعد أن تكون ضمان قد أبلغتهم بنيتها في نقلهم إلى مرفق داخل الشبكة. لا يغطي الاستمرار في الإقامة في مرفق من خارج الشبكة الاكمنفعة من خارج الشبكة، إذا ذكر ذلك في جدول المنافع.

٨-٦ سياسة الرأي الثاني. قد تحتاج تغطية الخدمات الصحية المحددة كمنافع شبكة إلى قيام الأشخاص المؤهلين باستشارة طبيب آخر داخل الشبكة قبل تقرير الخدمة الصحية. وتقوم ضمان بإبلاغ الأشخاص المؤهلين بأن خدمة صحية ما تخضع لسياسة الرأي الآخر، وتبلغهم بالإجراء المطلوب للحصول على ذلك الرأي الآخر.

٩-٦ رفض الخدمات الموافق عليها. إذا وافقت ضمان مسبقاً على علاج حالة ما ثم وفي مرحلة لاحقة تم تشخيص الحالة على أنها غير خاضعة للتغطية، يحق لضمان رفض هذه الحالة من البداية وتقتصر مسؤوليتها على ما لا يتجاوز تشخيص الحالة. ويلتزم هذا الشخص المؤهل بدفع جميع المصاريف الأخرى بعد ذلك التشخيص.

١٠-٦ فحص الأشخاص المؤهلين. في حال وجود شك أو خلاف حول التغطية الخاصة بالخدمات الصحية، يحق لضمان أن تطلب بشكل معقول فحص الأشخاص المؤهلين من قبل طبيب من داخل الشبكة مقبول لدى ضمان وعلى نفقتها الخاصة.

١١-٦ الإسترداد: يكون صاحب الوثيقة مسؤولاً عن سداد قيمة جميع المطالبات المدفوعة من قبل ضمان لأي من مزودي خدمات الرعاية الصحية داخل الشبكة بما في ذلك:

- تجاوز الحد الأقصى للمنفعة الفردية
- العلاجات المستثناه من التغطية والمذكورة ضمن قسم الاستثناءات العامة (القسم ١٠)
- المطالبات المقدمة من قبل الأشخاص المؤهلين الذين لم يعودوا مؤهلين للتغطية
- استخدام البطاقة بطريقة احتيالية

## B - Non-Network Benefits

**6.12 Non-Network Benefits.** Non-Network Benefits apply when an Eligible Person decides to obtain Health Services from Non-Network Providers. Non-Network Providers may request payment of all expenses when services are rendered. A claim must be filed with Daman for reimbursement of Eligible Expenses. If Co-insurance applies to Non-Network Benefits, the amount of the Co-insurance will be deducted from the amount reimbursed to the Eligible Person.

In some cases, such as but not limited to cases of suspected fraud or abuse committed by a Provider, Daman reserves the right to reject reimbursement of claims for health services rendered by the Non-Network provider if Daman has informed the Eligible Person that claims for reimbursement will not be accepted from the specified Non-Network Provider.

Eligible expenses must be reasonable and customary for covered health services while Policy is in effect.

**6.13 Limitations on Selection of Providers.** If an Eligible Person is receiving Health Services from Providers in a harmful or abusive quantity or manner or with harmful frequency, as determined by Daman, he or she may be required to select a single Network Physician and a single Network Hospital (with which the single Network Physician is affiliated) to provide and coordinate all future Health Services. All additional provisions indicated in Section 6.4 shall be applicable.

## ب - منافع خارج الشبكة

١٢-٦ منافع خارج الشبكة. تسري منافع خارج الشبكة عندما يقرر شخص مؤهل الحصول على خدمات صحية من مزود خدمة من خارج الشبكة. قد يطلب مزود الخدمة خارج الشبكة تسديد كافة المصاريف عند تقديم الخدمة وعليه يُقدم طلب الى ضمان لاسترداد المصاريف المستحقة. وإذا كانت نسبة التحمل مطبقة على منافع خارج الشبكة فتخصص قيمة نسبة التحمل من المبلغ المسترد من الشخص المؤهل.

في بعض الحالات، على سبيل المثال لا الحصر حالات شبهة الإحتيال وسوء الإستخدام من قبل مزود الخدمة الصحية، تحتفظ ضمان بحقها برفض مطالبات إسترداد المصاريف المستحقة أو عدم منح الموافقة المسبقة على الخدمات الصحية المقدمة من مزود الخدمة خارج الشبكة، شرط أن تكون قد قامت ضمان بإبلاغ الشخص المؤهل بأنها لن تقبل أية مطالبات لإسترداد المصاريف عن الخدمات المقدمة من مزود الخدمة خارج الشبكة هذا.

عند تغطية الخدمات الصحية خلال مدة سريان مفعول الوثيقة فإن المصاريف المستحقة يجب أن تكون معقولة ومعتادة.

١٣-٦ قيود على اختيار مزودي الخدمة. إذا تلقى الشخص المؤهل خدمات صحية من مزود الخدمة بطريقة مؤذية أو بكميات ضارة أو بشكل متكرر يجعلها ضارة بالصحة، حسبما تقرره ضمان، فقد يطلب من الشخص المستفيد إختيار أحد أطباء الشبكة وأحد مستشفيات الشبكة (التي يتعامل معها ذلك الطبيب) لتقديم ولتنسيق جميع الخدمات الصحية المستقبلية. وتسري كذلك جميع الأحكام ذات الصلة الواردة في القسم ٤-٦.



## SECTION 7 COVERED HEALTH SERVICES

Health Services described in this section are Covered when such services are:

- Medically Necessary;
- Provided by or under the direction of a Physician or other appropriate Provider as specifically described; and
- Not excluded as described in Section 10, "General Exclusions."

**Network Benefits** are subject to the payment of any Deductible and/or Co-insurance listed in the Schedule of Benefits. Network Benefits include Medically Necessary Emergency Health Services as described in Section 6.

**Non-Network Benefits.** Coverage for Non-Network Benefits is only provided if the services are Emergency Health Services or a referral situation authorised and approved by Daman, and are subject to the payment of any Deductible and/or Co-insurance listed in the Schedule of Benefits.

Outpatient Benefits are only Covered if the services are assured in the Schedule of Benefits.

- 7.1 Outpatient Treatment.** These are Health Services provided by or through a Physician in his office, which may be located in a clinic, medical centre or Hospital.
- 7.2 Emergency Outpatient Health Services.** Health Services for stabilisation or initiation of treatment of Emergency conditions provided on an outpatient basis in a Health Service Provider licensed to provide Emergency services.
- 7.3 Outpatient Prescription Drugs.** Coverage is only provided for Prescription Drugs prescribed by a licensed Physician. Imported drugs are Covered only if the Ministry of Health & Prevention approves the drug.
- 7.4 Outpatient Physiotherapy.** Short-term physical therapy services. Coverage is limited as stated in Schedule of Benefits. Physical therapy must be provided under the direction of a Physician and approved in advance by Daman.
- 7.5 Diagnostic and Therapeutic Services.** Health Services for outpatient surgery, laboratory, radiology and other diagnostic tests and therapeutic treatments (such as chemotherapy) provided by or through a Physician.
- 7.6 Day Treatment.** Services and supplies provided in a Health Service Provider, when there is no overnight Confinement. This Benefit only applies to services, which cannot be

## القسم ٧ الخدمات الصحية المغطاة

تكون الخدمات الصحية المذكورة في هذا القسم مغطاة عندما تكون:

- ضرورية طبياً (أنظر التعريف في القسم ١)؛
- مقدمة من أو تحت إشراف طبيب أو مزود خدمة مناسباً حسبما هو مبين بشكل محدد؛ و
- غير مستثناة كما هو مبين في القسم ١٠، "إستثناءات عامة".

**منافع داخل الشبكة.** تقتصر منافع الشبكة على دفع أي مبلغ تحمل و/ أو نسبة تحمل محددة في جدول المنافع. وتشتمل منافع الشبكة على الخدمات الصحية الطارئة الضرورية طبياً حسبما هو مبين في القسم ٦.

**منافع خارج الشبكة.** يتم تغطية المنافع خارج الشبكة فقط في حالة الطوارئ أو حالات التحويل الموافق عليها من قبل ضمان والتي تتوقف على دفع أي مبلغ تحمل و/ أو نسبة تحمل محددة في جدول المنافع.

يتم تغطية منافع العيادات الخارجية فقط إذا كانت الخدمات منصوص عليها في جدول المنافع.

**١-٧ العلاجات في العيادات الخارجية.** هي الخدمات المقدمة من قبل أو تحت إشراف الطبيب في مقر عمله سواء كان في عيادة، مركز طبي أو مستشفى.

**٢-٧ الخدمات الصحية الطارئة لمراجعي العيادات الخارجية.** هي الخدمات الصحية بهدف إستقرار الوضع أو البدء في علاج الحالات الطارئة والتي تقدم عند مراجعة العيادات الخارجية ضمن مزود الخدمات الصحية المرخصة لتقديم خدمات الطوارئ الطبية.

**٣-٧ الأدوية الموصوفة لمراجعي العيادات الخارجية.** تقدم التغطية فقط بخصوص الأدوية الموصوفة من قبل طبيب مرخص. ولا تغطي الأدوية المستوردة إلا إذا تم اعتمادها من قبل وزارة الصحة ووقاية المجتمع.

**٤-٧ العلاج الطبيعي لمراجعي العيادات الخارجية.** خدمات العلاج الطبيعي قصيرة الأجل تقتصر التغطية حسبما هو مبين في جدول المنافع. ويجب تقديم العلاج الطبيعي تحت إشراف الطبيب وبعد الحصول على الموافقة المسبقة من قبل ضمان.

**٥-٧ الخدمات التشخيصية والعلاجية.** وتشمل الخدمات الصحية الخاصة بالجراحة في العيادات الخارجية والمختبر والأشعة والفحوصات التشخيصية الأخرى والعلاجات المقدمة (مثل العلاج الكيماوي) من قبل أو تحت إشراف الطبيب.

**٦-٧ علاج اليوم الواحد.** الخدمات والمواد المقدمة في مزود الخدمات الصحية، عندما لا يكون هناك إقامة في المستشفى. وتنطبق هذه المنفعة فقط على الخدمات التي لا يمكن تقديمها في عيادة خارجية، مثل مقر عمل الطبيب.



provided in an outpatient facility, such as a Physician's office.

**7.7 Inpatient Hospital and Related Health Services.** Confinement, including room and board, and services and supplies provided during Confinement in a Hospital. Health Services must be provided by or through a Physician and all non-Emergency Hospitalisations must be authorised in advance by Daman through completion of an Authorisation Form prior to the Hospitalisation. Certain Health Services rendered during an Eligible Person's Confinement are subject to specific Benefit restrictions and/or Deductibles and/or Co-insurance as described elsewhere in this Policy.

**7.8 Professional Fees for Surgical and Medical Services.** Professional fees for surgical services and other medical care provided by or through a Physician. Health Services must be provided in a Hospital setting.

**7.9 Hospitalisation Class/Accommodation type.** The class of Hospitalisation for which Eligible Persons are eligible is defined in the Schedule of Benefits.

The selection by the Policyholder of Coverage for a specific Hospitalisation Class does not guarantee the availability of that accommodation class for an admission into the Hospital. If an Eligible Person is admitted into a more expensive Hospitalisation Class than has been contracted for by the Policyholder, the Eligible Person will be responsible for all charges in excess of those that would have been incurred under the Hospitalisation Class indicated in the Schedule of Benefits.

**7.10 Ambulance Services.** Emergency ambulance transportation by a licensed ambulance service to the nearest Hospital where Emergency Health Services can be rendered. Coverage is only provided in the event of an Emergency.

**7.11 Maternity Services.** For an Eligible Person, maternity-related, medical, Hospital and other Covered Health Services are treated as any other Inpatient or Outpatient Benefit. Maternity Benefits - Outpatient includes prenatal and postnatal care provided by a Physician in an outpatient setting. Maternity Benefits - Inpatient covers Health Services provided during childbirth or complications of pregnancy.

Individual policyholders and / or Eligible Persons and in some cases, members in a group policy, are subject to a six (6) months waiting period for Inpatient Maternity coverage, if indicated in the Schedule of Benefits. This provision only applies to Eligible Persons / Policyholders undergoing initial enrollment or newly married. Failure to renew the Policy within thirty (30) days of the Expiry Date may result in the Eligible Person not being entitled to Maternity Coverage. In this event, the above mentioned waiting

٧-٧ الخدمات الصحية المقدمة للمريض في المستشفى والخدمات ذات العلاقة. الإقامة و تشمل المبيت والوجبات، والخدمات والتجهيزات المقدمة أثناء الإقامة في المستشفى. يجب تقديم الخدمات الصحية من قبل أو تحت إشراف طبيب، ويجب الحصول على الموافقة المسبقة من ضمان على العلاج داخل المستشفى للحالات الغير طارئة من خلال تعبئة إستمارة طلب الموافقة على دخول المستشفى. بعض الخدمات الصحية المقدمة أثناء إقامة شخص مؤهل في المستشفى تكون خاضعة لقيود منفعة محددة و/ أو تحمل و/ أو نسبة تحمل حسبما هو مبين في بنود هذه الوثيقة.

٧-٨ الأتعاب المهنية بخصوص الخدمات الجراحية والطبية. الأتعاب المهنية الخاصة بالخدمات الجراحية والرعاية الصحية الأخرى المقدمة من قبل أو تحت إشراف الطبيب. يجب أن يتم تقديم هذه الخدمات الصحية في المستشفى.

٧-٩ درجة العلاج داخل المستشفى / نوع الإقامة. درجة العلاج داخل المستشفى التي يحق للأشخاص المؤهلين الإقامة فيها وفقاً لما هو محدد في جدول المنافع.

إن اختيار صاحب الوثيقة التغطية على درجة علاج محددة داخل المستشفى لا يضمن توفر درجة الإقامة تلك عند دخول المستشفى. إذا تم إدخال الشخص المؤهل إلى درجة علاج داخل المستشفى أكثر تكلفة من تلك المتعاقد عليها من قبل صاحب الوثيقة، فيتحمل الشخص المؤهل كافة المصاريف التي تزيد عن قيمة درجة العلاج المحددة في جدول المنافع.

٧-١٠ خدمات سيارة الإسعاف. في الحالات الطارئة يتم النقل بواسطة سيارة إسعاف مخصصة إلى أقرب مستشفى يمكن ان تقدم فيه الخدمات الصحية الطارئة. ولا تسري التغطية إلا في حالات الطوارئ.

٧-١١ خدمات الحمل والولادة. ان الخدمات الطبية المتعلقة بالحمل والولادة والمستشفى والخدمات الصحية المغطاة الأخرى المقدمة للشخص المؤهل تقدم على أساس منفعة مريض مقيم أو منفعة عيادة خارجية. وتتضمن منافع الحمل والولادة في العيادات الخارجية الرعاية الصحية قبل وبعد الولادة المقدمة في عيادة خارجية. وتتضمن منافع الحمل والولادة للمريض المقيم داخل المستشفى الخدمات الصحية المقدمة أثناء الولادة أو مضاعفات الحمل.

بالنسبة للأفراد أصحاب الوثيقة و/أو الأفراد المؤهلين وفي بعض الحالات بالنسبة للأعضاء المنتمين الى الوثيقة التابعة لمجموعة، تطبق عليهم فترة انتظار مدتها ستة (٦) أشهر قبل تغطية خدمات الحمل والولادة وذلك اذا كان منصوص عليه في جدول المنافع. وإن تغطية خدمات الحمل والولادة يتم اعتمادها للأشخاص المؤهلين/أصحاب الوثيقة الذين تم تسجيلهم منذ البداية أو المتزوجين الجدد. إن عدم تجديد الوثيقة خلال ثلاثين (٣٠) يوماً من تاريخ الإنتهاء قد ينتج عنه عدم أحقية الشخص المؤهل في تغطية خدمات الحمل والولادة. وفي هذه الحالة تبدأ فترة الانتظار المذكورة أعلاه من تاريخ سريان مفعول الوثيقة الجديدة ولا تعد تلك الوثيقة بمثابة تجديد للوثيقة المنتهية.

period shall commence on the Effective Date of the new policy and the new policy shall not be considered as a renewal of this Policy.

The waiting period will also apply to existing Eligible Persons who become eligible for Maternity Coverage under their existing Policy. The six (6) months waiting period will commence from the date such eligibility arises.

**7.12 Parent accommodation.** For an Eligible Person under 16 years of age, extra charges for the room for one parent accompanying the child are Covered up to a maximum limit as described in Schedule of Benefits.

**7.13 Companion Accommodation in cases of medical necessity at the recommendation of the treating doctor.** For an Eligible Person, in case of Critical Illness, extra charges for the room for one companion accompanying the Eligible Person are Covered up to a maximum limit as described in Schedule of Benefits.

**7.14 Pre-authorisation.** Pre-authorisation is required for any non-Emergency Hospitalisation (medical and/or surgical and/or maternity related) as well as for the other following procedures. This pre-authorisation review is mainly to help the patient:

- Understand their medical care choices;
- Avoid unneeded hospital stays and surgery;
- Receive maximum Benefits from the plan;
- Find Network Providers.

The Healthcare Services requiring pre-authorisation by Daman are specified in Schedule of Benefits.

**Emergency cases do not require prior approval but should be notified to Daman within 24 hours, unless otherwise specified in the Schedule of Benefits.**

**7.16 Newborn vaccines and immunizations.** Essential vaccinations for newborns and children as stipulated in Ministry of Health and Prevention policies and any updates thereto.

تطبق فترة الإنتظار على الأفراد المسجلين / أصحاب الوثيقة الذين يصبحون مؤهلين لتغطية خدمات الحمل والولادة ضمن وثيقتهم الحالية. تبدأ فترة الإنتظار الستة (6) أشهر من التاريخ الذي يصبحون فيه مؤهلين للتغطية.

٧-١٢ إقامة الوالدين. بالنسبة للأشخاص المؤهلين دون الـ ١٠ سنوات ، فإن تكاليف إقامة أحد الوالدين كمرافق للطفل في الغرفة تكون مغطاة وفقاً للحد الأقصى المذكور في جدول المنافع.

٧-١٣-٨ إقامة المرافق. في حالات الضرورة الطبية للشخص المشمول بالتغطية بناءً على توصية من الطبيب المعالج، تغطي الرسوم الإضافية لغرفة للمرافق للشخص المؤهل وتكون مغطاة وفقاً للحد الأقصى المذكور في جدول المنافع .

٧-١٤ الموافقة المسبقة. الموافقة المسبقة مطلوبة لأي علاج غير طارئ داخل المستشفى (طبي و/أو جراحي و/أو متعلق بالحمل والولادة). وهذه الموافقة المسبقة تهدف بشكل رئيسي لمساعدة المريض على:

- فهم خيارات الرعاية الطبية الخاصة بهم.
- تفادي الإقامة والجراحة غير الضرورية في المستشفى.
- الاستفادة من الحد الأقصى من الخدمات من البرنامج.
- إيجاد شبكة مزودي الخدمة داخل الشبكة.

إن خدمات الرعاية الصحية الواجب عليها الحصول على الموافقة المسبقة من ضمان مذكورة في جدول المنافع.

لا تتطلب حالات الطوارئ إلى موافقة مسبقة من ضمان ولكن يتعين إشعار ضمان بشأنها في غضون ٢٤ ساعة، ما لم يذكر بخلاف ذلك في جدول المنافع.

٧-١٦ لقاحات وتطعيمات الأطفال حديثي الولادة. التطعيمات والتطعيمات الأساسية لحديثي الولادة والأطفال على النحو المنصوص عليه في سياسات وزارة الصحة ووقاية المجتمع وتحديثاتها.

## SECTION 8 REIMBURSEMENT

**8.1 Reimbursement of Eligible Expenses from Network Providers.** Network Providers are responsible for submitting a request for payment of Eligible Expenses directly to Daman. In the event a Network Provider charges any fees other than Deductible and/or Co-insurance, the Eligible Person should contact Daman.

Daman is not responsible for payment of any rendered services, which are not Covered under the provisions of this Policy. The Policyholder will be responsible for the payment of the claimed monetary amount and for reimbursement to Daman, of any charges incurred by the Eligible Person, which are not Covered under the provisions of the Policy, and have been paid by Daman to the Provider on behalf of the Eligible Person.

**8.2 Reimbursement of Eligible Expenses from Non-Network Providers.** Daman shall reimburse Eligible Persons for Eligible Expenses incurred with Non-Network Providers on the same basis as a Network Provider, only for EMERGENCY HEALTH SERVICES OR SERVICES AUTHORISED OR APPROVED BY Daman, in accordance with the terms, conditions, limitations and exclusions of the Policy unless otherwise assured in Schedule of Benefits.

Daman is not responsible for payment for any services provided that are not Covered under the provisions of the Policy.

**8.3 Filing Claims for Reimbursement of Eligible Expenses from Non-Network Providers.** Coverage for reimbursement is only provided if the Eligible Person submits a request for reimbursement of Eligible Expenses to Daman. Reimbursement for Covered Services will be made directly to the Eligible Person. Any Prescription Drugs or outpatient claim must be submitted in original along with all related test results, itemised cost and medical report that has been completed by the attending Physician of the Eligible Persons. Requests for reimbursement should be submitted within 180 days after the date of service availed inside UAE. Unless the Eligible Person is legally incapacitated, failure to provide this information to Daman within this timeframe shall entitle Daman to reject the claim for reimbursement.

## القسم ٨ طلبات إسترداد المصاريف المستحقة

**٨-١ إسترداد المصاريف المستحقة من قبل مزودي الخدمة داخل الشبكة.** يكون مزودي الخدمة داخل الشبكة مسؤولين عن تقديم طلبات سداد المصاريف المستحقة مباشرة إلى ضمان. ويتعين على الشخص المؤهل الاتصال بضمان إذا قام مزود خدمة داخل الشبكة بإحتساب أية مصاريف إضافية خلافاً لمبلغ التحمل و/أو نسبة التحمل.

لن تكون ضمان مسؤولة عن دفع مقابل أية خدمات قدمت وغير مغطاة بموجب هذه الوثيقة. ويكون صاحب الوثيقة مسؤولاً عن أية مصاريف متعلقة بمطالبات مالية و سدادها إلى ضمان، وكذلك أية نفقات تكبدها شخص مؤهل غير مغطاة بموجب هذه الوثيقة وإعادتها إلى ضمان في حال كانت هذه المصاريف عن خدمات غير مغطاة بموجب هذه الوثيقة، وتم دفعها من قبل ضمان إلى مزود الخدمة نيابة عن الشخص المؤهل.

**٨-٢ إعادة سداد المصاريف المستحقة من قبل مزودي الخدمة من خارج الشبكة.** في حالة الخدمات الصحية الطارئة أو حالات التحويل الموافقة عليها من قبل ضمان تقوم ضمان بإعادة سداد المصاريف المستحقة التي دفعها الشخص المؤهل لمزودي الخدمة خارج الشبكة وذلك على نفس الأساس المتبع مع مزودي الخدمة داخل الشبكة طبقاً للبنود والشروط والاستثناءات والقيود الواردة في الوثيقة وذلك ما لم ينص على خلاف ذلك في جدول المنافع.

لن تكون ضمان مسؤولة عن الدفع مقابل أية خدمات مقدمة وغير مغطاة بموجب أحكام هذه الوثيقة.

**٨-٣ تعبئة مطالبات المصاريف المستحقة من مزودي الخدمة خارج الشبكة.** يتم الإسترداد فقط للخدمات الصحية الطارئة أو حالات التحويل الموافق عليها من قبل ضمان. يلتزم الشخص المؤهل بإرسال طلب الإسترداد إلى ضمان بالمصاريف المستحقة. وتدفع المبالغ المستردة عن الخدمات المغطاة مباشرة إلى الشخص المؤهل. يجب تقديم أصل الوصفة الطبية أو طلب مراجعة العيادات الخارجية مرفقة بنتائج الفحوصات المعنوية وتفصيل التكلفة وتقرير طبي محرر من قبل الطبيب المشرف على الشخص المؤهل. ويقدم طلب الإسترداد خلال 180 يوماً من تاريخ تلقي الخدمة داخل دولة الإمارات العربية المتحدة. ان أي تأخير في تقديم هذه المعلومات إلى ضمان خلال المدة الزمنية المذكورة أعلاه يؤدي إلى إلغاء تغطية هذه الخدمة و رفض طلب إسترداد المصاريف المستحقة ما لم يكن الشخص المؤهل فاقداً أهليته القانونية.

**SECTION 9  
COORDINATION OF BENEFITS, SUBROGATION  
AND REIMBURSEMENT**

**9.1 Coordination of Benefits Applicability.** This Coordination of Benefits (COB) provision applies when a person has health care coverage under more than one coverage plan (including Coverage under a non-profit charity health care program or where coverage is provided under a government mandate). Benefit payment will be coordinated with the other coverage according to the standard administrative practices of Daman. Under no circumstances will an Eligible Person be reimbursed for more than 100% of eligible charges from all insurers. The Policyholder and/or the Eligible Person agrees to cooperate with Daman in providing documentation of Benefits paid by other insurers.

**9.2 Subrogation and Reimbursement.** Subrogation is the substitution of one person or entity in the place of another with reference to a lawful claim, demand or right. Daman shall be entitled to all rights of recovery for the reasonable value of services and Benefits provided by Daman to any Eligible Person, from any third party or entity that either provides or is obligated to provide Benefits or payments to the Eligible Person.

The Policyholder and/ or the Eligible Person agrees to execute the process and deliver such documents (including undertaking to reimburse such Covered expenses to Daman, a written confirmation of assignment, and consents to release medical records), and provide such help as may be reasonably requested by Daman.

**القسم ٩  
تنسيق المنافع والإحلال والإسترداد**

٩-١ تنسيق إمكانية تطبيق المنافع. يطبق بند تنسيق المنافع هذا عندما يتمتع الشخص بتغطية رعاية صحية بموجب أكثر من برنامج تغطية (بما في ذلك التغطية بموجب برنامج رعاية صحية خيري وغير ربحي أو حيث يتم توفير التغطية بموجب تفويض من الحكومة). سوف يتم تنسيق دفع المنفعة مع أية تغطية أخرى طبقاً للممارسات الإدارية القياسية لضمان. ولن يتعدى إجمالي ما يسترده الشخص المؤهل من جميع شركات التأمين قيمة النفقات المتكبدة. ويوافق صاحب الوثيقة و/أو الشخص المؤهل على التنسيق مع ضمان في تقديم مستندات بالمنافع التي تدفعها شركات التأمين الأخرى.

٩-٢ الإحلال والإسترداد. إن الإحلال هو عبارة عن حلول شخص ما أو جهة محل شخص أو جهة أخرى فيما يتعلق بدعوى قضائية أو مطالبة أو حق. يكون لضمان كامل الحق في استرداد القيمة المعقولة للخدمات والمنافع، المقدمة من قبل ضمان إلى الشخص المؤهل، من أي طرف ثالث أو جهة سواء كانت تقدم أو ملزمة بتقديم المنافع أو دفع الدفعات إلى ذلك الشخص المؤهل.

يوافق صاحب الوثيقة و/أو الشخص المؤهل على توقيع وتنفيذ وتسليم جميع الوثائق (بما في ذلك تعهد بإعادة هذه المصاريف المغطاة الى ضمان، وكتاب خطي بتمام حوالة الحق والموافقة على كشف السجلات الطبية)، وتقديم ما تطلبه ضمان من مساعدة في هذا الخصوص.

<p style="text-align: center;"><b>SECTION 10 GENERAL EXCLUSIONS</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>القسم ١٠ الإستثناءات العامة</b></p>
<p><b>The following treatments including medical conditions, items, supplies, procedures and all their related or consequential expenses are excluded from this Policy:</b></p>	<p><b>العلاجات التالية بما في ذلك الحالات الطبية، البنود، التجهيزات، الإجراءات وكافة مصاريفها ذات العلاقة أو التبعية مستثناة من هذه الوثيقة:</b></p>
<p>1. Healthcare Services, which are not medically necessary</p>	<p>١. الخدمات الصحية التي تخلو من الضرورة الطبية.</p>
<p>2. All expenses relating to dental treatment, dental prostheses, and orthodontic treatments.</p>	<p>٢. كافة المصاريف ذات العلاقة بعلاج الأسنان والأطقم الفموية وتقويم الأسنان.</p>
<p>3. Domiciliary care private nursing care for the sake of travelling.</p>	<p>٣. خدمات التمريض المنزلي الخاص لأغراض السفر.</p>
<p>4. Custodial care includes (1) Non-medical treatment services or (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.</p>	<p>٤. الرعاية الوصائية تتضمن: (١) الخدمات العلاجية غير الطبية أو (٢) الخدمات المتعلقة بالصحة وليس الغرض منها تحسين الصحة ولا تؤدي لإحداث أي تطور في الحالة الطبية للمريض.</p>
<p>5. Services which do not require continuous administration by specialized medical personnel.</p>	<p>٥. الخدمات التي لا تتطلب إشراف مستمر من قبل طبيب متخصص.</p>
<p>6. Personal comfort and convenience items (television, barber or beauty service, guest service and similar incidental services and supplies).</p>	<p>٦. وسائل الراحة وأجهزة الرفاهية الشخصية على سبيل المثال لا الحصر، التلفزيون، خدمة الحلاقة أو خدمات التجميل، خدمة الضيافة والخدمات الطارئة المشابهة والمعدات المماثلة.</p>
<p>7. Healthcare Services and associated expenses for replacement of an existing breast implant. Cosmetic operations which improve physical appearance, and 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. Breast reconstruction following a mastectomy for cancer is covered.</p>	<p>٧. الخدمات الصحية والمصاريف المترتبة لاستبدال زراعة ثدييه موجودة. الخضوع للعمليات التجميلية المراد منها تحسين العيوب الجسدية الناجمة عن إصابة أو مرض أو عيب خلقي بينما يكون الغرض الأساسي هو تحسين الوظيفة الفسيولوجية للعضو الجسدي المصاب. عمليات ترميم الثدي بعد استئصال الثدي تخضع للتغطية التأمينية.</p>
<p>8. Surgical and non-surgical treatment for obesity (including morbid obesity), and any other weight control programs, services, or supplies.</p>	<p>٨. العلاجات الجراحية وغير الجراحية للسمنة (بما في ذلك السمنة المرضية) وأي برامج و/أو خدمات و/أو عقاقير لضبط الوزن.</p>
<p>9. Medically non-approved experimental, research, investigational healthcare services, treatments, devices and pharmacological regimens.</p>	<p>٩. خدمات الرعاية الصحية الاستقصائية والبحثية والتجريبية والعلاجات والمعدات والنظم العلاجية غير المثبتة طبياً.</p>
<p>10. Healthcare Services that are not performed by Authorised Healthcare Service Providers, apart from Healthcare Services rendered in a Medical Emergency.</p>	<p>١٠. خدمات الرعاية الصحية التي لم يتم إجراؤها بواسطة مزودي الرعاية الصحية المصرح لهم، باستثناء خدمات الرعاية الصحية المقدمة في حالات الطوارئ الطبية.</p>
<p>11. Healthcare services, treatments &amp; associated expenses for alopecia, baldness, hair falling, dandruff or wigs.</p>	<p>١١. خدمات الرعاية الصحية والخدمات العلاجية والمصاريف المترتبة لعلاج الثعلبة (الصلع الموضعي) والصلع وتساقط الشعر وقشرة الرأس والشعر المستعار.</p>
<p>12. Supplies, Treatment and services for smoking cessation programs and the treatment of nicotine addiction.</p>	<p>١٢. التجهيزات والعلاجات والخدمات الخاصة ببرامج الإقلاع عن التدخين وعلاج الإدمان على النيكوتين.</p>
<p>13. Non-medically necessary Amniocentesis.</p>	<p>١٣. فحوصات السائل الأمنيوسي غير الضرورية طبياً.</p>
<p>14. Treatment, services and surgeries for sex transformation, sterility and sterilization</p>	<p>١٤. العلاجات والخدمات والجراحات المقدمة لحالات التحول الجنسي وعلاج العقم والتعقيم.</p>



<p>15. Treatment and services for contraception</p> <p>16. Treatment and services related to fertility / sterility (treatment including varicocele / polycystic ovary / ovarian cyst / hormonal disturbances / sexual dysfunction).</p> <p>17. Prosthetic devices and consumed medical equipments, unless approved by the insurance company</p> <p>18. Treatments and services arising as a result of hazardous activities, including but not limited to, any form of aerial flight, any kind of power-vehicle race, water sports, horse riding activities, mountaineering activities, violent sports such as judo, boxing, and wrestling, bungee jumping and any professional sports activities</p> <p>19. Growth hormone therapy</p> <p>20. Costs associated with hearing tests, vision corrections, prosthetic devices or hearing and vision aids.</p> <p>21. Mental Health diseases, in-patient and out-patient treatments, unless the condition is a transient mental disorder or an acute reaction to stress.</p> <p>22. Patient treatment supplies (including elastic stockings, ace bandages, gauze, syringes, diabetic test strips, and like products non-prescription drugs and treatments, excluding such supplies required as a result of Healthcare Services rendered during a Medical Emergency).</p> <p>23. Preventive services, including vaccinations, immunizations, allergy testing and desensitization any physical, psychiatric or psychological examinations or testing during these examinations.</p> <p>24. Services rendered by any medical provider relevant of a patient for example the Insured person and the Insured member's family, including spouse, brother, sister, parent or child.</p> <p>25. Enteral feedings (via a tube) and other nutritional and electrolyte supplements, unless medically necessary during treatment.</p> <p>26. Healthcare services for adjustment of spinal subluxation, diagnosis and treatment by manipulation of the skeletal structure, by any means, except treatment of fractures and dislocations of the extremities.</p> <p>27. Healthcare services and treatments) by acupuncture acupressure, hypnotism, rolfing, massage therapy, aromatherapy, homeopathic treatments, and all forms of treatment by alternative medicine.</p> <p>28. All Healthcare services &amp; Treatments for in-vitro fertilization (IVF), embryo transport ovum and male sperms transport</p> <p>29. Elective diagnostic services and medical treatment for correction of vision.</p> <p>30. Nasal septum deviation and nasal concha resection.</p>	<p>١٥. خدمات ووسائل منع الحمل.</p> <p>١٦. العلاجات والخدمات ذات العلاقة بالخصوبة/ العقم (علاجات دوالي الحبل المنوي أو المبيض متعدد التكيسات و تكيس المبيض أو الخلل الهرموني، العجز الجنسي).</p> <p>١٧. الأجهزة و الاعضاء الاصطناعية والأجهزة الطبية الدائمة، ما لم يتم الموافقة عليها من قبل ضمان.</p> <p>١٨. جميع العلاجات والخدمات الناجمة عن الأنشطة الخطرة، ومنها على سبيل المثال وليس الذكر: الأنشطة المتعلقة بأي نوع من الطيران الجوي وأي نوع من سباقات السيارات والرياليات والألعاب المائية وأنشطة ركوب الخيل وأنشطة تسلق الجبال و الرياضات العنيفة مثل (الجودو، الملاكمة، المصارعة وقفز البنجي وأية فنون قتالية احترافية أخرى).</p> <p>١٩. علاج هرمون النمو.</p> <p>٢٠. التكاليف المتعلقة باختبارات السمع وتصحيح البصر والمعدات الاصطناعية ومعدات مساعدة السمع والبصر.</p> <p>٢١. أمراض الصحة العقلية وعلاج الاضطرابات العقلية في العيادات الخارجية والإقامة في المستشفى، إلا إذا كان الاضطراب العقلي حالة مؤقتة أو ردة فعل شديد للتوتر والضغط النفسي.</p> <p>٢٢. إمدادات علاجية للمريض (بما في ذلك الجوارب المرنة ولصقات تخفيف الألم وضامادات الشاش وأبر الحقن وشرايط فحص السكري والأدوية والعلاجات غير الموصوفة باستثناء التجهيزات المطلوبة كنتيجة لخدمات الرعاية الصحية المقدمة في حالات الطوارئ الطبية).</p> <p>٢٣. خدمات الرعاية الوقائية بما في ذلك التطعيمات، التحصين ضد الأمراض، فحص الحساسية وإزالة الحساسية؛ أية فحوصات بدنية أو عقلية أو نفسية أو اختبارات يتم إجراؤها خلال هذه الفحوصات.</p> <p>٢٤. خدمات الرعاية الصحية المقدمة بواسطة مزود رعاية صحية من تبين أنه من أقرباء المريض المشترك؛ ونعني أن المشترك المريض يكون من أحد أفراد عائلة المزود: الزوج/الزوجة، الأخ/الأخت، الوالدين أو الأبناء.</p> <p>٢٥. التغذية الداخلية (محايل التغذية من خلال أنبوب إلى الجهاز الهضمي العلوي) وغيرها من محايل التغذية والشوارد، ما لم تشكل جزءا ضروريا في علاج حالة في المستشفى.</p> <p>٢٦. الخدمات والتجهيزات الخاصة بتحليل وتعديل الخلع الجزئي في العمود الفقري، عمليات التشخيص والعلاج بواسطة تمرين الهيكل العظمي، أو لتحفيز العضلات بأية وسائل (باستثناء علاج الكسور أو خلع الأيدي).</p> <p>٢٧. المعالجة بالوخز بالإبر؛ المعالجة بالضغط؛ التنويم المغناطيسي؛ علاج العضلات بالمساج؛ العلاج بالزيوت العطرية؛ العلاج المثلي؛ الأدوية المثلية؛ العلاج بالمياه المعدنية؛ التدليك والأشكال الأخرى من العلاج البديل.</p> <p>٢٨. الخدمات الصحية والمصاريف ذات الصلة بالتخصيب بواسطة الأنابيب، إجراءات نقل البويضات في قنات فالوب، وإجراءات نقل اللقاح عبر قناة فالوب.</p> <p>٢٩. خدمات التشخيص الاختيارية والعلاجات الطبية لتصحيح الرؤية البصرية.</p> <p>٣٠. انحراف جدار الأنف؛ استئصال محارة الأنف.</p>
---	--



<p>31. All chronic conditions requiring hemodialysis or peritoneal dialysis, and related test/treatment or procedure.</p>	<p>٣١. كل الحالات المزمنة التي تتطلب غسيل/ديليزة الدم أو غسيل/ دليزة الصفاق، والفحص / العلاج أو الإجراءات ذات العلاقة.</p>
<p>32. Treatments and services related to viral hepatitis and associated complications, except for treatment and services related to Hepatitis A.</p>	<p>٣٢. كافة الخدمات ذات الصلة بالتهاب الكبد الفيروسي ومضاعفاته المترتبة على الإصابة به، باستثناء العلاجات والخدمات المتعلقة بالتهاب الكبد أ.</p>
<p>33. Birth defects, Congenital diseases for newborn &amp;/or Deformities unless life-threatening.</p>	<p>٣٣. العيوب والأمراض الخلقية لحديثي الولادة والتشوهات ما لم تكن مهددة للحياة.</p>
<p>34. Healthcare services for Senile dementia and Alzheimer's disease.</p>	<p>٣٤. خدمات الرعاية الصحية لعلاج خرف الشيخوخة ومرض الزهايمر.</p>
<p>35. Air or Terrestrial Medical evacuation except for Emergency cases or 33nauthorized transportation services.</p>	<p>٣٥. النقل بالإسعاف الجوي والنقل البري باستثناء حالات الطوارئ أو خدمات الإسعاف غير المرخص.</p>
<p>36. Circumcision healthcare services.</p>	<p>٣٦. خدمات الرعاية الصحية المتعلقة بالختان</p>
<p>37. Inpatient treatment received without prior approval from the insurance company including cases of Medical Emergency which were not notified within 24 hours from the date of admission.</p>	<p>٣٧. خدمات الإقامة في المستشفى المقدمة دون الحصول على موافقة شركة التأمين بما في ذلك حالات الطوارئ التي لم يتم الإبلاغ عنها في خلال ٢٤ ساعة من تاريخ الدخول للمستشفى.</p>
<p>38. Any inpatient treatment, tests and other procedures, which can be carried out on outpatient basis without jeopardizing the Insured Person's health.</p>	<p>٣٨. أي علاجات وفحوصات وإجراءات أخرى تقدم أثناء الإقامة في المستشفى، والتي يمكن القيام بها في العيادات الخارجية دون تعريض صحة المشترك للخطر.</p>
<p>39. Any test or treatment, for purpose other than medical such as tests related for employment, travel, licensing or insurance purposes.</p>	<p>٣٩. أي اختبارات أو علاجات لدواعي أخرى غير الأسباب الطبية مثل الفحوصات اللازمة للتوظيف والسفر والرخصة أو لدواعي التأمين.</p>
<p>40. All supplies which are not considered as medical treatments including but not limited to: mouthwash, toothpaste, lozenges, antiseptics, milk formulas, 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, convenience items / options, exercise equipment and sanitary supplies.</p>	<p>٤٠. كافة المواد التي لا تصنف على أنها عقاقير طبية ومنها على سبيل المثال لا الحصر: غسول الفم، معجون الأسنان، أقراص الاستحلاب، المطهرات، حليب الأطفال، الأغذية التكميلية، منتجات العناية بالبشرة، الشامبو والفيتامينات (ما لم يتم وصفها كعلاج بديل لحالات نقص الفيتامين المعروفة) وكافة المعدات غير المقصود بها في الأساس تحسين الوضع الصحي أو إصابة ما ومنها على سبيل المثال لا الحصر: مكيفات الهواء أو أنظمة تنقية الهواء، دعائم قوس القدم، أجهزة الرفاهية، أجهزة التمارين والتجهيزات الصحية.</p>
<p>41. More than one consultation or follow up with a medical specialist in a single day unless referred by a physician.</p>	<p>٤١. أكثر من استشارة طبية أو متابعة طبية في الحالات غير المستثناة في يوم واحد أو خلال فترة المراجعة المجانية، ما لم يحول من قبل الطبيب المعالج له وكان التحويل مبرراً طبياً.</p>
<p>42. Health services and associated expenses for organ and tissue transplants, irrespective of whether the Insured Person is a donor or recipient.</p>	<p>٤٢. الخدمات الصحية والمصاريف ذات الصلة بزرع الأعضاء والنسيج، بصرف النظر عما إذا كان المشترك متبرع أو متلقي.</p>
<p>43. Services and educational program for handicaps.</p>	<p>٤٣. البرامج والخدمات التعليمية لعلاج الإعاقات الجسدية.</p>
<p>44. Injuries or illnesses suffered by the Insured Person as a result of military operations of whatever type.</p>	<p>٤٤. الإصابات والأمراض التي يعاني منها المشترك نتيجة العمليات العسكرية مهما كان نوعها.</p>
<p>45. Injuries or illnesses suffered by the Insured Person as a result of wars or acts of terror of whatever type.</p>	<p>٤٥. الإصابات والأمراض التي يعاني منها المشترك نتيجة الحروب أو الأعمال الإرهابية مهما كان نوعها.</p>
<p>46. Healthcare services for injuries and accidents arising from nuclear or chemical contamination.</p>	<p>٤٦. خدمات الرعاية الصحية للإصابات والحوادث الناجمة من التلوث الكيميائي والنووي.</p>

<p>47. Injuries resulting from natural disasters (including but not limited to) earthquakes, tornados and any other type of natural disaster.</p>	<p>٤٧. الإصابات الناجمة عن الكوارث الطبيعية، ومنها على سبيل المثال وليس الحصر: الزلزال والأعاصير أو أي نوع من الكوارث الطبيعية.</p>
<p>48. Injuries resulting from criminal acts or resisting authority by the Insured Person.</p>	<p>٤٨. الإصابات الناجمة عن الجرائم أو مقاومة السلطة من قبل المشترك.</p>
<p>49. Healthcare services for patients suffering from AIDS and its complications.</p>	<p>٤٩. خدمات الرعاية الصحية للمرضى التي تعاني من الإيدز ومضاعفاته.</p>
<p>50. Healthcare services for work illnesses and injuries as per Federal Law No. 8 of 1980 concerning the Regulation of Work Relations, as amended, and applicable laws in this respect.</p>	<p>٥٠. خدمات الرعاية الصحية لإصابات العمل والأمراض المهنية وفق القانون الاتحادي رقم (١٩٨٠/٨) بشأن ضوابط علاقات العمل وتعديلاته والقوانين المطبقة في هذا الشأن.</p>
<p>51. All cases resulting from the use of alcohol, drugs and hallucinatory substances.</p>	<p>٥١. جميع الحالات الناجمة عن تعاطي الكحوليات وتناول العقاقير المخدرة والعقاقير المسببة للذهيان والهلوسة.</p>
<p>52. Any test or treatment not prescribed by a doctor.</p>	<p>٥٢. أي فحص أو علاج لم يتم وصفه بواسطة الطبيب.</p>
<p>53. Injuries resulting from attempted suicide or self-inflicted injuries.</p>	<p>٥٣. الإصابات الناجمة عن محاولة الانتحار أو الإصابات الذاتية المتعمدة.</p>
<p>54. Diagnosis and treatment services for complications of exempted illnesses.</p>	<p>٥٤. الخدمات التشخيصية والعلاجية لمضاعفات الأمراض المستثناة من التغطية التأمينية.</p>
<p>55. All healthcare services for internationally and locally recognized epidemics.</p>	<p>٥٥. جميع خدمات الرعاية الصحية للأوبئة المعترف بها محلياً ودولياً.</p>
<p>56. Venereal sexually transmitted diseases. A list with respect thereto will be set out by the General Authority of Health Services.</p>	<p>٥٦. الأمراض المنقولة جنسياً. سيتم إعداد قائمة بهذه الأمراض من قبل الهيئة العامة للخدمات الصحية.</p>

**SECTION 11  
SPECIAL CONDITIONS**

القسم ١١  
شروط خاصة

**11.1 Deductible/Co-Insurance.** The Schedule of Benefits (1) outlines the Deductible and/or Co-insurance that an Eligible Person is required to pay for Health Services and (2) describes any maximum Benefit that may apply. Health Services Covered under the Policy are described in Section 7 Covered Health Services.

١-١١ التحمل/نسبة التحمل. يوضح جدول المنافع (١) مبلغ التحمل و/أو نسبة التحمل المطلوب من الشخص المؤهل دفعها عن الخدمات الصحية، و (٢) وكذلك الحد الأقصى للمنفعة. ويبين القسم ٧ "الخدمات الصحية المغطاة" الخدمات الصحية المغطاة بموجب هذه الوثيقة.

**11.2 Waiting period.** For major medical conditions, specified in Schedule of Benefits or in the Law, a waiting period of six (6) months for the Inpatient treatment will be applied i.e. Benefits come into force once the six (6) months period has elapsed, starting from the Enrolment Date of the Eligible Person.

٢-١١ فترات الإنتظار. للحالات الطبية الرئيسية المذكورة في جدول المنافع أو المذكورة في القانون، تطبق فترة انتظار مدتها ستة (٦) أشهر على حالات العلاج داخل المستشفى، على سبيل المثال المنافع التي يسري مفعولها عند انقضاء فترة الستة (٦) أشهر وذلك منذ تاريخ التسجيل.

The six (6) months waiting period set out above, shall not apply in respect of any such medical conditions if: (a) the Eligible Person has held a valid health insurance policy compliant with DOH; and (b) the renewal or endorsement with Daman occurs on the expiry date of the previous health insurance policy or earlier; and (c) the benefits of the previous health insurance policy are similar to the benefits of this Policy.

إن فترة الإنتظار المنصوص عليها أعلاه ( الستة (٦) أشهر) لا تنطبق على الحالات الطبية الرئيسية إذا (أ) كان الشخص المؤهل مؤمن بموجب وثيقة تأمين صحي متوافقة مع قوانين دائرة الصحة-أبوظبي؛ و (ب) تم التجديد أو تسجيل الوثيقة الجديدة في تاريخ إنتهاء وثيقة التأمين الصحي السابقة أو قبل هذا التاريخ؛ و (ج) منافع وثيقة التأمين الصحي السابقة مماثلة لمنافع الوثيقة الحالية.

**SECTION 12  
PREMIUM REFUND**

In case of termination of the entire Policy or deletion of Eligible Person, Premium **is non-refundable under this Policy.**

القسم ١٢  
جدول استرداد أقساط التأمين في حال الإلغاء

في حالة إنهاء الوثيقة بالكامل أو حذف الشخص المؤهل ، فإن قسط التأمين غير قابل للاسترداد بموجب هذه الوثيقة.