

Abu Dhabi Emirate Plan

Policy Wording

البرامج المخصصة لإمارة أبوظبي
نص الوثيقة

TABLE OF CONTENTS	جدول المحتويات
POLICY INTRODUCTION-3-	مقدمة الوثيقة..... ٣
SECTION 1: DEFINITIONS.....-4-	القسم ١: تعريفات ٤
SECTION 2: ENROLMENT AND EFFECTIVE DATE OF COVERAGE.....-11-	القسم ٢: التسجيل وتاريخ سريان مفعول التغطية..... ١١
SECTION 3: TERMINATION.....-14-	القسم ٣: الإنهاء ١٤
SECTION 4: PREMIUM RATES.....-17-	القسم ٤: الأقساط ١٧
SECTION 5: GENERAL PROVISIONS.....-18-	القسم ٥: أحكام عامة..... ١٨
SECTION 6: PROCEDURES FOR OBTAINING NETWORK BENEFITS.....-22-	القسم ٦: إجراءات الحصول على منافع الشبكة..... ٢٢
SECTION 7: PROCEDURES FOR OBTAINING NON-NETWORK BENEFITS.....-26-	القسم ٧: إجراءات الحصول على منافع خارج الشبكة..... ٢٦
SECTION 8: HEALTH SERVICES.....-27-	القسم ٨: الخدمات الصحية ٢٧
SECTION 9: REIMBURSEMENT.....-32-	القسم ٩: طلبات استرداد المصاريف المستحقة..... ٣٢
SECTION 10: COORDINATION OF BENEFITS, SUBROGATION AND REIMBURSEMENT.....-33-	القسم ١٠: تنسيق المنافع، الإحلال والاسترداد..... ٣٣
SECTION 11: GENERAL EXCLUSIONS.....-34-	القسم ١١: إستثناءات عامة..... ٣٤
SECTION 12: PREMIUM REFUND.....-40-	القسم ١٢: إسترداد أقساط التأمين في حال الإلغاء..... ٤٠

POLICY INTRODUCTION

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

The Policy is constituted of the below documents:

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

This Policy Wording sets the terms and conditions applicable for the Abu Dhabi Emirate Plans (except Basic (Abu Dhabi) Plan, Thiqa Top-up (TC Plans) and Enhanced Sahtak UG Plans).

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.

The 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.

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

مقدمة الوثيقة

تشكل نص الوثيقة هذا جزءاً لا يتجزأ من الوثيقة (كما هو مذكور في رسالة الموافقة على الوثيقة أو جدول الوثيقة) والتي يجب قراءتهما بشكل متكامل.

تتكون الوثيقة من المستندات التالية:

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

تحدد نص الوثيقة هذه الشروط والأحكام المطبقة على برامج إمارة أبوظبي (باستثناء البرنامج الأساسي (أبوظبي)، برامج ثقة المضاف (برامج TC) وخيارات الترقية لبرنامج صحتك المعزز).

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 الانهاء 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 تعديلات/تعديلات جديدة على الوثيقة و/أو ملحقات و/أو اتفاقات خاصة فيما يتعلق بالوثيقة. يرجى قراءة الأحكام الواردة في هذه المستندات لتحديد الطريقة التي يمكن من خلالها تغيير أحكام هذه الوثيقة.

تخضع الوثيقة لقوانين إمارة أبوظبي وللوائح الاتحادية لدولة الإمارات العربية المتحدة كما هو مطبق في إمارة أبوظبي.

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

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

SECTION 1 DEFINITIONS

This Section defines the terms used throughout this Policy and is not intended to describe Covered or Un-Covered services.

"Accident" – 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.

"Accident related Dental Treatment" – the Coverage under this Policy would be restricted (1) to sound natural teeth and (2) only for the cases resulting from Accidents incurred during the validity of the Policy and (3) treatment taken within 72 hours of accidental impact.

"Active at Work" – 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.

"Benefit" – the extent or degree of service Eligible Persons are entitled to receive based on their Policy with Daman.

"Card" – 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.

"Co-insurance" – the percentage of Eligible Expenses, which Eligible Persons are required to contribute for certain Health Services provided under the Policy.

"Confinement" and **"Confined"** – an uninterrupted overnight stay following formal admission to a Hospital.

"Congenital Anomaly"/"Congenital Disease" – 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.

"Country" – United Arab Emirates.

"Coverage" or **"Covered"** – 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 termination conditions of Section 3 occur.

"Daman" – means National Health Insurance Company Daman – PJSC.

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

القسم ١ التعريفات

هذا القسم يعرف المصطلحات المستخدمة في هذه الوثيقة، ولا يقصد به وصف الخدمات المغطاة أو غير المغطاة.

"حادث" – حادث خارجي مفاجئ، غير متوقع وعنيف يسبب إصابة جسمية شديدة، تكون عادة قابلة للتشخيص بمجرد النظر، وتوثق من قبل مأموري الضبط القضائي أو الطبيب.

"علاج الأسنان المتضررة بسبب حادث" – تنحصر التغطية بموجب هذه الوثيقة إذا كانت (١) الأسنان طبيعية وسليمة، و (٢) في الحالات الناجمة عن الحوادث التي تقع خلال مدة سريان الوثيقة، و (٣) على أن يتم العلاج خلال ٧٢ ساعة الأولى من وقوع الحادث.

"على رأس عمله" – الموظف الذي (١) يعمل على أساس الدوام الكامل (الموظف الموضوع على قائمة الدفع الدائم وله وضع الموظف بدوام كامل) لدى صاحب الوثيقة ويُدفع له في الوقت الحاضر راتب عن دوام كامل، أو الذي (٢) يكون في إجازة رسمية مدفوعة أو غير مدفوعة الأجر من صاحب الوثيقة.

"منفعة" – مدى أو درجة الخدمة التي يحق للأشخاص المؤهلين تلقيها على أساس الوثيقة الموقعة مع ضمان.

"بطاقة" – 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.

"نسبة التحمل" – نسبة من المصاريف المستحقة الواجبة على الأشخاص المؤهلين سدادها لقاء خدمات صحية محددة تقدم بموجب هذه الوثيقة.

"الإقامة" و **"مقيم"** – إقامة متواصلة بعد الدخول الرسمي إلى المستشفى.

"تشوه خلقي"/"والأمراض الخلقية" – 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.

"الدولة" – دولة الإمارات العربية المتحدة.

"التغطية" أو **"مستفيد"** – أحقية الشخص المؤهل (المؤمن عليه الرئيسي و/ 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.

"ضمان" – تعني الشركة الوطنية للضمان الصحي – ضمان ش.م.ع

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

<p>"Day Treatment" – medical treatment which must be provided in the Health Service Provider, but which does not require a Confinement.</p> <p>"Deductible" - the defined monetary amount which Eligible Persons are required to pay for certain Health Services provided under the Policy.</p> <p>"Dependent" - (1) the Primary Insured's legal spouse(s) and (2) unmarried Dependent children below the age of 18 of either the Primary Insured or the Primary Insured's legal spouse(s); or may be stipulated in the Law.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>"DOH" – Department of Health – Abu Dhabi.</p> <p>"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.</p> <p>"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.</p> <p>"Effective Date of Coverage for Eligible Persons" – the date that Coverage becomes effective, as set out in the LOA or Policy Schedule (as applicable) 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.</p> <p>Effective Date of the Policy –the effective date on which Coverage of the Policy commences.</p> <p>"Eligible Expenses" - reasonable charges for Covered Health Services, incurred while the Policy is in effect.</p> <p>"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 Policyholder's Application and the Policy or (3) the Policyholder or Primary Insured or Dependent.</p> <p>Furthermore, the definition of "Eligible Person" must be in accordance with the Health Insurance Law, as legally set forward by DOH and/or other relevant authorities.</p> <p>"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 serious jeopardy, serious impairment to bodily functions, or serious dysfunction of bodily organs.</p> <p>"Emirate" – Emirate of Abu Dhabi.</p>	<p>"علاج اليوم الواحد" – العلاج الطبي الذي يجب تقديمه ضمن مزود الخدمات الصحية، لكنه لا يحتاج إلى الإقامة في المستشفى.</p> <p>"التحمل" – المبلغ المالي المحدد الواجب على الأشخاص المؤهلين سدادته لقاء خدمات صحية مقدمة بموجب الوثيقة.</p> <p>"المعالين" – (١) الزوج/الأزواج القانوني للشخص المؤمن عليه الرئيسي، و (٢) الأبناء المعالين الغير متزوجين دون سن ١٨ من الشخص المؤمن عليه الرئيسي أو من الزوج/الأزواج القانوني، أو كما هو منصوص عليه في القانون.</p> <p>يجب أن يكون مكان السكن الرئيسي للزوج الشرعي أو الأبن المعال غير المتزوج مع الشخص المؤمن عليه الرئيسي، ما لم توافق ضمان على ترتيبات أخرى أو كما هو منصوص عليه في القانون.</p> <p>وفي حال عدم توافر هذه الشروط في المعالين، فقد يُطلب من الشخص المؤمن عليه الرئيسي إعادة كافة المبالغ التي تكبدها ضمان عن هؤلاء المعالين عند تقديم خدمات صحية لهم.</p> <p>"دائرة الصحة" – دائرة الصحة - أبو ظبي.</p> <p>"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.</p> <p>"أجهزة طبية دائمة" – أجهزة طبية تستخدم خارجياً لجسم الإنسان، والتي: (١) تصمد أمام الاستخدام المتكرر؛ و (٢) غير مصممة لتكون قابلة للإستهلاك؛ و (٣) تستخدم لخدمة غرض طبي محدد؛ و (٤) تستخدم خارج المستشفى.</p> <p>"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 أو جدول الوثيقة (أيهما تم إصداره) والذي يمكن أن يكون تاريخ تسجيل الشخص المؤهل، أو التاريخ الذي يتم فيه تجديد الوثيقة.</p> <p>"تاريخ سريان مفعول الوثيقة" - التاريخ الذي تصبح فيه تغطية الوثيقة سارية المفعول.</p> <p>"مصاريف مستحقة" – نفقات معقولة وعادية للخدمات الصحية المغطاة، والتي يتم تكبدها أثناء سريان مفعول الوثيقة.</p> <p>"شخص مؤهل" – (١) موظف لدى صاحب الوثيقة يكون على رأس عمله، أو (٢) شخص آخر تتوفر فيه متطلبات الأهلية المحددة في طلب التأمين الخاص بصاحب الوثيقة وفي الوثيقة، أو (٣) صاحب الوثيقة أو المؤمن عليه الرئيسي أو المعال.</p> <p>علاوة على ذلك، يجب أن يكون تعريف "الشخص المؤهل" طبقاً للقانون، وحسبما تقرره دائرة الصحة و/أو أية هيئات أخرى مختصة.</p> <p>"طارئ" – تبيين 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.</p> <p>"الإمارة" – إمارة أبو ظبي.</p>
---	---

<p>"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:</p>	<p>"خدمات تجريبية أو استقصائية أو غير معتمدة" - خدمات رعاية صحية طبية أو جراحية أو تشخيصية أو خدمات أخرى، تكنولوجيا أو مواد أو علاجات أو إجراءات أو أدوية أو أجهزة، عندما تقرر ضمان تغطية حالة معينة، محددة بالتالي:</p>
<p>A. Subject to formal review and approval by local medical authorities for the proposed use; or B. The subject of an on-going clinical trial ; or C. 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.</p>	<p>(أ) مع مراعاة المراجعة الرسمية والموافقة من قبل الهيئات الطبية المحلية لغرض الاستخدام المقصود؛ أو (ب) موضوع الإختبار السريري الجاري؛ أو (ج) غير ظاهرة عبر المواد الطبية المراجعة مسبقاً والشائعة على أنها آمنة وفاعلة لعلاج أو تشخيص الحالة أو المرض المقترح إستخدامها بشأنه.</p>
<p>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:</p>	<p>يحق لضمان -حسب تقديرها- إعتبار الخدمات التجريبية، الاستقصائية أو غير المعتمدة على أنها خدمات صحية مغطاة لعلاج مرض أو ضرورة طبية، إذا ما قررت ضمان أن الخدمة التجريبية، الاستقصائية أو غير المعتمدة وقت إصدار القرار:</p>
<p>A. Is safe with promising efficacy; and B. Is provided in a clinically controlled research setting.</p>	<p>(أ) آمنة ولها فاعلية متوقعة؛ و (ب) مقدمة ضمن برنامج بحث مسيطر عليه سريرياً.</p>
<p>"Expiry Date" – the last day of the Policy as set out in the LOA or Policy Schedule (as applicable) and the day (at 00:00 midnight U.A.E. time), month and year from which the Policy expires.</p>	<p>"تاريخ الانتهاء" - اليوم الأخير من الوثيقة كما هو مشار إليه في رسالة الموافقة على الوثيقة أو جدول الوثيقة (أيهما تم إصداره) وهو اليوم (في تمام الساعة الثانية عشرة مساءً من منتصف الليل بتوقيت دولة الامارات العربية المتحدة) والشهر والسنة الذي تنتهي فيه الوثيقة .</p>
<p>"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.</p>	<p>"إستثناءات عامة" – المنافع والخدمات الصحية المستثناة من التغطية والمدرجة في القسم ١١ من هذه الوثيقة وتطبق على جميع الأشخاص المؤهلين.</p>
<p>"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.</p>	<p>"خدمات صحية" – خدمات الرعاية الصحية والتجهيزات المغطاة بموجب الوثيقة، ما لم تكن هذه الخدمات أو التجهيزات مستثناة أو محددة.</p>
<p>"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.</p>	<p>"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.</p>
<p>"Hospitalisation" – see Inpatient.</p>	<p>"العلاج داخل المستشفى" – راجع "مريض مقيم".</p>
<p>"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.</p>	<p>"فئة العلاج داخل المستشفى/نوع الإقامة" – درجة الغرفة وخدمات المستشفى المحددة للخدمات الصحية المغطاة في القسم ٨، المستحقة للشخص المؤهل.</p>
<p>"Injury" – bodily damage other than Sickness including all related conditions and recurrent symptoms.</p>	<p>"إصابة" – ضرر جسماني فيماعداء المرض بما في ذلك الحالات ذات العلاقة والأعراض المتكررة.</p>
<p>"Inpatient" – Hospital Confinement requiring an overnight stay (also referred to as "Hospitalisation").</p>	<p>"مريض مقيم" – إقامة في المستشفى تتطلب المبيت ليلاً (ويشار إليها أيضاً بـ "العلاج داخل المستشفى").</p>
<p>"Inpatient Benefit" – Hospitalisation or Day Treatment or observation / treatment in an Emergency room / facility which cannot be carried out on an outpatient basis.</p>	<p>"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.</p>
<p>"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</p>	<p>"القانون" - يقصد به القانون رقم ٢٠٠٥/٢٣ ولائحته التنفيذية والتحديثات من وقت لآخر بشأن الضمان الصحي في إمارة أبوظبي وأية قوانين أو تعاميم أو قرارات في الإمارات العربية المتحدة.</p>

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 organisations, 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 Necessary Covered Health Service, as defined in this Policy. The definition of Medically Necessary used in this

"رسالة الموافقة على الوثيقة" - هي إتفاق يعتبر جزءاً من الوثيقة كإثبات على الموافقة بين ضمان و صاحب 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 طبياً" - استناداً إلى المعايير السائدة للممارسة الطبية المتعلقة بحالة محددة.

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

١. ضرورة لتلبية الإحتياجات الصحية الأساسية للشخص المؤهل؛ و
 ٢. تقدم بالطريقة الأكثر ملائمة طبياً ونوع الأجهزة الملائمة لتقديم الخدمة الصحية، مع الأخذ بعين الإعتبار كل من تكلفة وجودة الخدمة؛ و
 ٣. متوافقة من حيث النوع، التكرار ومدة العلاج المبنية 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:
 - ١.٦ آمنة وفعالة لعلاج او تشخيص الحالة أو المرض المقترح إستخدامها بشأنه، أو
 - ٢.٦ آمنة وفعاليتها متوقعة:
- ١.٢.٦ علاج مرض أو حالة مهددة للحياة،
- ٢.٢.٦ برنامج بحث مراقب طبياً.

إن حقيقة قيام طبيب بأداء أو وصف إجراء أو علاج، أو حقيقة كون ذلك هو العلاج الوحيد لإصابة، مرض أو مرض نفسي محدد لا يعني أن تلك الخدمة الصحية ضرورية طبياً حسبما هو محدد في هذه الوثيقة. تعريف الضروري طبياً المستخدم في الوثيقة يتعلق فقط بالتغطية ويختلف عن الطريقة التي يشارك فيها الطبيب بممارسة الطب وتعريف الضروري طبياً.

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 Accident related Dental Treatment, 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.

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

"كاتب 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 إستخدامها لوصف مزود خدمات صحية، تعني أن لمزود الخدمة عقد تقديم الخدمات الطبية ساري المفعول مع ضمان، لتقديم الخدمات الصحية إلى الأشخاص المؤهلين عن طريق خدمة 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 علاج الأسنان المتضررة بسبب حادث والأدوية 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.

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

"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 or Policy Schedule (as applicable) and the period of time (typically one year) from the Effective Date of Policy to the termination of Policy prior to renewal.

"Policy Schedule" - is a document that forms a part of the Policy, evidencing the details of the Policy, and should be read in conjunction with this Policy Wording.

"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 there from.

"Premium" - the fee required for each Eligible Person in accordance with the terms of the Policy.

"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.

"Reasonable and Customary Charges" (R&C) - Charges payable for treatment availed in Non-Network Providers will be based on the rates for similar treatment at the Network Provider assigned by Daman.

"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.

"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 أو جدول الوثيقة (أيهما تم إصداره) والفترة الزمنية (نموذجياً عام واحد) من تاريخ سريان مفعول الوثيقة، حتى إنهاء الوثيقة قبل التجديد.

"جدول الوثيقة" - هو مستند يشكل جزءاً من الوثيقة، يُثبت تفاصيل الوثيقة، ويجب قراءته جنباً إلى جنب مع نص الوثيقة هذه.

"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 مشخص 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" - الرسوم المطلوبة عن كل شخص مؤهل طبقاً لبنود الوثيقة.

"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.

"الرسوم المعقولة والمعتادة" - ستعتمد الرسوم المستحقة على العلاج المقدم في مزود الخدمات من خارج الشبكة على رسوم العلاج المماثل المقدم من قبل مزود للخدمات من داخل الشبكة والذي تم تحديده من قبل ضمان.

"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.

"Repatriation of Mortal Remains" - in case an Eligible Person has passed away the Mortal Remains will be repatriated to such Eligible Person's country of origin.

"Amendments/Endorsements/Riders/ Special Agreement " - any description or alternative provisions to the Policy and forming a 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.

Health Services provided by a Rider maybe subject to payment of additional Premiums.

"Revised Policy information" - Subsequent to the issuance/acceptance of the Policy, if the Policy requires amendments in the basic information that does not 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 Mental Illness or substance abuse and those mentioned in Section 11.

"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.

"Transplant Centre" - a Hospital with a specialised unit that performs Organ Transplants.

"Undeclared Pre-Existing Condition" - any Pre-Existing Condition known to the Eligible Person, which is not declared on the medical questionnaire or Policy application in case a medical underwriting has been applied.

"Visiting Doctors" - A medical doctor (typically from abroad) who works temporarily for a Hospital in the Country or who uses the operating theatre temporarily and/or the health facilities of a Hospital in the Country.

"الإعادة للوطن" - في حال وفاة شخص مؤهل، فسوف يتم إعادة جثمانه إلى وطنه.

"تعديلات/تعديلات جديدة على الوثيقة و/أو ملحقات و/أو اتفاقات خاصة" - 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 ما عدا تلك المعدلة بشكل محدد.

الخدمات الصحية المقدمة بموجب ملحق قد تكون خاضعة لدفع أقساط إضافية.

"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 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 ١١.

"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.

"مركز النقل" - مستشفى لديها وحدة متخصصة لإجراء عمليات نقل الأعضاء.

"الحالة الموجودة مسبقاً غير المعلنة" - أي حالة موجودة مسبقاً يعلمها الشخص المؤهل، ولم يفصح عنها في الإستبيان الطبي أو طلب الوثيقة في حال تم تطبيق التأمين الطبي.

"الطبيب الزائر" - طبيب - عادة من خارج الدولة - يعمل بشكل مؤقت في مستشفى في الدولة أو يستخدم غرف العمليات أو التسهيلات الطبية في مستشفى داخل الدولة بشكل مؤقت.

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 and 2.6. Except as set forth in this section, Primary Insured and/or Dependents shall be enrolled after a written authorisation of Daman. Dependents of a Primary Insured may not enrol 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. The Premium refund related to any approved deletion shall be calculated on short term or pro-rata (subject to Daman's approval) as per Premium Refund Section. Premiums will not be refunded by Daman to the Policyholder, if the relevant Daman Card(s) (if issued) has not been returned to Daman. An exception may be made, at Daman's sole discretion, in the form of a no objection letter issued by Daman or if the Policyholder sends a guarantee letter to Daman that all incurred claims after the deletion date will be borne by the Policyholder.

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 shall be required 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 and/or other of the Emirate of Abu Dhabi.

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 ٢-٥ و ٢-٦. باستثناء ما هو منصوص عليه في هذا القسم، يتم تسجيل المؤمن عليهم الرئيسيين وأو المعالين بعد إذن خطي من ضمان. 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 وبطاقات تأمين ضمان (إن أصدرت) العائدة للأشخاص المؤهلين المطلوب حذفهم، حذف أي شخص مؤهل بسبب الوفاة أو إنهاء الخدمة. عندما توافق ضمان على الحذف، تحسب قيمة القسط المستردة إلى صاحب الوثيقة بطريقة حسابية قصيرة الأجل أو حسابات النسبة والتناسب (يخضع للموافقة من قبل ضمان) كما هو مبين في قسم إسترداد أقساط التأمين في حال الإلغاء. ولن يتم إعادة مبالغ الأقساط ما لم تعاد لضمان بطاقة/بطاقات التأمين الشخصية (إن أصدرت)، إلا إذا قامت ضمان بإصدار رسالة عدم اعتراض أو إذا قام صاحب الوثيقة بإرسال رسالة تكفل لضمان بأنه سيتحمل جميع المطالبات التي تقع بعد تاريخ الحذف.

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 أيضاً 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 أبوظبي.

2.5 Coverage for a Newly Eligible Primary Insured.

Newly eligible Primary Insured shall have the same Coverage benefits as specified in the Policy. Coverage is effective under the following conditions: (1) if Daman is notified by the Policyholder in writing within 30 days of the Primary Insured's eligibility date; (2) Daman receives any required Premium; (3) Daman receives the completed health questionnaire (if required); and (4) the newly eligible Primary Insured is accepted for Coverage by Daman. If the newly eligible Primary Insured is accepted for Coverage by Daman, written notification of acceptance will be sent to the Policyholder.

Coverage for New Dependents (Except NewBorn 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; (2) receives any required Premium; (3) Daman receives the completed health questionnaire (if required) and (4) the new Dependent is accepted for Coverage by Daman. If the new Dependent is accepted for Coverage by Daman, written notification of acceptance will be sent 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 whether born inside or outside 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, (2) Daman receives any required Premium, and (3) a completed health questionnaire (if required), and (4) the New-Born child is accepted for Coverage by Daman. If the New-Born child is accepted for Coverage by Daman, written notification of acceptance will be sent 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 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

التغطية الخاصة بالمؤمن عليه الرئيسي المؤهل حديثاً. المؤمن عليه الرئيسي المؤهل حديثاً لديه نفس منافع التغطية حسبما هو محدد في الوثيقة. تكون التغطية سارية المفعول بموجب الشروط التالية: (١) إذا تم إشعار ضمان في غضون ٣٠ يوم من تاريخ أهلية المؤمن عليه الرئيسي، (٢) وتلقت ضمان أي قسط مطلوب، (٣) وحصول ضمان على الإستمبيان الصحي المعبأ -عند الطلب-، (٤) وتم قبول المؤمن عليه الرئيسي المؤهل حديثاً للتغطية من قبل ضمان. إذا تم قبول المؤمن عليه الرئيسي المؤهل حديثاً للتغطية من قبل ضمان، يتم إرسال إشعار خطي بالموافقة إلى صاحب الوثيقة.

تغطية المعالين الجدد (باستثناء الأطفال حديثي الولادة). يسي 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، (٢) وتلقت ضمان القسط المستحق، (٣) استلمت ضمان الإستمبيان الصحي المعبأ بالكامل (عند الطلب)، (٤) وتم قبول تغطية المعال الجديد من قبل ضمان. إذا تم قبول المعال الجديد للتغطية من قبل ضمان، سيتم إرسال إشعار خطي إلى صاحب الوثيقة.

٦-٢ تاريخ سريان مفعول التغطية بالنسبة للأطفال حديثي الولادة. يصبح

الأطفال حديثي الولادة مؤهلين للتغطية منذ تاريخ ولادتهم. سواء كانت ولادتهم داخل أو خارج الإمارات العربية المتحدة. وتصبح التغطية سارية المفعول منذ تاريخ الأهلية ووفقاً للشروط التالية: (١) إذا تم إشعار ضمان في غضون ٣٠ يوم من تاريخ ولادة الطفل (٢) بعد تلقي ضمان القسط المستحق، و (٣) تعبئة الإستمبيان الصحي -عند الطلب-، و (٤) قبول ضمان تغطية ذلك الطفل حديث الولادة. إذا تم قبول تغطية الطفل حديث الولادة من قبل ضمان، يتم إرسال إشعار خطي إلى صاحب الوثيقة.

٧-٢ تاريخ سريان التغطية للإقامة في المستشفى. في حال إقامة الأشخاص

المؤهلين بالمستشفى قبل تاريخ سريان مفعول التغطية دون وجود تغطية لتلك الإقامة بموجب وثيقة سابقة، تغطي الخدمات الصحية المقدمة أثناء تلك الإقامة إذا: (١) قام الأشخاص المؤهلين بإشعار ضمان بهذه الإقامة في غضون ٤٨ ساعة من تاريخ سريان المفعول، أو في أقرب وقت ممكن؛ وإذا (٢) تم تلقي الخدمات الصحية طبقاً لبنود وشروط وإستثناءات وقبول الوثيقة؛ وإذا (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 اعتباراً من تاريخ سريان مفعول التغطية.

إذا كان الأشخاص المؤهلين مقيمين في المستشفى في تاريخ سريان المفعول ولديهم تغطية سابقة، فإن الخدمات الصحية الخاصة بالحالة أو الإعاقة لن

condition or disability will not be covered under the Policy until Eligible Persons' 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).

Any change to the Benefit category of Eligible Person shall take effect upon: (1) Daman receiving a written notification from the Policyholder of the change to the Benefit category of the Eligible Person, the required Premium and a completed health questionnaire (if required); and (2) the change to the Benefit category of Eligible Person is accepted by Daman and a written notification of acceptance is sent by Daman to the Policyholder.

2.9 Eligible Person Status Change: Any change to the status of Eligible Person shall take effect upon: (1) Daman receiving a written notification from the Policyholder of the change to the status of the Eligible Person, the required Premium and a completed health questionnaire (if required); and (2) the change to the status of Eligible Person is accepted by Daman and a written notification of acceptance is sent by Daman to the Policyholder.

Coverage for Maternity Services: If Eligible Persons are not covered for maternity services on their Effective Date of Coverage, the coverage for maternity services shall take effect upon: (1) Daman receiving a written notification from the Policyholder within sixty (60) days of the marriage of Eligible Person for the addition of maternity services along with submitting copy of the marriage certificate and any other supporting documents as requested by Daman, the required Premium and a completed health questionnaire (if required); and (2) the coverage for maternity services is accepted by Daman and a written notification of acceptance is sent by Daman to the Policyholder.

If Policyholder notifies Daman for the addition of the maternity services coverage for Eligible Person after sixty (60) days from the date of marriage, the Policyholder shall pay Daman the loaded Premium as calculated by Daman.

For individuals and groups of 10 Primary Insured and below - Coverage for pregnancy not declared at the time of enrolment of an Eligible Person, where an undeclared pregnancy arises, whether intentionally or not, Daman will provide the Eligible Person with two options i.e. Option 1 is to cover the pregnancy at the correctly underwritten and loaded Premium and Option 2 is to exclude Coverage for the pregnancy. The final decision rests with the Eligible Person. Coverage for any pregnancy, which arises within forty (40) calendar days from the date of enrolment will be at the discretion of Daman. Daman has the right to not cover any maternity claims for any undeclared pregnancy.

تغطي بموجب الوثيقة حتى تنتهي التغطية السابقة.

٨-٢ فئة المنافع. سيتم تسجيل كل شخص مؤهل في تاريخ سريان المفعول أو أي تاريخ تسجيل لاحق مع المعالين وفئة المنافع المحددة وفقاً لجدول المنافع والحالة الصحية الحالية كما هو مُصرَّح في طلب التأمين لصاحب الوثيقة أو أي استبيان طبي / صحي آخر (حسب الاقتضاء).

يسري أي تغيير في فئة المنافع الخاصة بالشخص المؤهل عند: (١) تلقي ضمان لإشعار خطي من صاحب الوثيقة بالتغيير في فئة المنافع الخاصة بالشخص المؤهل، القسط المطلوب والاستبيان الصحي المعبأ (عند الطلب)، و (٢) قبول التغيير في فئة المنافع للشخص المؤهل من قبل ضمان وإرسال إشعار خطي بالقبول من قبل ضمان إلى صاحب الوثيقة.

٩-٢ تغيير في حالة الشخص المؤهل: يسري مفعول أي تغيير في حالة الشخص المؤهل عند: (١) تلقي ضمان إشعاراً خطياً من صاحب الوثيقة بالتغيير في حالة الشخص المؤهل، القسط المطلوب والاستبيان الصحي المعبأ (عند الطلب)، و (٢) قبول التغيير في حالة الشخص المؤهل من قبل ضمان وإرسال إشعار خطي بالقبول من قبل ضمان إلى صاحب الوثيقة.

تغطية خدمات الحمل والولادة: إذا لم يتم تغطية الأشخاص المؤهلين ضمن خدمات الحمل والولادة في تاريخ سريان مفعول تغطيتهم، فإن تغطية خدمات الحمل والولادة تسري عند: (١) تلقي ضمان إشعاراً كتابياً من صاحب الوثيقة في غضون ستين (٦٠) يوماً من تاريخ زواج الشخص المؤهل لإضافة خدمات الحمل والولادة إلى جانب تقديم نسخة من شهادة الزواج وأي مستندات داعمة أخرى حسب طلب ضمان، والقسط المطلوب واستبيان صحي معبأ (عند الطلب)؛ و (٢) قبول تغطية خدمات الحمل والولادة من قبل ضمان وإرسال إشعاراً خطياً بالقبول من قبل ضمان إلى صاحب الوثيقة.

إذا قام صاحب الوثيقة بإشعار ضمان بإضافة تغطية خدمات الحمل والولادة للشخص المؤهل بعد ستين (٦٠) يوماً من تاريخ الزواج، يجب على صاحب الوثيقة أن يدفع لشركة ضمان القسط الذي تم تحميله وفقاً لاحتساب ضمان.

بالنسبة للأفراد والمجموعات المكونة من ١٠ أشخاص مؤمن عليهم رئيسيين وما دون - تغطية حالات الحمل التي لم يتم الإعلان عنها وقت تسجيل الشخص المؤهل، حيث ينشأ حمل غير معلن، سواء عن قصد أو بغير قصد، ستطرح ضمان للشخص المؤهل خيارين، الخيار ١ هو تغطية الحمل بعد أن تخضع الحالة للإكتتاب الطبي و تقرير القسط المستحق بشكل صحيح، والخيار ٢ هو استبعاد تغطية الحمل. القرار النهائي بين الخيارين ١ أو ٢ يقع على عاتق الشخص المؤهل. ستكون التغطية لأي حمل، والتي تنشأ خلال أربعين (٤٠) يوماً تقويمياً من تاريخ التسجيل وفقاً لتقدير ضمان. ضمان لها الحق في عدم تغطية أي مطالبات للحمل والولادة لأي حمل غير مصرح عنه.

<p style="text-align: center;">SECTION 3 TERMINATION</p>	<p style="text-align: center;">القسم ٣ الإنهاء</p>
<p>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:</p> <p>A. On the date specified by the Policyholder, after at least 30 days prior written notice to Daman, that this Policy shall be terminated.</p> <p>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.</p> <p>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 or oblige the Policyholder to pay all claims incurred under the Policy</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 other legal general regulations, which affect the Policy so fundamentally that it is not possible for Daman to continue providing Coverage under the Policy.</p> <p>G. On the date specified by Daman, by written notice to the Policyholder that the Policy will be terminated due to non-payment of the Premiums.</p>	<p>١-٣ إنهاء الوثيقة بشكل كامل. تنتهي هذه الوثيقة والتغطية بموجبها في التواريخ المذكورة أدناه، أيهما يحين أولاً.</p> <p>(أ) في التاريخ المحدد من قبل صاحب الوثيقة، عقب توجيه إشعار خطي قبل ٣٠ يوم على الأقل إلى ضمان، بأنه سيتم إنهاء هذه الوثيقة.</p> <p>(ب) في التاريخ المحدد من قبل ضمان، في إشعار خطي موجه إلى صاحب الوثيقة بأنه سيتم إنهاء هذه الوثيقة بسبب قيام صاحب الوثيقة بخرق أياً من بنود وشروط الوثيقة.</p> <p>(ج) 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. يحق لضمان إلغاء هذه الوثيقة بتاريخ مرجعي لسريان مفعول الوثيقة. في حال تم إيقاف الوثيقة بحسب ما جاء ضمن هذا البند الفرعي (ج)، يحق لضمان ابطال هذه الوثيقة أو إجبار صاحب الوثيقة بدفع جميع المطالبات الفعلية ضمن هذه الوثيقة.</p> <p>(د) في التاريخ المحدد من قبل ضمان، إذا قررت ضمان إيقاف هذه الوثيقة أو أياً من فئات التغطية أو منافع الوثيقة أو تعديلات /تعديلات جديدة على الوثيقة و/أو ملحقات و/أو اتفاقات خاصة بسبب تغيير في القانون.</p> <p>(هـ) 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 شركة ضمان.</p> <p>(و) 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 مم لا تسمح لضمان بمتابعة منح التغطية ضمن هذه الوثيقة.</p> <p>(ز) في التاريخ المحدد من قبل ضمان في إشعار خطي موجه إلى صاحب الوثيقة بأنه سيتم إنهاء هذه الوثيقة بسبب عدم دفع الأقساط.</p>
<p>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:</p> <p>A. The date the entire Policy is terminated, as specified in the Policy.</p>	<p>٢-٣ إنهاء تغطية شخص مؤهل بموجب الوثيقة. تنتهي تغطية الشخص المؤهل تلقائياً في أي من التواريخ المحددة أدناه، أيهما يحين أولاً:</p> <p>(أ) التاريخ الذي يتم فيه إنهاء الوثيقة بشكل كامل، حسبما هو مذكور في الوثيقة.</p>

<p>B. On the date Eligible Persons cease to be eligible as a Primary Insured or enrolled Dependent, the Policyholder shall notify Daman and the Daman Card (if issued) shall be provided to Daman.</p>	<p>(ب) في التاريخ الذي يتوقف به الشخص المؤهل عن كونه مؤهل كشخص مؤمن عليه رئيسي أو مسجل كمعال، فإنه يجب على صاحب الوثيقة إشعار ضمان خطياً بذلك، وبشرط أن تستلم ضمان بطاقة ضمان (إن أصدرت).</p>
<p>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 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.</p>	<p>(ج) التاريخ المحدد من قبل ضمان في إشعار خطي، في حال ارتكاب الشخص المؤهل عملاً من أعمال الغش و / أو سوء الإستعمال في ما يتعلق بالتغطية التي يتلقاها بموجب الوثيقة أو لأن الشخص المؤهل سمح باستخدام البطاقة الخاصة به ، أو أي مستند آخر يخوله الحصول على رعاية صحية من قبل شخص غير مخول بذلك أو إستعمل بطاقة خاصة بشخص آخر.</p>
<p>D. The date specified by Daman in written notice due to a breach by the Eligible Person of the terms and conditions of the Policy.</p>	<p>(د) التاريخ المحدد من قبل ضمان في إشعار خطي بسبب قيام الشخص المؤهل بخرق لبنود وشروط الوثيقة.</p>
<p>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.</p>	<p>(هـ) التاريخ المحدد من قبل ضمان في إشعار خطي بسبب الغش أو التضليل ، أو لأن الشخص المؤهل قام بتزويد ضمان بمعلومات مادية زائفة رغم علمه بذلك ، على سبيل المثال لا الحصر: المعلومات المتعلقة بأهلية شخص آخر للتغطية أو بوصفه شخص معال- الأمراض الموجودة قبل تاريخ سريان مفعول الوثيقة و غير المصرح عنها - أنشطة خطيرة. يكون لضمان الحق في هذه الحالة إنهاء التغطية بأثر رجعي .</p>
<p>3.3 Obligations of Daman on Termination of the Policy or Coverage of Eligible Person</p>	<p>٣-٣ موجبات ضمان عند إنهاء الوثيقة أو تغطية الشخص المؤهل.</p>
<p>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), 3.1(G), 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.</p>	<p>لن يؤثر إنهاء الوثيقة أو إنهاء التغطية على أي طلب متعلق باسترداد المصاريف المستحقة عن الخدمات الصحية المقدمة قبل تاريخ الانهاء، ما لم يحدث الإيقاف لسبب من الأسباب التي تم ذكرها ضمن البنود ١-٣ (ب)، ١-٣ (ج)، ١-٣ (ز)، 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.</p>
<p>3.4 Obligations of the Policyholder on Termination of the Policy or Coverage of Eligible Person</p>	<p>٤-٣ موجبات صاحب الوثيقة عند إنهاء الوثيقة أو تغطية الشخص المؤهل.</p>
<p>A. Upon any termination of this Policy, the Policyholder shall be and shall remain liable to Daman for the payment of any and all Premiums or part of Premiums, which are unpaid at the time of termination.</p>	<p>(أ) عند أي إنهاء للوثيقة، يبقى صاحب الوثيقة مسؤولاً تجاه ضمان عن دفع أي وكافة الأقساط أو جزء من الأقساط , غير المدفوعة عند الإنهاء.</p>
<p>B. In the event of termination of the Policy in accordance with section 3.1(B), 3.1 (C), 3.1 (G), 3.2 (C), 3.2(D) and 3.2(E), Daman shall be entitled to recover all</p>	<p>(ب) في حالة إنهاء الوثيقة وفقاً لما جاء في القسم ١-٣ (ب)، ١-٣ (ج)، ١-٣ (ز)، ٢-٣ (ج)، ٢-٣ (د) و ٢-٣ (هـ)، يحق لضمان استرداد جميع المبالغ التي دفعتها فيما يتعلق بالمطالبات المقدمة سواء من قبل</p>

<p>amounts that it has paid in respect of claims submitted either by the Eligible Person or the Provider (in respect of Health Services rendered to the Eligible Person).</p> <p>C. 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.</p> <p>D. 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.</p> <p>E. 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.</p> <p>F. The Policyholder will be responsible for reimbursement to Daman for payment of any Health Services obtained by an Eligible Person using their Card after Coverage termination or termination of the Policy.</p>	<p>الشخص المؤهل أو مزود الخدمة (في ما يتعلق بالخدمات الصحية المقدمة للشخص المؤهل).</p> <p>ج) 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 أية تكاليف مالية ناتجة عن تلقي خدمات صحية من قبل الشخص المؤهل في اليوم التالي من تاريخ إنهاء الوثيقة أو تاريخ إنهاء تغطية الشخص المؤهل.</p> <p>د) عند إنهاء هذه الوثيقة أو التغطية وفقاً للبند ٣-١ أو ٣-٢ ، على صاحب الوثيقة إرسال إشعاراً خطياً إلى الشخص المؤهل يعلمه بهذا الإنهاء و بأنه لن يكون مغطى لتلقي الخدمات الصحية بموجب هذه الوثيقة.</p> <p>هـ) عند إنهاء تغطية الشخص المؤهل أو إنهاء الوثيقة، يتوجب على صاحب الوثيقة إرجاع بطاقات ضمان الخاصة بالأشخاص المؤهلين (إن أصدرت) إلى ضمان.</p> <p>و) يتحمل صاحب الوثيقة كافة النفقات التي تكبدها ضمان عند تقديم أية خدمات صحية إلى الشخص المؤهل عندما يقوم هذا الأخير باستخدام البطاقة الخاصة به بعد إنهاء التغطية أو الوثيقة.</p>
--	---

SECTION 4 PREMIUM RATES	القسم ٤ الأقساط
<p>4.1 Premiums. Premiums payable by the Policyholder are specified in the Quotation.</p>	<p>١-٤ الأقساط. ان الأقساط المستحقة الدفع من قبل صاحب الوثيقة محددة في التسعيرة.</p>
<p>4.2 Computation of Premium. Each Premium shall be calculated based on the number of Primary Insured and Dependents in each Coverage category, Daman shows in its records at the time of calculation the Premiums that are then in effect.</p>	<p>٢-٤ حساب الأقساط. يحتسب القسط على أساس عدد الأشخاص المؤمن عليهم الرئيسيين والمعالمين في كل فئة تغطية، وتبين ضمان في سجلاتها قيمة الأقساط الحالية المعمول بها في وقت الإحتساب.</p>
<p>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.</p>	<p>للأعضاء الجدد الذين تم تسجيلهم بعد تاريخ سريان مفعول الوثيقة، يكون احتساب الأقساط على أساس النسبة و التناسب.</p>
<p>4.3 Notification of Coverage Changes. The Policyholder shall notify Daman in writing within 30 days of the effective date of enrolments, terminations, or other changes.</p>	<p>٣-٤ إشعار بتعديلات التغطية. على صاحب الوثيقة إشعار ضمان خطياً في غضون ٣٠ يوم من تاريخ تسجيل أو إنهاء أو إجراء أية تعديلات أخرى على الوثيقة.</p>
<p>4.4 Payment of the Premium. The Premium is payable in advance by the Policyholder, unless otherwise agreed by Daman in writing. 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 outstanding Premiums.</p>	<p>٤-٤ دفع القسط. يكون القسط مستحق الدفع مقدماً من قبل صاحب الوثيقة ، ما لم توافق ضمان كتابة على خلاف ذلك. 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 المتأخرة.</p>
<p>4.5 Non-payment and / or delayed payment of Premium: 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.</p> <p>In the event of any delay or non-payment of Premium or any instalment/s within 30 days from the due date, Daman shall be entitled to suspend/terminate this Policy unilaterally. Daman may at its own discretion reinstate the Coverage if the Premium is subsequently paid. During the period of suspension, the Policyholder shall reimburse Daman for any payment of Health Services of Eligible Persons.</p>	<p>٥-٤ عدم سداد و/أو التأخر في سداد القسط. جميع الأقساط المذكورة في التسعيرة- بنود وشروط الدفع تسدد مقدماً و قبل الشروع في توفير أية تغطية بموجب الوثيقة ما لم توافق ضمان كتابة على خلاف ذلك.</p> <p>في حال التأخر في أو عدم سداد القسط أو أي من دفعاته خلال ٣٠ يوماً من تاريخ الاستحقاق، يحق لضمان وبشكل منفرد تعليق أو إنهاء الوثيقة تلقائياً و بدون إشعار. كما يجوز لضمان، وفق تقديرها الخاص، إعادة التغطية في حال سداد القسط لاحقاً. خلال مدة التعليق، على صاحب الوثيقة إرجاع المبالغ المسددة من قبل ضمان عن الخدمات الصحية المقدمة الى الأشخاص المؤهلين.</p>
<p>A termination/suspension of the Policy shall not release the Policyholder from paying any sums/ in full, owing to Daman.</p>	<p>إن إنهاء أو تعليق الوثيقة لا يعفي صاحب الوثيقة من التزامه بتسديد القيمة الكاملة لأية مبالغ أو دفعات مستحقة لضمان.</p>
<p>In case of such termination/suspension the Policyholder will have to pay the due instalment in full without any effect of utilisation therein. In the event of suspension/termination by Daman in conformity with the provisions laid down herein the Policyholder shall not have any claim/ not incur any liability to Daman of indemnification or and compensation.</p>	<p>في حال الإنهاء أو التعليق يجب على صاحب الوثيقة أن يقوم بدفع أي مبالغ/أقساط كاملة بغض النظر عن مدى استفادته بها.</p> <p>في حال الإنهاء أو تعليق الوثيقة من قبل ضمان وفقاً للأحكام الواردة في هذه الوثيقة، فلا يحق لصاحب الوثيقة التقدم بأية مطالبة أو تحميل ضمان مسؤولية التعويض.</p>
<p>4.6 Currency. All Premiums paid by the Policyholder shall be in the currency of U.A.E Dirham.</p>	<p>٦-٤ العملة. تدفع جميع الأقساط من قبل صاحب الوثيقة بعملة دولة الإمارات العربية المتحدة (الدرهم الإماراتي).</p>
<p>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.</p>	<p>٧-٤ 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.</p>

<p style="text-align: center;">SECTION 5 GENERAL PROVISIONS</p>	<p style="text-align: center;">القسم ٥ أحكام عامة</p>
<p>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.</p>	<p>١-٥ الخدمات الإدارية. تقدم الخدمات الضرورية لإدارة 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.</p>
<p>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 any agreement, the concerned party and Daman shall meet and negotiate in good faith to attempt to resolve the dispute.</p> <p>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 the DOH has been exhausted.</p> <p>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 the Policy.</p> <p>If legal proceedings or actions against Daman are not brought within three years of the date Daman notifies other party of its final decision, the right to bring any action against Daman is forfeited.</p>	<p>٢-٥ حدود التقاضي. في حال نشوء نزاع حول أية اتفاقية بين ضمّان وأي طرف آخر (بما في ذلك صاحب الوثيقة و/أو الأشخاص المؤهلين نيابة عن صاحب الوثيقة) يجتمع الطرف المعني ويجري مفاوضات مع ضمّان بحسن نية من أجل التوصل إلى حل النزاع.</p> <p>وفي حال تعذّر على الطرفين حل النزاع فيما بينهم، يحال النزاع بشكل خطّي إلى وحدة الشكاوى والتظلمات في دائرة الصحة للتسوية الودية، ولا تكون أية إجراءات أخرى لحل النزاعات سارية ونافذة ما لم يتم إستنفاد جميع الإجراءات المحددة من قبل دائرة الصحة ابوظبي.</p> <p>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.</p> <p>في حال عدم إقامة الإجراءات أو الدعاوى القانونية ضد ضمّان خلال ثلاث سنوات من تاريخ قيام ضمّان بإبلاغ الطرف الآخر بقرارها النهائي، يسقط حق إقامة دعوى ضد ضمّان.</p>
<p>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 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.</p> <p>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.</p> <p>DOH and/or other relevant authorities may after the approval of the Executive Council implement changes to the Law. Such changes will become effective as with the effective date of the respective laws.</p>	<p>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 و تعد جزءاً من الوثيقة. تصدر هذه التعديلات/التغييرات من قبل ضمّان ويجب أن تتم طبقاً للقانون وتكون سارية المفعول فقط عند التوقيع عليها من قبل الشخص الذي يمثل كل من ضمّان وصاحب الوثيقة. ولا يمتلك أي وكيل صلاحية تغيير الوثيقة أو التنازل عن أي من أحكامها.</p> <p>وفي حالة وجود تغيير / تعديل على الوثيقة ، تبقى جميع البنود، الشروط، الاستثناءات، الحدود ونطاق الخدمات المقدمة بموجب الوثيقة ثابتة كما هي. ودون أي تغيير.</p> <p>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.</p>

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 enrolment and changes to Coverage category (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. 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 authorise 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 legally 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 designees have the same rights to this information as does Daman.

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 أيًا من موظفيها وكلياً 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 علاقة 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 و حالات 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 المسجلين سواء قاموا بالتوقيع على طلب المؤمن عليه الرئيسي أم لا (حسب الإقتضاء)...

توافق ضمان على إعتبار تلك المعلومات والسجلات سرية. تمتلك ضمان حق الإفصاح 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 إحتساب 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 وللكشف عن تلك السجلات حسب الضرورة. ولهؤلاء المعينين من قبل ضمان نفس الحقوق التي تمتلكها ضمان بشأن هذه المعلومات.

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 Error of invoicing. The Policyholder confirms that all the information (including member information) submitted to Daman in respect of enrolment/renewal of Eligible Persons under the Policy are complete, true and correct. The Eligible Members shall be enrolled under the Policy in accordance with the Health Insurance Law of the Emirate of Abu Dhabi. Daman's invoice will be corrected for clerical errors provided such errors are reported to Daman within 30 days of issue of invoice/policy effective date (whichever comes earlier). In case of discovery of errors by Daman, such errors shall be reported to the Policyholder within 30 days and appropriate adjustment in Premium shall be made.

For example - errors in date of birth, gender, or commencement of coverage have an impact on Premium and the difference amount shall either be collected from or credited to the account of the Policyholder.

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, any necessary appropriate adjustment shall be made by Daman. However, such correction shall be made within 30 days of discovery of the error, after such clerical error has been notified by Daman to the Policyholder or vice versa.

For example - errors in details like photograph, address, name, employee number.

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.

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 بالفواتير. 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 لقانون التأمين الصحي في إمارة أبوظبي. سيتم تصحيح فاتورة ضمان عند اكتشاف الأخطاء، وهذه الأخطاء يجب إبلاغ ضمان عنها في غضون ٣٠ يوماً من إصدار الفاتورة/تاريخ سريان مفعول الوثيقة (أيهما يأتي أولاً). في حال اكتشاف الخطأ من قبل ضمان، ستقوم ضمان بإبلاغ صاحب الوثيقة عن هذا الخطأ في غضون ٣٠ يوماً وسيتم إجراء التعديل الملائم والمناسب على الأقساط.

الخطأ المطبعي ممكن أن يكون على سبيل المثال كالآتي: الخطأ في تاريخ الميلاد، الجنس، أو التاريخ الذي يصبح به الفرد مؤهل للتغطية له تأثير على قيمة القسط وإن الفرق في قيمة القسط سيتم إما جمعها من أو إضافتها إلى حساب صاحب الوثيقة.

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، يجب على ضمان إجراء التعديل الملائم والضروري. أي تعديل يجب أن يتم خلال ٣٠ يوماً من تاريخ اكتشاف الخطأ، بعد أن يتم إرسال إشعاراً خطياً بهذا الخطأ من ضمان إلى صاحب الوثيقة أو العكس.

على سبيل المثال - أخطاء في التفاصيل مثل الصورة الشخصية للفرد، العنوان، الإسم ورقم الموظف

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.

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

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

The Policyholder must ensure that renewal takes place on the day after the Expiry Date of this Policy to secure 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.

5.11 Data Privacy and Security.

Daman represents and warrants that it shall: (i) comply with all applicable UAE data protection and data security related laws and regulations; (ii) have in place appropriate technical and organisational measures, in line with the requirements of the applicable UAE laws and regulations, including but not limited to, the ADHICS regulations and ISO 27001 standards; and (iii) maintain all necessary documentation to evidence its compliance with this Article.

يجب أن يرسل أي إشعار موجه إلى ضمان أو إلى صاحب الوثيقة حسبما هو مفصل في رسالة الموافقة على الوثيقة أو جدول الوثيقة (أيهما تم إصداره).

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

9-5 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 مع توفير بنود التجديد. ويلتزم صاحب الوثيقة بإخطار ضمان خلال الثلاثين 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.

10-5 العقوبات. لن تعتبر ضمان جهة لتوفير تغطية لصاحب الوثيقة أو المؤمن عليه الرئيسي أو المعالين المسجلين ولن تكون ضمان مسؤولة عن دفع أي مطالبية أو تقديم أي منفعة في حال كان تقديم مثل هذه التغطية، أو دفع هذه المطالبية 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.

11-5 أمن وخصوصية المعلومات.

تقر ضمان وتتعهد بالآتي: (١) الامتثال مع ضوابط والقوانين السارية والمتعلقة بأمن وحماية المعلومات؛ (٢) تفعيل تدابير مؤسسية وتقنية مناسبة تتماشى مع متطلبات الضوابط والقوانين المطبقة في دولة الإمارات العربية المتحدة، والتي من بينها على سبيل الذكر وليس الحصر، معايير أبوظبي الخاصة بأمن المعلومات الصحية والأمن الإلكتروني ومعايير الأيزو ٢٧٠٠١؛ (٣) الاحتفاظ بكل الوثائق والمستندات الضرورية لإثبات الامتثال مع هذه المادة.

SECTION 6 PROCEDURES FOR OBTAINING NETWORK BENEFITS

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 the 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 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/mobile application 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. If 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 applicable 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 Eligible Persons shall be required to pay for Health Services obtained directly to the Provider in accordance with the prices set by the Provider.

القسم ٦ إجراءات الحصول على منافع الشبكة

١-٦ الخدمات الصحية المقدمة من قبل مزودي الخدمة داخل الشبكة. يستحق الأشخاص المؤهلين التغطية بشأن الخدمات الصحية المدرجة كمناافع شبكة في جدول المنافع إذا كانت تلك الخدمات الصحية ضرورية طبياً ومقدمة من قبل طبيب داخل الشبكة أو مزود خدمة داخل الشبكة. وتخضع التغطية للبنود والشروط والإستثناءات والقيود الواردة 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 كمناافع 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. لا يتم إرسال إشعار في هذا الصدد إلى صاحب الوثيقة و/أو الأشخاص المؤهلين. وفي حال عدم وجود عقد صحيح وساري بين ضمان وأياً من مزودي الخدمة داخل الشبكة، فيختار الأشخاص المؤهلين مزود خدمة من بين مزودي الخدمة المتبقين من أجل الحصول على منافع الشبكة.

إن تغطية الخدمات الصحية متوقفة على دفع الأقساط المطلوبة للتغطية بموجب الوثيقة ودفع مبلغ التحمل أو نسبة التحمل المحددة فيما يتعلق بأي خدمة.

٢-٦ التحقق من وضع المشاركة. يجب على صاحب الوثيقة التأكد من إعلام الأشخاص المؤهلين عن مسؤوليتهم للتحقق من مدى توافر أو مشاركة طبيب أو مستشفى أو أية خدمات صحية حيث أن وضع مشاركة مزودي الخدمة قد يتغير من حين لآخر. وعلى الأشخاص المؤهلين التحقق من مدى المشاركة من خلال الموقع الإلكتروني الخاص بضمان / تطبيق ضمان على الهاتف المحمول أو عن طريق الإتصال بمركز خدمة العملاء بضمان. كما يجب على الأشخاص المؤهلين إبراز بطاقهم 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 ذي الصلة.

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

<p>6.3 Prior Approval Does Not Guarantee Benefits. The fact that Daman authorises services or supplies does not guarantee that all charges will 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.</p>	<p>٣-٦ الموافقة المسبقة لا تضمن المنافع. إن مجرد موافقة ضمان على تقديم أية خدمات أو تجهيزات لا تضمن تغطية جميع النفقات. وتحتفظ ضمان بحقها في مراجعة كل 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.</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>6.6 Emergency Health Services by Network Providers. Daman provides Coverage of Eligible</p>	<p>٦-٦ الخدمات الصحية الطارئة من قبل مزودي الخدمة داخل الشبكة. تقدم ضمان تغطية المصاريف المستحقة للخدمات الصحية الطارئة الضرورية</p>

<p>Expenses for Medically Necessary Emergency Health Services, subject to the terms, conditions, exclusions, and limitations of the Policy.</p> <p>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 Necessary for stabilisation and initiation of treatment. The Health Services must be provided by or under the direction of a Physician.</p>	<p>طبيباً، مع مراعاة البنود والشروط والإستثناءات والقيود الواردة في هذه الوثيقة.</p> <p>تتضمن المصاريف المستحقة للخدمات الصحية الطارئة 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 علاجه وأن تقدم من قبل أو تحت إشراف الطبيب.</p>
<p>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 provide full details of the Emergency Health Services received in order for such Health Services to be covered as Network Benefits.</p> <p>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.</p> <p>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 Schedule of Benefits.</p>	<p>7-6 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.</p> <p>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 طبياً.</p> <p>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.</p>
<p>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 them that a particular Health Service is subject to a second opinion policy and will inform them of the required procedure for obtaining a second opinion.</p>	<p>٨-٦ سياسة الرأي الثاني. قد تحتاج تغطية الخدمات الصحية المحددة كمنافع شبكة إلى قيام الأشخاص المؤهلين بإستشارة 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.</p>
<p>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 this 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.</p>	<p>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.</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p>

6.11 Recovery: The Policyholder is liable to pay to Daman for all claims paid by Daman on direct settlement basis to any of its medical Providers 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 11
- Claims made by Eligible Persons who are no longer eligible for cover
- Fraudulent use of Card

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

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

**SECTION 7
PROCEDURES FOR OBTAINING NON-NETWORK
BENEFITS, IF THE SERVICES ARE ASSURED IN
SCHEDULE OF BENEFITS**

7.1 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 the Policy is in effect.

7.2 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.

القسم ٧
إجراءات الحصول على منافع خارج الشبكة
إذا كانت الخدمات المذكورة في جدول المنافع

١-٧ **منافع خارج الشبكة.** تسري منافع خارج الشبكة عندما يقرر شخص مؤهل الحصول على خدمات صحية من مزود خدمة من خارج الشبكة. قد يطلب مزودو 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 فتخصم 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 للخدمات 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 هذه المصاريف معقولة ومعتمدة.

٢-٧ **قيود على اختيار مزودي الخدمة .** إذا تلقى الشخص المؤهل خدمات صحية من مزودي 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 ٦-٤.

<p style="text-align: center;">SECTION 8 COVERED HEALTH SERVICES</p>	<p style="text-align: center;">القسم ٨ الخدمات الصحية المغطاة</p>
<p>Health Services described in this section are Covered when such services are:</p>	<p>تكون الخدمات الصحية المذكورة في هذا القسم مغطاة عندما تكون :</p>
<p>A. Medically Necessary; B. Provided by or under the direction of a Physician or other appropriate Provider as specifically described; and C. Not excluded as described in Section 11- "General Exclusions."</p>	<p>(أ) ضرورة طبياً؛ و (ب) مقدمة من أو تحت إشراف طبيب أو مزود خدمة مناسباً حسبما هو مبين بشكل محدد؛ و (ج) غير مستثناة كما هو مبين في القسم ١١ - "إستثناءات عامة".</p>
<p>8.1 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.</p>	<p>١-٨ العلاجات في العيادات الخارجية. هي الخدمات المقدمة من قبل أو تحت إشراف طبيب في مقر عمله سواء كان في عيادة، مركز طبي أو مستشفى.</p>
<p>8.2 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.</p>	<p>٢-٨ 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.</p>
<p>8.3 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.</p>	<p>٣-٨ 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.</p>
<p>8.4 Outpatient Physiotherapy Short-term physical therapy services. Physical therapy must be provided under the direction of a Physician and approved in advance by Daman.</p>	<p>٤-٨ العلاج الطبيعي لمراجعي العيادات الخارجية. خدمات العلاج الطبيعي قصيرة الأجل. ويجب تقديم العلاج الطبيعي تحت إشراف الطبيب وبعد الحصول على الموافقة المسبقة من قبل ضمان.</p>
<p>8.5 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.</p>	<p>٥-٨ 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.</p>
<p>8.6 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 provided in an outpatient facility, such as a Physician's office.</p>	<p>٦-٨ علاج اليوم الواحد. الخدمات والمواد المقدمة في مزود الخدمات الصحية، عندما لا يكون هناك إقامة في المستشفى. وتنطبق هذه المنفعة فقط على الخدمات، والتي لا يمكن تقديمها في عيادة خارجية، مثل مقر عمل الطبيب.</p>
<p>8.7 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.</p>	<p>٧-٨ الخدمات الصحية المقدمة للمريض في المستشفى والخدمات ذات العلاقة. الإقامة وتشمل 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 لقبود منفعة محددة و/ أو تحمل و/ أو نسبة تحمل حسبما هو مبين في بنود هذه الوثيقة.</p>
<p>8.8 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.</p>	<p>٨-٨ 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.</p>

<p>8.9 Hospitalisation Class/ Accommodation Type. The class of Hospitalisation for which Eligible Persons are eligible is defined in Schedule of Benefits.</p> <p>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 Schedule of Benefits.</p>	<p>٩-٨ درجة العلاج داخل المستشفى / نوع الإقامة. درجة العلاج داخل المستشفى التي يحق للأشخاص المؤهلين الإقامة فيها وفقاً لما هو محدد في جدول المنافع.</p> <p>إن إختيار 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.</p>
<p>8.10 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.</p>	<p>١٠-٨ خدمات سيارة الإسعاف. في الحالات الطارئة يتم النقل بواسطة سيارة إسعاف مرخصة إلى أقرب مستشفى يمكن ان تقدم فيه الخدمات الصحية الطارئة. ولا تسري التغطية إلا في حالات الطوارئ.</p>
<p>8.11 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.</p> <p>Individual policyholders and / or eligible member and in some cases, members in a group policy, are subject to a 180 days waiting period for Inpatient Maternity coverage unless otherwise indicated in the Schedule of Benefits. This provision only applies to Members / Policyholders undergoing initial enrolment. Failure to renew the Policy within thirty (30) days of the Expiry Date may result in loss of continuity of coverage and subject to new waiting period. In this event, the above mentioned waiting period shall commence on the Effective Date of the new policy and this new policy shall not be considered a renewal of this Policy.</p> <p>The waiting period will also apply to existing Eligible Persons who become eligible for Maternity Coverage under their existing Policy. The 180 day period commencing as from the date such eligibility arises.</p>	<p>١١-٨ 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.</p> <p>بالنسبة للأفراد أصحاب الوثيقة و/أو الأفراد المؤهلين وفي بعض الحالات بالنسبة للأعضاء المنتمين إلى الوثيقة التابعة لمجموعة، تطبق عليهم فترة انتظار مدتها ١٨٠ يوم قبل تغطية خدمات الحمل والولادة ما لم يذكر بخلاف ذلك في جدول المنافع. وإن تغطية خدمات الحمل والولادة يتم اعتمادها للأفراد/أصحاب الوثيقة الذين تم تسجيلهم منذ البداية. إن عدم تجديد الوثيقة خلال ثلاثين (٣٠) يوماً من تاريخ الإنتهاء قد ينتج عنه فقدان إستمرارية التغطية و تطبيق فترة إنتظار جديدة. وفي هذه الحالة تبدأ فترة الانتظار المذكورة أعلاه من تاريخ سريان مفعول الوثيقة الجديدة ولا تعد تلك الوثيقة بمثابة تجديد للوثيقة المنتهية.</p> <p>تطبق فترة الإنتظار على الأفراد المسجلين / أصحاب الوثيقة الذين يصبحون مؤهلين لتغطية خدمات الحمل والولادة ضمن وثيقتهم الحالية. تبدأ فترة الإنتظار الـ ١٨٠ يوم من التاريخ الذي يصبحون فيه مؤهلين للتغطية.</p>
<p>8.12 Parent accommodation. For an Eligible Person under 10 years of age (unless otherwise specified in Schedule of Benefits), extra charges for the room for one parent accompanying the child.</p>	<p>١٢-٨ إقامة الوالدين. بالنسبة للأشخاص المؤهلين دون الـ ١٠ سنوات (ما لم يذكر بخلاف ذلك في جدول المنافع) ، فإن تكاليف إقامة أحد الوالدين كمرافق للطفل في الغرفة تكون مغطاة.</p>
<p>8.13 "Repatriation of Mortal Remains" - In the unfortunate event of an Eligible Person's death, Daman will pay the necessary cost for transporting the Eligible Person's mortal remains to country of origin or residence. Benefit provides coverage for reasonable and necessary expenses for embalming, an appropriate container for transportation, and shipping costs to transport the Eligible Person's remains via the most direct and economical route. This Benefit does not include</p>	<p>١٣-٨ نقل الجثمان. في حال وفاة الشخص المؤهل (لا قدر الله)، ستدفع ضمان التكلفة اللازمة لنقل رفات الشخص المؤهل إلى بلد الموطن أو الإقامة. توفر المنفعة تغطية للنفقات المعقولة والضرورية للحفاظ على الجثة بالطرق العلمية لحين إعادتها إلى بلد الموطن، وصندوق مناسب للنقل، وتكاليف الشحن لنقل رفات الشخص المؤهل عبر المسار الأكثر مباشرة والمسار الاقتصادي. لا تشمل هذه المنفعة مصاريف الجنازة أو الدفن أو حرق الجثث أو نفقات الاحتواء ذات الصلة مثل الجرار لحفظ رماد المتوفي أو التوابيت/النعش أو أي نفقات أخرى ما لم يُذكر صراحةً هنا.</p>

<p>funeral, burial, or cremation expenses or related containment expenses for items such as urns or coffins or any other expenses unless expressly mentioned herein.</p> <p>8.14 Dental Benefits. Coverage for dental Benefits is optional and only provided if the services are assured in Schedule of Benefits,</p> <p>8.15 Organ Transplant. The Covered treatment includes the Medically Necessary surgical transplant provided at a Transplant Centre whereby the Eligible Person receives a donated organ including but not limited to heart, lung, liver, kidney, pancreas or (autologous or allogenic) bone marrow due to the irreversible impairment of the related function. The organ or bone marrow is replaced with another of the same kind originating from another human being, alive or deceased, identified as the Donor. The surgical cost for the removal of the organ from the Donor's body (Hospitalisation) is covered under Recipient's policy.</p> <p>In addition to Section 6, the selection of the Provider has to be pre-coordinated with Daman.</p> <p>8.16 International Assistance Service. Benefit offers Coverage as specified in the Schedule of Benefits during business trips and holidays in a foreign country for the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ International Emergency Assistance, include: <ul style="list-style-type: none"> • Medical Evacuation • Emergency medical advice • Medical referrals, inpatient case management • Repatriation of mortal remains • Emergency travel assistance ▪ International non-emergency assistance, includes: <ul style="list-style-type: none"> • Eligible Person access to a dedicated team who can provide support for treatment abroad, • Explaining international benefits of Eligible Person's plan, • Arranging cashless (direct billing) coverage in advance for Hospitalisation, • Pre and post treatment support. <p>8.17 Health care services for work illnesses and injuries. Benefit offers Coverage as mandated under the UAE labour law and any other applicable laws, regulations, decrees or circulars issued by the relevant authorities in this respect.</p> <p>8.18 Circumcision and any complications or related expenses .</p> <p>8.19 Medical Appliances and Medical Equipment. Benefit offers Coverage for external medical appliances and medical equipment. Coverage is given if services are assured in the Schedule of Benefits.</p> <p>8.20 Psychiatric Treatment. These are Health Services through a duly licensed and qualified</p>	<p>١٤-٨ منافع الأسنان. تكون التغطية بشأن منافع الأسنان إختيارية ولا تقدم إلا إذا كانت تلك الخدمات مؤكدة في جدول المنافع.</p> <p>١٥-٨ نقل الأعضاء. يتضمن العلاج المغطى حالات النقل الجراحي الضرورية طبياً المقدمة في مركز لنقل الأعضاء حيث يتلقى الشخص المؤهل عضواً تم التبرع به ويشمل ذلك - على سبيل المثال لا الحصر- القلب- الرئة- الكبد- البنكرياس- نخاع العظام (سواء كان من نفس المريض أو من متبرع آخر بسبب وجود فشل وظيفي غير قابل للعلاج بهذا العضو. ويستبدل العضو أو نخاع العظام بأخر من نفس النوع من شخص آخر (حياً كان أو ميتاً) يعرف بالمتبرع. المصاريف الجراحية لإستخراج العضو من جسم المتبرع (المصاريف الخاصة بخدمات التنويم بالمستشفى) مغطاه ضمن وثيقة المُتلقى للعضو.</p> <p>بالإضافة الى ما ورد في القسم ٦، فإن اختيار مزود الخدمة الطبية يجب أن يتم بتنسيق مسبق مع ضمان.</p> <p>١٦-٨ خدمة المساعدة الدولية في حالات الطوارئ. تُقدم التغطية الممنوحة من هذه المنفعة خلال رحلة العمل أو الإجازة في بلد أجنبي كما هو مذكور في جدول المنافع، وتتضمن التغطية الآتي:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ خدمات المساعدة الدولية في الحالات الطارئة، تشمل: <ul style="list-style-type: none"> • خدمات الإخلاء الطبية • المشورة الطبية لحالات الطوارئ • الإحالة الطبية، إدارة حالات الإقامة/ المبيت في المستشفى • إعادة جثمان المتوفي إلى بلد الموطن • المساعدة في حالة السفر الطارئ ▪ خدمات المساعدة الدولية في الحالات الغير طارئة، تشمل: <ul style="list-style-type: none"> • وصول الشخص المؤهل إلى فريق متخصص يمكنه تقديم الدعم للعلاج في الخارج، • شرح المنافع الدولية المتوفرة كمزايا لبرنامج الشخص المؤهل، • توفير التغطية غير النقدية (الفواتير المباشرة) مقدما للعلاج داخل المستشفى، • تقديم الدعم قبل وبعد العلاج. <p>١٧-٨ خدمات الرعاية الطبية الناجمة عن أمراض وإصابات العمل. يتم توفير التغطية على النحو المنصوص عليه في قانون العمل لدولة الامارات العربية المتحدة وأي قوانين أو لوائح أو مراسيم أو تعاميم سارية أخرى صادرة عن السلطات المختصة في هذا الصدد.</p> <p>١٨-٨ الختان وأية تعقيدات أو مصاريف ذات علاقة.</p> <p>١٩-٨ الأدوات والتجهيزات الطبية: تغطي هذه المنفعة الأدوات والتجهيزات الطبية الخاصة بالاستعمال الخارجي. تتوفر تغطية هذه الخدمة إذا كانت مذكورة في جدول المنافع.</p> <p>٢٠-٨ العلاج النفسي: يقدم هذه الخدمات الصحية معالج نفسي مرخص ومؤهل (بموجب قوانين الدولة التي يتم العلاج فيها). تتوفر تغطية هذه الخدمة اذا كانت مذكورة في جدول المنافع.</p>
---	--

<p>(under the laws of the country in which treatment is received) psychiatrist. Coverage is given if services are assured in the Schedule of Benefits.</p> <p>8.21 Alternative Medicine: Treatment which is not generally accepted in the conventional medical establishment. The Coverage is restricted to herbal medicine, homeopathy, acupuncture, osteopathy, Chinese medicine and ayurvedic treatment only. Coverage is given if services are assured in the Schedule of Benefits.</p> <p>8.22 Optical. Benefit offers Coverage for routine vision tests, prescribed eyeglasses, frames and/or contact lenses. Coverage is given if services are assured in the Schedule of Benefits. Prescribed and non-prescribed sunglasses are not covered under this benefit, unless mentioned on the Schedule of Benefits.</p> <p>8.23 Vaccinations. Benefit offers Coverage for vaccinations recommended by Regulator and Ministry of Health and Prevention. Coverage is given if benefit is assured in the Schedule of Benefits.</p> <p>8.24 Companion Accommodation: For an Eligible Person, in cases of Medical Necessity at the recommendation of the treating Physician, extra charges for the room for one companion accompanying the Eligible Person.</p> <p>8.25 Vitamins/Supplements, Preventive Medicines. Benefit offers Coverage for vitamins/supplements, preventive medicines prescribed by a Physician. Coverage is given if services are assured in the Schedule of Benefits.</p> <p>8.26 Contraceptives and Birth Control Treatments. Benefit offers Coverage for contraceptives and birth control treatments prescribed by Physician. Coverage is given if services are assured in the Schedule of Benefits.</p> <p>8.27 Hemodialysis or Peritoneal dialysis. Benefit offers Coverage for chronic conditions requiring hemodialysis or peritoneal dialysis and related test/treatment or procedure. Coverage is given if services are assured in the Schedule of Benefits.</p> <p>8.28 Viral Hepatitis Benefit offers Coverage for treatment and services related to viral hepatitis A and associated complications. Coverage for treatment and services related to viral hepatitis B and C and its associated complication is Covered if services are assured in the Schedule of Benefits</p> <p>8.29 Home Nursing. Medically Necessary professional nursing care for covered conditions provided at home, in lieu of Hospitalisation. Coverage is given if services are assured in the Schedule of Benefits.</p> <p>8.30 Annual Health Check-up. One preventive medical investigation and is limited to listed services as specified in the Schedule of Benefits.</p> <p>8.31 Cash Compensation. In case of a free Inpatient</p>	<p>٢١-٨ الطب البديل: العلاج الذي لا يُقبل عادةً في المنشآت الصحية التقليدية. تقتصر التغطية على العلاج بالأعشاب، العلاج المثلي، الوخز بالأبر، تقويم العظام، العلاج بالطب الصيني والطب الهندي التقليدي فقط. تتوفر تغطية هذه الخدمة إذا كانت مذكورة في جدول المنافع..</p> <p>٢٢-٨ البصريات: توفر الخدمة تغطية فحص النظر الروتيني، نظارات الرؤية الموصوفة، إطارات النظارة و/أو العدسات اللاصقة. تتوفر تغطية هذه الخدمة إذا كانت مذكورة في جدول المنافع. لا تغطي هذه المنفعة النظارات الشمسية الموصوفة وغير الموصوفة، ما لم يتم ذكرها في جدول المنافع.</p> <p>٢٣-٨ التطعيمات واللقاحات: تقدم المنفعة تغطية للتطعيمات الموصى بها من قبل الهيئة التنظيمية ووزارة الصحة ووقاية المجتمع. تتوفر تغطية هذه الخدمة إذا كانت مذكورة في جدول المنافع.</p> <p>٢٤-٨ إقامة المرافق. في حالات الضرورة الطبية للشخص المؤهل للتغطية بناءً على توصية من الطبيب المعالج، تغطي رسوم إضافية على الغرفة للشخص المرافق للشخص المؤهل.</p> <p>٢٥-٨ الفيتامينات/ المواد المكملة، الطب الوقائي: تتوفر تغطية الفيتامينات/ المواد المكملة، الطب الوقائي الموصوفة من قبل الطبيب. تتوفر التغطية إذا كانت الخدمة مذكورة في جدول المنافع.</p> <p>٢٦-٨ موانع الحمل و علاجات تنظيم الولادة. تقدم المنفعة تغطية لوسائل منع الحمل و علاجات تنظيم الولادة الموصوفة من قبل الطبيب. تتوفر التغطية إذا كانت الخدمة مذكورة في جدول المنافع.</p> <p>٢٧-٨ الحالات الخطرة التي تحتاج تحال الدم أو تحال الصفاق. تمنح المنفعة تغطية الحالات الخطرة التي تحتاج تحال الدم أو تحال الصفاق والفحوصات المتعلقة/طريقة العلاج أو الإجراء. تتوفر التغطية إذا كانت الخدمة مذكورة في جدول المنافع</p> <p>٢٨-٨ إتهاب الكبد الفيروسي. تمنح المنفعة تغطية العلاجات والخدمات المتعلقة بإتهاب الكبد الفيروسي "أ" والمضاعفات المرتبطة به. العلاجات والخدمات المتعلقة بإتهاب الكبد الفيروسي "ب" و "ج" والمضاعفات المرتبطة تكون مغطاه إذا كانت الخدمة مذكورة في جدول المنافع.</p> <p>٢٩-٨ - التمريض المنزلي العناية التمريضية المتخصصة والضرورية طبياً وتقدم في المنزل بدلاً من المستشفى. تتوفر التغطية إذا كانت الخدمة مذكورة في جدول المنافع.</p> <p>٣٠-٨ الفحص الطبي السنوي. الفحص الطبي الوقائي لمرة واحدة في السنة، لمجموعة محددة من الخدمات المدرجة في جدول المنافع.</p> <p>٣١-٨ التعويض النقدي. في حالة العلاج المجاني داخل المستشفى الذي لم تتم المطالبة به لشركة التأمين، ستقوم ضمان بدفع مبلغ مقطوع عن كل يوم</p>
---	--

<p>Hospital Treatment not claimed to Insurance Company, Daman shall pay a per day lump sum amount to the Primary Insured. Coverage is given if services are assured in the Schedule of Benefits.</p> <p>8.32 Medical Check-up. One preventive medical investigation per year is covered up to a specified maximum limit. Coverage is given if services are assured in the Schedule of Benefits.</p> <p>8.33 Dietitian. Benefit offers Coverage for charges incurred for advice and training for diet programs e.g. for diabetes treatment. Coverage is given if services are assured in the Schedule of Benefits.</p> <p>8.34 Rehabilitation. Benefit offers Coverage for clinical program, aimed for restoration of skills by a person who has had an illness or injury so as to regain maximum self-sufficiency and function in a normal or as near normal manner as possible. Coverage is given if services are assured in the Schedule of Benefits.</p> <p>8.35 Infertility. Treatment for infertility will be Covered after inability of getting pregnant after one year without using contraception; a medical certificate has to be provided to Daman. Coverage is given if services are assured in the Schedule of Benefits.</p> <p>8.36 Cancer Treatment - Benefit offers Coverage for treatment, diagnostics services for cancer including but not limited radiotherapy, chemotherapy etc.</p> <p>8.37 Lasik surgery - Benefit offers Coverage for refractive surgery performed to improve eyesight. Coverage is given if services are assured in the Schedule of Benefits.</p> <p>8.38 Screening Benefit - Benefit offers Coverage for different medical screenings like breast cancer screening, prostate cancer screening, colorectal cancer screening, cervical cancer screening as mentioned in the Schedule of Benefits.</p> <p>8.39 Tele-consultation healthcare services - Benefit offers Coverage for consultation provided by Physicians over the phone. Coverage is given if services are assured in the Schedule of Benefits.</p> <p>8.40 Pre-authorisation. Pre-authorisation is required for any Non-Emergency Hospitalisation (medical and/or surgical and/or maternity related) within Network Provider. This pre-authorisation review is mainly to help the member:</p> <p>A. Understand their medical care choices B. Avoid unneeded hospital stays and surgery C. Receive maximum Benefits from the plan D. Find Network Providers.</p> <p>The Healthcare Services requiring pre-authorisation by Daman are specified in the Schedule of Benefits.</p> <p>Emergency cases do not require prior approval but should be notified to Daman within 24 hours, unless otherwise specified in Schedule of Benefits.</p>	<p>(عدد الأيام محددة بجدول المنافع) للمؤمن عليه الأساسي. تتوفر التغطية إذا كانت الخدمة مذكورة في جدول المنافع.</p> <p>٣٢-٨ الفحص الطبي العام. الفحص الطبي الوقائي لمرة واحدة في السنة، مغطى حتى الحد الأقصى. تتوفر التغطية إذا كانت الخدمة مذكورة في جدول المنافع.</p> <p>٣٣-٨ التغذية. توفر المنفعة تغطية المصاريف المستحقة للنصح والتدريب على برامج التغذية مثال على ذلك علاج السكري. تتوفر التغطية إذا كانت الخدمة مذكورة في جدول المنافع.</p> <p>٣٤-٨ إعادة التأهيل. توفر المنفعة تغطية البرنامج السريري، الذي يهدف إلى استعادة المهارات من قبل شخص أصيب بمرض أو إصابة وذلك لاستعادة أقصى قدر من الاكتفاء الذاتي والعمل بطريقة طبيعية أو شبه طبيعية قدر الإمكان. تتوفر التغطية إذا كانت الخدمة مذكورة في جدول المنافع.</p> <p>٣٥-٨ العقم. يتم تغطية علاج العقم بعد عدم القدرة على الحمل بعد مرور سنة واحدة دون استعمال موانع الحمل، كما يجب تزويد ضمان بشهادة طبية بذلك. تتوفر التغطية إذا كانت الخدمة مذكورة في جدول المنافع.</p> <p>٣٦-٨ علاج السرطان. تقدم المنفعة تغطية علاج وخدمات تشخيص السرطان بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر العلاج الإشعاعي والعلاج الكيميائي وما إلى ذلك.</p> <p>٣٧-٨ جراحة الليزك. تقدم المنفعة تغطية جراحة الانكسار لتحسين البصر. تتوفر التغطية إذا كانت الخدمة مذكورة في جدول المنافع.</p> <p>٣٨-٨ منفعة الفحص. توفر المنفعة تغطية لعدد من الفحوصات الطبية المختلفة مثل الكشف عن سرطان الثدي، الكشف عن سرطان البروستاتا، الكشف عن سرطان القولون والمستقيم و الكشف عن سرطان عنق الرحم كما هو مذكور في جدول المنافع.</p> <p>٣٩-٨ خدمة الإستشارة الصحية عبر الهاتف. تقدم الخدمة تغطية للإستشارة التي يقدمها الأطباء عبر الهاتف. تتوفر التغطية إذا كانت الخدمة مذكورة في جدول المنافع.</p> <p>٤٠-٨ الموافقة المسبقة. الموافقة المسبقة مطلوبة لأي علاج غير طارئ داخل المستشفى (طبي و/أو جراحي و/أو متعلق بالحمل والولادة) ضمن مزودي الخدمة داخل الشبكة. وهذه الموافقة المسبقة تهدف بشكل رئيسي لمساعدة الأعضاء على:</p> <p>أ) فهم خيارات الرعاية الطبية الخاصة بهم. ب) تفادي الإقامة والجراحة غير الضرورية في المستشفى. ج) الاستفادة من الحد الأقصى من الخدمات من البرنامج. د) إيجاد شبكة مزودي الخدمة داخل الشبكة.</p> <p>إن خدمات الرعاية الصحية الواجب عليها الحصول على الموافقة المسبقة من ضمان مذكورة في جدول المنافع.</p> <p>لا تتطلب جميع حالات الطوارئ إلى موافقة مسبقة من ضمان ولكن يتعين إشعار ضمان بشأنها في غضون ٢٤ ساعة، ما لم يذكر بخلاف ذلك في جدول المنافع.</p>
---	--

SECTION 9 REIMBURSEMENT

9.1 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.

9.2 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.

9.3 Filing Claims for Reimbursement of Eligible Expenses from Non-Network Providers. Coverage for Reimbursement is only provided if the services are assured in Schedule of Benefits.

The Eligible Person is responsible for sending a request for reimbursement of Eligible Expenses to Daman. Reimbursement for Covered Services will be made directly to the Eligible Person. If outpatient treatment is assured in the Schedule of Benefits, 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 and outside 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 ٩ طلبات إسترداد المصاريف المستحقة

١-٩ 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 بضمنان 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 الوثيقة وإعادتها لضمنان في حال كانت هذه المصاريف عن خدمات غير مغطاة بموجب هذه الوثيقة، وتم دفعها من قبل ضمان إلى مزود الخدمة نيابة عن الشخص المؤهل.

٢-٩ إسترداد المصاريف المستحقة من مزودي خدمة خارج الشبكة. في حالة الخدمات الصحية الطارئة أو الخدمات التي تم الموافقة عليها من قبل ضمان تقوم ضمان بإعادة سداد المصاريف المستحقة التي دفعها شخص مؤهل إلى مزودي 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 دفع مقابل أية خدمات مقدمة وغير مغطاة بموجب أحكام الوثيقة.

٣-٩ تعبئة مطالبات إسترداد المصاريف المستحقة من مزودي الخدمة خارج الشبكة. يتم الإسترداد فقط إذا كانت تلك الخدمات منصوص عليها في جدول المنافع. يلتزم الشخص المؤهل بإرسال طلب الإسترداد إلى ضمان بالمصاريف المستحقة. وتدفع المبالغ المستردة عن الخدمات المغطاة مباشرة إلى الشخص المؤهل. إذا كان العلاج في العيادة الخارجية منصوص عليه في جدول المنافع فيجب تقديم أصل الوصفة الطبية أو طلب مراجعة العيادات الخارجية مرفقة بنتائج الفحوصات المعنية وتفصيل التكلفة وتقرير طبي محرر من قبل الطبيب المشرف على الشخص المؤهل. ويقدم طلب الإسترداد خلال ١٨٠ يوماً من تاريخ الخدمة إذا قدمت الخدمات داخل أو خارج الدولة. ان أي تأخير في تقديم هذه المعلومات إلى ضمان خلال المدة الزمنية المذكورة أعلاه يؤدي إلى إلغاء تغطية هذه الخدمة ورفض طلب إسترداد المصاريف المستحقة ما لم يكن الشخص المؤهل فاقداً أهليته القانونية.

**SECTION 10
COORDINATION OF BENEFITS, SUBROGATION
AND REIMBURSEMENT**

القسم ١٠
تنسيق المنافع والإحلال والاسترداد

10.1 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.

١٠-١٠ تنسيق إمكانية تطبيق المنافع. يطبق بند تنسيق المنافع هذا عندما يتمتع الشخص بتغطية رعاية صحية بموجب أكثر من برنامج تغطية واحد (بما في ذلك التغطية بموجب برنامج رعاية صحية خيرى 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 اجمالي 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.

10.2 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.

٢٠-١٠ الإحلال والاسترداد. 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.

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.

يوافق صاحب الوثيقة و/أو الشخص المؤهل على توقيع وتنفيذ وتسليم جميع الوثائق (بما في ذلك تعهد باعادة 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;">SECTION 11 GENERAL EXCLUSIONS</p>	<p style="text-align: center;">القسم ١١ الإستثناءات العامة</p>
<p>Unless otherwise specified in the Policy, Schedule of Benefits, the following treatments including medical conditions, items, supplies, procedures and all their related or consequential expenses are excluded from this Policy:</p> <p>a) Health Services, which are not Medically Necessary.</p> <p>b) In case medical underwriting has been applied, all Pre-Existing Conditions unless they have been declared by the Primary Insured and/or Dependent on the application form in the health declaration section and accepted by Daman in writing, on or before to the Effective Date, as detailed in the Policy or in another Amendment of Daman.</p> <p>c) All expenses relating to dental treatment, dental prostheses and orthodontics.</p> <p>d) Custodial care; domiciliary care; private duty nursing; respite care; rest cures. (Custodial care means (1) non-health related services, such as assistance in activities of daily living, or (2) health-related services which do not seek to cure or which are provided during periods when the medical condition of the patient is not changing or (3) services which do not require continued administration by trained medical personnel.</p> <p>e) Personal comfort and convenience items or services such as but not restricted to television, telephone, barber or beauty service, guest service and similar incidental services and supplies.</p> <p>f) Health Services and associated expenses for cosmetic procedures. Cosmetic procedures are those procedures which improve physical appearance. ("Cosmetic" surgery is not 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.) Breast reconstruction following mastectomy for cancer is Covered. Replacement of an existing breast implant is excluded.</p> <p>g) Health Services and associated expenses for the surgical treatment and non-surgical, medical treatment of obesity (including morbid obesity), and any other weight control programs, services or supplies.</p> <p>This exclusion shall be read as follows for Premier Plan:</p> <p>Health Services and associated expenses for the surgical treatment and non-surgical, medical treatment of obesity (unless Medically Necessary for morbid obesity which is restricted to gastric banding only), and any other weight control programs, services, or supplies.</p>	<p>ما لم يذكر بخلاف ذلك في الوثيقة، جدول المنافع، فإن العلاجات التالية بما في ذلك الحالات الطبية، البنود، التجهيزات، الإجراءات وكافة مصاريفها ذات العلاقة أو التبعية مستثناة من هذه الوثيقة:</p> <p>(أ) الخدمات الصحية، التي لا تكون ضرورية طبياً.</p> <p>(ب) في حال تم تطبيق إكتتاب طبي، فإن جميع الحالات الموجودة مسبقاً، ما لم يتم التصريح عنها مسبقاً من قبل المؤمن عليه الرئيسي- و/أو المعال على إستمارة الطلب في قسم التصريح الطبي وقبول ذلك خطياً من قبل ضمان، عند أو قبل تاريخ سريان المفعول، حسبما هو مبين في الوثيقة أو أي تعديل آخر من ضمان.</p> <p>(ج) كافة المصاريف ذات العلاقة بعلاج الأسنان، أطقم الأسنان وتقويم الأسنان.</p> <p>(د) رعاية العجزة؛ الرعاية المنزلية؛ التمريض الخاص؛ رعاية مساندة الأسرة؛ رعاية لأجل الراحة. (رعاية العجزة تعني (١) الخدمات غير المتعلقة بالصحة، مثل المساعدة في نشاطات الحياة اليومية، أو (٢) الخدمات المتعلقة بالصحة والتي لا تهدف إلى الشفاء أو المقدمة خلال فترات لا تتغير فيها الحالة الصحية للمريض، أو (٣) الخدمات التي لا تتطلب إدارة متواصلة من جانب أشخاص مدربين طبياً.</p> <p>(هـ) بنود وخدمات الطمأنينة والراحة الشخصية على سبيل المثال لا الحصر، التلفزيون، الهاتف، خدمة الحلاقة أو التجميل، خدمة الضيوف والخدمات والتجهيزات التبعية المماثلة.</p> <p>(و) الخدمات الصحية والمصاريف ذات الصلة بإجراءات التجميل. إجراءات التجميل تتلخص في تلك الإجراءات الهادفة إلى تحسين مظهر الجسم. (جراحة "التجميل" ليست جراحة ناجمة عن أي إصابة، مرض أو تشويه خلقي حيث الهدف الرئيسي- لها هو تحسين الوظيفة الفسيولوجية للعضو المعني من الجسم). عملية إعادة ترميم الصدر بعد إجراء جراحة لإستئصال سرطان الثدي مغطاة. وعملية إستبدال أي شيء مزروع في الصدر مستثناة.</p> <p>(ز) الخدمات الصحية والمصاريف العائدة للعلاج الجراحي، غير الجراحي أو الطبي للسمنة (بما في ذلك السمنة المرضية)، وأية برامج، خدمات أو تجهيزات أخرى لضبط الوزن.</p> <p>يُقرأ الإستثناء المذكور كالآتي كي يتناسب مع البرنامج المميز:</p> <p>الخدمات الصحية والمصاريف العائدة للعلاج الجراحي، غير الجراحي أو العلاج الطبي للسمنة (عند الحاجة الطبية لحالات السمنة المرضية وتقتصر على ربط المعدة فقط)، وأية برامج، خدمات أو تجهيزات أخرى لضبط الوزن.</p>

<p>h) Health Services and associated expenses for Experimental, Investigational or Unproven Services, treatments, devices and pharmacological regimens. The fact that an Experimental, Investigational or Unproven Service, treatment, device or pharmacological regimen is the only available treatment for a particular condition will not result in Coverage if the procedure is considered to be Experimental, Investigational or Unproven in the treatment of that particular condition.</p>	<p>ح) الخدمات الصحية والمصاريف ذات الصلة بالخدمات التجريبية، أو الاستقصائية أو غير المعتمدة، العلاجات، الأجهزة وأنظمة العلاج بالعقاقير. وفي حال كانت الخدمات التجريبية، الاستقصائية أو غير المثبتة، العلاجات، الأجهزة وأنظمة العلاج بالعقاقير هي العلاج الوحيد المتوفر لحالة محددة لن يؤدي إلى تغطيتها إذا ما تم إعتبار الإجراء تجريبي، استقصائي أو غير مثبت في علاج تلك الحالة المحددة.</p>
<p>i) Any Health Services and associated expenses for alopecia, baldness, hair falling, dandruff, wigs, or toupees.</p> <p>This exclusion is not applicable in case of medical necessity for Premier Plan, Enhanced Platinum Plus, Enhanced Gold Plus and Enhanced Silver Plus Plan.</p>	<p>ط) أية خدمات صحية ومصاريف ذات صلة بالصلع الموضعي، الصلع، تساقط الشعر، قشرة الرأس، أو الشعر المستعار.</p> <p>لن يطبق هذا الإستثناء في حالة الضرورة الطبية على البرنامج المميز، البرنامج المعزز البلاتيني المضاف، المعزز الذهبي المضاف و البرنامج المعزز الفضي المضاف</p>
<p>j) Services and supplies for smoking cessation programs and the treatment of nicotine addiction.</p>	<p>ي) الخدمات والتجهيزات الخاصة ببرامج وقف التدخين وعلاج الإدمان على النيكوتين مستثناة.</p>
<p>k) Non-Medically Necessary amniocentesis. Health Services and associated expenses for sex transformation operations, voluntary sterilisation and for reversal of sterilisations.</p>	<p>ك) فحوصات السائل الامنيوني غير الضرورية طبياً. الخدمات الصحية والمصاريف ذات الصلة بعمليات تحويل الجنس، العقم الطوعي أوالتخلص من وسائل العقم.</p>
<p>l) Contraceptive supplies or services.</p>	<p>ل) تجهيزات أو خدمات منع الحمل.</p>
<p>m) All services related to fertility/infertility and sexual dysfunction.</p>	<p>م) جميع الخدمات ذات العلاقة بالخصوبة/ عدم الخصوبة و العجز الجنسي.</p>
<p>n) Prosthetic Devices and Durable Medical Equipment, unless approved by Daman.</p>	<p>ن) الأجهزة و الاعضاء الاصطناعية والأجهزة الطبية الدائمة، ما لم يتم إعتماها من قبل ضمان.</p>
<p>o) All costs relating to below mentioned hazardous activities:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Participation in any kind of power-vehicle race, rally or competition; 2. Climbing activities (mountaineering, rock-climbing, pot holing, abseiling); 3. Any professional sports activities. <p>This exclusion is not applicable for Premier Plan.</p>	<p>س) كافة التكاليف العائدة للنشاطات الخطرة</p> <ol style="list-style-type: none"> ١. المشاركة في أي نوع من سباقات السيارات، الراليات أو المنافسات ٢. نشاطات التسلق (تسلق الجبال، تسلق الصخور، قطع الأودية) ٣. وأية نشاطات رياضية مهنية <p>لا ينطبق الإستثناء المذكور على البرنامج المميز.</p>
<p>p) Growth hormone therapy, unless Medically Necessary.</p>	<p>ع) العلاج بهورمون النمو ما لم يكن ضروري طبياً.</p>
<p>q) All expenses related to hearing and sight correction tests, audio-visual aids and optometry.</p> <p>This exclusion is not applicable for Premier Plan.</p>	<p>ف) كافة المصاريف ذات العلاقة بفحوص السمع وتصحيح البصر، والوسائل المساعدة للرؤية والسمع وفحص العين بمقياس البصر.</p> <p>لا ينطبق الإستثناء المذكور على البرنامج المميز.</p>
<p>r) Naval or military operations of the armed forces or air force and participation in operations requiring the use of arms or which are ordered by military authorities for combating terrorists, rebels and the like.</p>	<p>ص) العمليات البحرية أو العسكرية للقوات المسلحة أو القوات الجوية والمشاركة في العمليات التي تتطلب إستخدام السلاح أو المطلوب تنفيذها بأمر من السلطات العسكرية لمكافحة الإرهاب، الثوار والعمليات المماثلة.</p>
<p>s) Wars and circumstances comparable with a state of war, invasion, act by a foreign enemy, hostilities and warlike events (with or without a declaration of war), civil war, riot, mutiny, revolution, confiscation or nationalisation by order of any</p>	<p>ق) الحروب والأوضاع الشبيهة بحالة الحرب، الغزو، أعمال العدو الخارجي، الأعمال العدائية والأحداث المشابهة لحالة الحرب (مع أو دون إعلان لحالة الحرب)، الحرب الأهلية، أعمال الشغب، العصيان، الثورة، أعمال المصادرة أو التأميم بأمر من أية حكومة أو سلطة عامة أو محلية، وأي تصرف صادر عن شخص يتصرف باسم أو فيما يتصل</p>

<p>public or local government or authority; any act of a person acting in the name of or in connection with any organisation whose activities aim to overturn a de jure or de facto government violently.</p> <p>t) Nuclear risks: e.g. exposure to nuclear energy (nuclear reactions, radiation, contamination) or nuclear waste of any type or chemical contamination.</p> <p>u) Natural perils: such as but not limited to avalanches, earthquake, volcanic eruptions, tsunamis, hurricanes, tornados or any other kind of natural hazard.</p> <p>v) Any act of terrorism. For the purpose of this endorsement an act of terrorism means an act, including but not limited to the force or violence and/or the threat thereof, of any person or group(s) of persons, whether acting alone or on behalf of or in connection with any organisation(s) or government(s), committed for political, religious, ideological, or ethnic purposes or reasons including the intention to influence any government and/or to put the public, or any section of the public, in fear.</p> <p>w) Criminal act of an Eligible Person, violation or attempted violation of law and resistance to lawful arrest or any resultant imprisonment.</p> <p>x) Mental Health diseases, including Prescription Drugs, inpatient and outpatient treatments unless it is a transient mental disorder or an acute reaction to stress.</p> <p>y) Outpatient prescribed or non-prescribed medical supplies including but not limited to elastic stockings, ace bandages, gauze, syringes, diabetic test strips, and like products; non-Prescription Drugs and treatments. (Bandages, gauze etc. are Covered as a part of emergency treatment given at Health Service Provider). This exclusion is not applicable for prescribed medical supplies for Premier Plan, Enhanced Platinum Plus, Enhanced Gold Plus and Enhanced Silver Plus Plan.</p> <p>z) All preventive cares, including vaccinations, immunisations, allergy testing & desensitisation; any physical, psychiatric or psychological examinations or testing during these examinations.</p> <p>This exclusion shall be read as follows for Premier Plan: All preventive cares, including any physical, psychological examinations or testing during these examinations</p> <p>aa) Enteral feedings (infusion formulas via a tube into the upper gastrointestinal tract) and other nutritional and electrolyte supplements, unless Medically Necessary during treatment.</p>	<p>بأية منظمات تهدف تصريفاتها إلى قلب نظام الحكم القائم الفعلي أو القانوني بالقوة.</p> <p>ر) المخاطر النووية: مثل التعرض للطاقة النووية (التفاعلات، الإشعاع، التلوث النووي) أو المخلفات النووية أيا كان نوعها أو التلوث الكيماوي.</p> <p>ش) الكوارث الطبيعية: على سبيل المثال لا الحصر الفيضانات، الهزة الأرضية، البراكين، التسونامي، الأعاصير، العواصف وأي نوع آخر من المخاطر الطبيعية.</p> <p>ت) أي عمل إرهابي. لغرض الايضاح، فإن العمل الإرهابي يعني عمل، بما في ذلك - لكن دون حصر- بالقوة أو العنف و/ أو التهديد باستخدامهما، من جانب أي شخص أو مجموعة (مجموعات) من الأشخاص، سواء يعملون بمفردهم أو نيابة عن أو فيما يتصل بأي منظمة (منظمات) أو حكومة (حكومات)، ملتزمة بأهداف أو أسباب سياسية، دينية، عقائدية، أو عرقية أو أسباب تتضمن النية للتأثير على أي حكومة و/ أو وضع الجمهور، أو أي جزء منه، في حالة رعب.</p> <p>ث) العمل الإجرامي من جانب شخص مؤهل، خرق أو محاولة خرق القانون ومقاومة الإعتقال القانوني أو أي سجن ناتج عن ذلك.</p> <p>خ) أمراض الصحة العقلية، بما في ذلك الأدوية، العلاج في المستشفى والعيادات الخارجية، ما لم يكن اضطراب عقلي عابر أو ردة فعل حادة على حالة ضغط.</p> <p>ذ) التجهيزات الطبية الموصوفة أو غير موصوفة لمراجع في العيادات الخارجية، بما في ذلك المشدات المرنة، الضمادات، الشاش، السرنج، شرائح فحص السكري، والمنتجات المماثلة؛ والأدوية والعلاجات غير الموصوفة. (الضمادات، الشاش وخلافه تعتبر مغطاة إذا كانت جزء من العلاج الطارئ المقدم من قبل مزود الخدمات الصحية).</p> <p>لن يطبق هذا الإستثناء بالنسبة للتجهيزات الطبية الموصوفة على البرنامج المميز، البرنامج المعزز البلاستي المضاف، المعزز الذهبي المضاف و البرنامج المعزز الفضي المضاف.</p> <p>ض) كل الرعاية الوقائية، بما في ذلك التطعيمات، التحصين ضد الأمراض، <u>فحص الحساسية وإزالة الحساسية؛ أية فحوص جسمانية، عقلية أو نفسية أو إختبارات يتم إجراؤها خلال هذه الفحوصات.</u></p> <p>يُقرأ الإستثناء المذكور كالآتي كي يتناسب مع البرنامج المميز: كل الرعاية الوقائية، بما في ذلك أية فحوص جسمانية، عقلية أو نفسية أو إختبارات يتم إجراؤها خلال هذه الفحوصات.</p> <p>ظ) التغذية الداخلية (محاليل التغذية من خلال انبوب إلى الجهاز الهضمي العلوي) وغيرها من محاليل التغذية والشوارد، ما لم تشكل جزءاً ضرورياً في علاج حالة في المستشفى.</p>
---	--

<p>This exclusion shall not apply to Premier Plan, Enhanced Platinum Plus, Enhanced Gold Plus and Enhanced Silver Plus Plan.</p> <p>bb) Services and supplies for analysis and adjustments of spinal subluxation, diagnosis and treatment by manipulation of the skeletal structure, or for muscle stimulation by any means (except treatment of fractures and dislocations of the extremities).</p> <p>This exclusion is not applicable for Premier Plan.</p> <p>cc) Acupuncture; acupressure; hypnotism, rolfing; aromatherapy; homeopathic treatments; homeopathic drugs; spa treatments, relaxing massages and other forms of alternative treatment.</p> <p>dd) Health Services and associated expenses for In-Vitro Fertilisation (IVF), Gamete Intra-Fallopian Transfer (GIFT) procedures, and Zygote Intrafallopian Transfer (ZIFT) procedures, and any related prescription medication treatment; embryo transport; donor ovum and semen and related costs, including collection and preparation.</p> <p>This exclusion is not applicable for Premier Plan.</p> <p>ee) Elective non-accident related surgery for correction of refraction errors and/or improvement of vision (quantitative or qualitative) such as but not restricted to radial keratotomy, photokeratectomy or laser surgery.</p> <p>ff) Nasal septum deviation; nasal concha resection (unless non cosmetic, Medically Necessary or post traumatic).</p> <p>gg) All chronic conditions requiring hemodialysis or peritoneal dialysis, and related test/treatment or procedure.</p> <p>hh) Any Health Services and associated expenses for HIV, AIDS and all related medical conditions; after confirming diagnosis.</p> <p>ii) All cases related to viral hepatitis and the complication except hepatitis A.</p> <p>jj) Defects and Congenital Diseases for newborn and deformities unless life-threatening.</p> <p>kk) All cases resulting from alcoholism, use of drugs & hallucinatory substances.</p> <p>ll) Senile dementia and Alzheimer's disease</p> <p>mm) Air ambulance transportation and terrestrial transportation in non-emergency cases or by non-licensed ambulance services.</p> <p>nn) All cases related to Maternity in respect of unmarried females.</p>	<p>لن يطبق الإستثناء المذكور على البرنامج المميز، البرنامج المعزز الفضي المضاف، المعزز الذهبي المضاف و البرنامج المعزز المضاف</p> <p>غ) الخدمات والتجهيزات الخاصة بتحليل وتعديل الخلع الجزئي في العمود الفقري، عمليات التشخيص والعلاج بواسطة تمرين الهيكل العظمي، أو لتحفيز العضلات بأية وسائل (بإستثناء علاج الكسور أو خلع الأيدي).</p> <p>لا ينطبق الإستثناء المذكور على البرنامج المميز.</p> <p>أ) المعالجة بالوخز بالإبر؛ المعالجة بالضغط؛ التنويم المغناطيسي؛ علاج العضلات بالمساج؛ العلاج بالطور بالشذا؛ العلاج المثلي؛ الأدوية المثلية؛ العلاج بالمياه المعدنية؛ التدليك والأشكال الأخرى من العلاج البديل.</p> <p>ب) الخدمات الصحية والمصاريف ذات الصلة بالتخصيب بواسطة الأنابيب، إجراءات نقل البويضات في قنوات فالوب، وإجراءات نقل اللقاح عبر قناة فالوب، وأي علاجات ذات صلة، ونقل الأجنة؛ التبرع بالبويضات والحيوانات المنوية والتكاليف ذات الصلة، بما في ذلك التحصيل والتحضير.</p> <p>لا ينطبق الإستثناء المذكور على البرنامج المميز.</p> <p>ج) الجراحة الإختيارية غير المتصلة بالحوادث لتصحيح أخطاء الإنكسار و/أو تحسين الرؤية (نوعية او كمية) مثل، لكن دون حصر، علاج القرنية بالأشعة، علاج القرنية بالتصوير أو الجراحة بالليزر.</p> <p>د) إنحراف جدار الأنف؛ إستئصال محارة الأنف (إلا إذا كانت غير تجميلية أو ضرورة طبية أو بعد حدوث إصابة).</p> <p>هـ) كل الحالات المزمنة التي تتطلب ديلزة الدم أو ديلزة الصفاق، والفحوصات المتعلقة/ العلاج أو الإجراءات ذات العلاقة.</p> <p>و) أية خدمات صحية والمصاريف ذات الصلة بعلاج فيروس نقص المناعة المكتسبة، الإيدز وكل الحالات الطبية ذات العلاقة؛ بعد تأكيد التشخيص.</p> <p>ز) كافة الخدمات ذات الصلة بالتهاب الكبد الفيروسي ومضاعفاته، بإستثناء إتهاب الكبد أ.</p> <p>ح) العيوب والأمراض الخلقية لحديثي الولادة والتشوهات ما لم تكن مهددة للحياة.</p> <p>ط) كل الحالات الناجمة عن الإدمان على الكحول، إستخدام المخدرات ومواد الهلوسة.</p> <p>ي) خرف الشيخوخة ومرض الزهايمر.</p> <p>ك) النقل بالإسعاف الجوي بشكل عام والنقل البري في حالات غير الطوارئ أو خدمات الإسعاف غير المرخص.</p> <p>ل) كل الحالات ذات العلاقة بالحمل والولادة بالنسبة للإناث غير المتزوجات.</p>
--	---

<p>oo) All cases requiring non-emergency Inpatient treatment/services, which have not been approved by Daman prior to admission.</p>	<p>م) كل الحالات التي تحتاج إلى علاج/ خدمات غير طارئة داخل المستشفى، والتي لم يتم إعتماؤها من قبل ضمان قبل الدخول إلى المستشفى.</p>
<p>pp) All cases requiring Emergency Inpatient treatment/services, which have not been notified to Daman within 24 hours from admission, unless otherwise specified on the Schedule of Benefits.</p>	<p>ن) كل الحالات التي تحتاج إلى علاج/ خدمات طارئة داخل المستشفى، والتي لم يتم إبلاغ ضمان عنها خلال ٢٤ ساعة من دخول المستشفى، ما لم يذكر بخلاف ذلك في جدول المنافع.</p>
<p>qq) Any test and/or treatment not required by a medical Physician.</p>	<p>س) أي فحص و/ أو علاج غير مطلوب من قبل طبيب.</p>
<p>rr) Any Inpatient treatment, tests and other procedures, which can be carried out on outpatient basis without jeopardising the Insured's health.</p>	<p>ع) أي علاج، فحوصات وإجراءات أخرى داخل المستشفى، والتي يمكن القيام بها في العيادات الخارجية دون تعريض صحة الشخص المؤمن عليه للخطر.</p>
<p>ss) Any test or treatment, which is not related to a specific symptom and/or disease. This includes examinations required for employment, travel, immigration, licensing or insurance and related reports.</p>	<p>ف) أي فحص أو علاج، غير متعلق بعرض و/ أو مرض محدد. وهذا يتضمن الفحوصات المطلوبة لأغراض العمل، السفر، الهجرة، الترخيص أو التأمين والتقارير ذات العلاقة.</p>
<p>tt) Any pharmaceutical products, which are not, considered as specific treatment for a particular disease and/or not prescribed by an approved Physician.</p>	<p>ص) أية منتجات أدوية، والتي لا تعتبر علاج محدد لمرض معين و/ أو غير موصوفة من قبل طبيب معتمد.</p>
<p>uu) All substances which are not considered as medicines such as but not restricted to mouthwash, toothpaste, lozenges, antiseptics, milk formulas, food supplements, skin care products, shampoos and vitamins (unless prescribed as replacement therapy for known vitamin deficiency states) and all equipment not primarily intended to improve a medical condition or Injury such as but not restricted to air conditioners or air purifying systems, arch supports, convenience items/options, exercise equipment and sanitary supplies.</p>	<p>ق) كافة المواد التي لا تعتبر أدوية على سبيل المثال لا الحصر- غسول الفم، معجون الأسنان، المعينات، المطهرات، الحليب، الأغذية، منتجات العناية بالبشرة، الشامبو والفيتامينات (ما لم يتم وصفها كعلاج بديل لحالات نقص الفيتامين المعروفة) وكافة المعدات غير المقصود بها أصلاً تحسين الوضع الصحي أو الإصابة على سبيل المثال لا الحصر- مكيفات الهواء أو أنظمة تنقية الهواء، دعائم قوس القدم، بنود / خيارات الراحة، أجهزة التمارين والتجهيزات الصحية.</p>
<p>vv) More than one Physician consultations in non-excluded cases in a single day or during free follow up period unless referred by his/her initial treating Physician & the referral if medically justified.</p>	<p>ر) أكثر من إستشارة طبية في الحالات غير المستثناة في يوم واحد أو خلال فترة المراجعة المجانية، ما لم يحول من قبل الطبيب المعالج له وكان التحويل مبرر طبيًا.</p>
<p>ww) Lesions resulting from attempted suicides or self-infliction.</p>	<p>ش) الأضرار الناجمة عن محاولات الإنتحار أو إيذاء الذات.</p>
<p>xx) Officially (WHO and/or national law) recognised epidemics /pandemics.</p>	<p>ت) الأوبئة المعترف بها رسمياً (منظمة الصحة العالمية و/ أو القانون المحلي).</p>
<p>yy) Complications directly arising from services not covered.</p>	<p>ث) المضاعفات الناجمة مباشرة عن الخدمات غير المغطاة.</p>
<p>zz) All kind of educational programs and/or learning disabilities treatments.</p>	<p>خ) كل أنواع البرامج التعليمية و/ أو علاج حالات عدم القدرة على التعلم.</p>
<p>aaa) Treatment of venereal diseases that are sexually transmitted as medically recognized. This exclusion is not applicable for Premier Plan.</p>	<p>ذ) معالجة الأمراض التناسلية المنقولة جنسياً بحسب الطرق المعترف بها طبيًا. لا ينطبق الإستثناء المذكور على البرنامج المميز.</p>
<p>bbb) Expenses for the acquisition of an organ including, but not limited to, donor search, typing, transport and administration costs.</p>	<p>ض) المصاريف للحصول على الأعضاء على سبيل المثال لا الحصر البحث عن متبرع، التناقب، تكاليف النقل والعملية.</p>

<p>ccc) Transplants of any organ or tissue when:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. the Eligible Person is a Donor for a third party; 2. the transplant is an Experimental, Investigational or Unproven Service and/or for research or study purposes; 3. the need for a transplant arises as a consequence of alcoholic liver cirrhosis; 4. the organ or tissue is of transgenic, animal, mechanical or transitory nature. <p>ddd) Any transportation costs in case of a treatment abroad.</p>	<p>ظظ) عمليات زرع الأعضاء أو الأنسجة وذلك عندما: ١. يكون الشخص المؤهل متبرعاً لطرف ثالث ٢. تكون عملية النقل لغرض تجريبي استقصائي أو لخدمة غير معتمدة و/أو لأغراض البحث والدراسة ٣. عندما تكون عملية النقل ضرورية كنتيجة لتشمع كبدي كحولي المنشأ ٤. أن تكون الأعضاء أو الأنسجة ذات طبيعة جينية حيوانية أو ميكانيكية أو مؤقتة</p> <p>غغ) كافة مصاريف النقل وذلك في حالة العلاج في الخارج.</p>
--	---

SECTION 12 PREMIUM REFUND

In case of termination of the entire Policy as per the conditions listed in Section 3.1 of the Policy Wording, the Premium refund will be based on short term calculations, based on the monthly computations mentioned below.

The Premium refund related to any approved deletion is calculated on:

1. For groups more than 10 Primary Insured - pro rata;
2. For groups of 10 Primary Insured and below - Short term calculations based on the below Short-term calculations.

Short Term Calculations

Premium Refund %	Deletion date: From the Policy Effective date up to
77 %	30 th day
68 %	60 th day
60 %	90 th day
52 %	120 th day
43 %	150 th day
35 %	180 th day
27 %	210 th day
18 %	240 th day
10 %	270 th day
2 %	300 th day
0 %	301 st - 365 th day

القسم ١٢ جدول استرداد أقساط التأمين في حال الإلغاء

في حالات الإنهاء المنصوص عليها في البند ١-٣ من الوثيقة، يتم إسترداد القسط بطريقة حسابية قصيرة الأجل على أساس الحسابات الشهرية المذكورة أدناه.

استرداد أقساط التأمين المتعلقة بأي إلغاء معتمد يتم حسابه كالآتي:

١. المجموعات المكونة من أكثر من ١٠ أشخاص مؤمن عليهم رئيسيين - القسط المسترد على أساس النسبة و التناسب.
٢. المجموعات المكونة من ١٠ أشخاص مؤمن عليهم رئيسيين أو أقل - حسابات قصيرة الأجل، على أساس الحسابات الشهرية التالية.

حسابات قصيرة الأجل

قسط التأمين المسترد %	تاريخ الانهاء: من تاريخ سريان المفعول ولغاية
٧٧%	اليوم ٣٠
٦٨%	اليوم ٦٠
٦٠%	اليوم ٩٠
٥٢%	اليوم ١٢٠
٤٣%	اليوم ١٥٠
٣٥%	اليوم ١٨٠
٢٧%	اليوم ٢١٠
١٨%	اليوم ٢٤٠
١٠%	اليوم ٢٧٠
٢%	اليوم ٣٠٠
٠%	اليوم ٣٠١ - ٣٦٥