

Enhanced Sahtak UG Plans (AUH) Policy Wording (Online)

خيارات الترقية لبرنامج صحتك المعزز
(إمارة أبوظبي)
نص الوثيقة (عبر الإنترنت)

TABLE OF CONTENTS	جدول المحتويات
POLICY INTRODUCTION-3-	مقدمة الوثيقة: 3.....
SECTION1: DEFINITIONS.....-4-	القسم ١: تعريفات 4.....
SECTION 2: ENROLLMENT AND EFFECTIVE DATE OF COVERAGE.....-12-	القسم ٢: التسجيل وتاريخ سريان مفعول التغطية..... 12.....
SECTION 3: TERMINATION OF COVERAGE.....-15-	القسم ٣: الإنهاء 15.....
SECTION 4: PREMIUM RATES.....-18-	القسم ٤: الأقساط 18.....
SECTION 5: GENERAL PROVISIONS.....-20-	القسم ٥: أحكام عامة..... 20.....
SECTION 6: PROCEDURES FOR OBTAINING NETWORK BENEFITS.....-25-	القسم ٦: إجراءات الحصول على منافع الشبكة..... 25.....
SECTION 7: PROCEDURES FOR OBTAINING NON-NETWORK BENEFITS, IF THE SERVICES ARE ASSURED IN SCHEDULE OF BENEFITS.....-28-	القسم ٧: إجراءات الحصول على منافع خارج الشبكة إذا كانت الخدمات مذكورة في جدول المنافع..... 28.....
SECTION 8: COVERED HEALTH SERVICES.....-29-	القسم ٨: الخدمات الصحية المغطاة 29.....
SECTION 9: REIMBURSEMENT.....-35-	القسم ٩: طلبات إسترداد المصاريف المستحقة..... 35.....
SECTION 10: COORDINATION OF BENEFITS, SUBROGATION AND REIMBURSEMENT.....-36-	القسم ١٠: تنسيق المنافع، الإحلال وإسترداد..... 36.....
SECTION 11: GENERAL EXCLUSIONS.....-37-	القسم ١١: إستثناءات عامة..... 37.....
SECTION 12: SPECIAL CONDITIONS.....-42-	القسم ١٢: شروط خاصة 42.....
SECTION 13: PREMIUM REFUND.....-43-	القسم ١٣: استرداد الأقساط..... 43.....

POLICY INTRODUCTION

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

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 00:00 midnight UAE time on the date following the date of termination.

This Coverage may be modified by the attachment of Riders and/or Amendments and/or Special Agreements. 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 Health Insurance laws, respective bylaws and circular(s), as set forward by the DOH 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 this 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 prevail.

This Policy Wording sets forth the rights and obligations between Daman and the Policyholder and all Eligible Persons. The Policyholder agrees to inform its Primary Insured and dependents of the terms and conditions. In case of any conflict between the Policy Wording and the Policy Schedule, the Policy Schedule shall prevail.

مقدمة الوثيقة

يشكل نص هذه الوثيقة جزءاً من الوثيقة (كما هو مذكور في جدول الوثيقة) والتي يجب قرائتها بأكملها.

تسري هذه الوثيقة في تمام الساعة الثانية عشرة مساءً (منتصف الليل) - بتوقيت دولة الإمارات العربية المتحدة - من تاريخ سريان المفعول، وسوف تبقى سارية طالما يتم دفع الأقساط المستحقة في موعدها، مع مراعاة حالات الانتهاء المنصوص عليها في هذه الوثيقة أو حلول تاريخ الانتهاء. وعندما يتم إنهاء الوثيقة، حسبما هو منصوص عليه في القسم 3، فإن هذه الوثيقة وأية تغطية مقدمة بموجبها سوف تنتهي في تمام الساعة الثانية عشرة مساءً بتوقيت دولة الإمارات العربية المتحدة في اليوم التالي لتاريخ الإنهاء.

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

تخضع الوثيقة لقوانين التأمين الصحي، اللوائح و التعاميم الصادرة من دائرة الصحة في إمارة أبوظبي وللوائح الاتحادية لدولة الإمارات العربية المتحدة كما هو مطبق في إمارة أبوظبي.

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

يتضمن نص الوثيقة حقوق والتزامات كل من ضمان و صاحب الوثيقة وجميع الأشخاص المؤهلين. يوافق صاحب الوثيقة أن يطلع المؤمن عليه الرئيسي- و المعالين على هذه البنود والشروط. تسري أحكام 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 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.

"Authorization Form" – a form that must be completed by the attending Physician of the Eligible Person and approved by Daman prior to hospitalization.

"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.

"Chronic Disease" – A disease with one or more of the following characteristics: lasting 3 months or more, leaves residual disability, caused by non-revisable pathological alteration, requires special training of the patient for rehabilitation, or may require a long period of supervision.

"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" – An anatomical or physiological defect, disease or malformation etc. 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.

"Consumable medical supplies" – are non-durable medical supplies that: (1) are usually disposable in nature; (2) cannot withstand repeated use by more than one individual; (3) are primarily and customarily used to serve a medical purpose; (4) generally are not useful to a person in the absence of illness or injury; (5) May be ordered and/or prescribed by a physician.

"Country" – United Arab Emirates

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 جسدية شديدة، تكون عادة ظاهرة للعيان، وتوثق من قبل السلطة المختصة كضابط تنفيذ القانون أو المعالج.

"علاج الأسنان المتضررة بسبب حادث" – تنحصر التغطية اذا كانت (١) الأسنان طبيعية، و (٢) في الحالات الناجمة عن الحوادث التي تقع خلال مدة سريان الوثيقة، و (3) على أن يتم العلاج خلال ٧٢ ساعة الأولى من وقوع الحادث.

"طلب الموافقة" – الطلب الذي يجب تعبئته من قبل الطبيب المعالج للشخص المؤهل و الموافقة عليه من قبل ضمان قبل أن يتم العلاج داخل المستشفى.

"منفعة" – مدى أو درجة الخدمة التي يحق للأشخاص المؤهلين تلقيها على أساس الوثيقة المتعاقد عليها 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.

"مرض مزمن" - أي مرض يتصف بوحدة أو أكثر من الصفات التالية: يستمر لأكثر من ثلاثة أشهر أو يترك عجزاً دائماً أو يترك مضاعفات غير قابلة للتغيير، أو يتطلب تمارين معينة للمريض لاعادة تأهيله أو يتطلب الإشراف الطبي لفترة طويلة.

"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" – عيب، مرض أو تشوه جسدي 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.

"التجهيزات الطبية المستهلكة" هي التجهيزات الطبية غير المعمرة التي : (1) عادة ما يجب التخلص منها بعد الإستعمال الواحد ؛ (2) لا يمكن أن تتحمل الاستخدام المتكرر من قبل أكثر من فرد واحد ؛ (3) هي في المقام الأول و عادة ما تستخدم لخدمة أغراض طبية ، (4) عامة ما تكون غير مفيدة لشخص في حالة عدم وجود المرض أو الإصابة ؛ (5) يجوز طلبها و / أو وصفها من قبل الطبيب.

"البلد" – دولة الإمارات العربية المتحدة.

"Coverage" or "Covered" or "Covered Services" - the entitlement by an Eligible Person (insured or dependent) to Health Services and/or Wellness 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.

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

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

"Dependent" - (1) the Primary Insured's legal spouse(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.

"DOH" - Department of Health - Abu Dhabi.

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

"Durable Medical Equipment and Medical Appliances" - 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 the Hospital.

"Effective Date of Coverage for Eligible Persons" - the date that Coverage becomes effective, as set out in the Policy Schedule for the Policyholder and for Eligible Persons, which may be either the enrollment date of an Eligible Person or the date on which Coverage renews.

"Effective Date of the Policy" - the effective date on which Coverage of the Policy commences.

"Eligible Expenses" - Reasonable and Customary Charges for Health Services, incurred while the Policy is in effect.

"Eligible Person" - Any person who is residing in the United Arab Emirates, having a valid health insurance coverage as per the applicable Law and is enrolled under this Policy.

"Emergency" - A condition manifesting itself by acute

"التغطية" أو "مستفيد" أو "الخدمات المغطاة" - أحقية الشخص المؤهل (المؤمن عليه أو المعال) في الاستفادة من الخدمات الصحية و/أو خدمات العناية الصحية المقدمة بموجب هذه الوثيقة، مع مراعاة بنود وشروط وقيود وأهلية الشخص والاستثناءات 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.

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

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

"المعالين" - (١) الزوج/الأزواج القانوني للشخص المؤمن عليه الرئيسي، و (٢) الأبناء المعالين الغير متزوجين دون سن 18 من الشخص المؤمن عليه الرئيسي أو من الزوج/الأزواج القانوني، أو كما هو منصوص عليه في القانون.

"دائرة الصحة" - دائرة الصحة - أبو ظبي.

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

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

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

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

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

"شخص مؤهل" - أي شخص مقيم داخل دولة الإمارات العربية المتحدة ولديه تغطية للتأمين الصحي سارية المفعول وفقاً للقوانين المطبقة وأن يكون الشخص مسجل ضمن هذه الوثيقة.

"طارئ" - تبيين الحالة من خلال الأعراض الحادة ذات الشدة الكافية (بما في ذلك

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.

"Emirate" – Emirate of Abu Dhabi

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

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

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

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

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

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

"Group Policy"– An Insurance Policy issued to employer which provides health Insurance coverage to his employees and eligible dependents.

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

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

"Health Risk Assessment (HRA)" - An online questionnaire in the areas like nutrition, physical activity and smoking, in order to assess areas of health risk based on the information provided on behavior and lifestyle of the Eligible Person.

الألم الشديد) بحيث يُتوقع بشكل معقول أن يؤدي غياب الرعاية الطبية الفورية إلى تعرض صحة الفرد [أو صحة الطفل الذي لم يولد بعد] لخطر شديد وإعاقة خطيرة للوظائف الجسدية، أو خلل خطير في أعضاء الجسم.

"إمارة" – إمارة أبوظبي.

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

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

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

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

"تاريخ الإنتهاء"- اليوم الأخير من الوثيقة كما هو مشار إليه في جدول الوثيقة وهو اليوم (في تمام الساعة الثانية عشرة مساءً من منتصف الليل بتوقيت دولة الامارات العربية المتحدة) والشهر والسنة الذي تنتهي فيه الوثيقة .

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

"وثيقة المجموعة" - وثيقة التأمين الصادرة لصاحب العمل الذي يوفر تغطية التأمين الصحي لموظفيه ومعاليمهم المؤهلين.

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

"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.

"تقييم المخاطر الصحية" – عبارة عن إستبيان عبر الإنترنت بخصوص مجالات متنوعة مثل التغذية، النشاط البدني و التدخين، هدفه تقييم مواضع المخاطر الصحية بالإعتماد على المعلومات المقدمة من حيث سلوك و نمط حياة الشخص المؤهل.

<p>"Hospitalization" – see Inpatient</p>	<p>"الإقامة/المبيت في المستشفى" – راجع "مريض مقيم".</p>
<p>"Hospitalization Class/Accommodation Type" – the class of Hospital room and services, indicated on the 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 في القسم ٨، المستحقة للشخص المؤهل.</p>
<p>"Individual Policy"– A Policy issued to Individuals for themselves and their dependents for health Insurance which is subject to medical assessment and evaluation.</p>	<p>"وثيقة الأفراد" - وثيقة التأمين الصادرة للأفراد أنفسهم و معاليهم حيث توفر تغطية التأمين الصحي لهم وفقاً للفحص الطبي والتقييم.</p>
<p>"Injury" – bodily damage other than Sickness including all related conditions and recurrent symptoms.</p>	<p>"إصابة" – ضرر جسدي غير المرض بما في ذلك الحالات ذات الصلة والأعراض المتكررة.</p>
<p>"Inpatient" – Hospital Confinement requiring an overnight stay (also referred to as "Hospitalization").</p>	<p>"مريض مقيم" – إقامة في المستشفى تتطلب المبيت ليلاً (ويشار إليها أيضاً بـ "العلاج داخل المستشفى").</p>
<p>"Inpatient Benefit" – Hospitalization 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>"Insurance Company" – National Health Insurance Company – Daman (PJSC) referred to as Daman.</p>	<p>"شركة التأمين" – الشركة الوطنية للضمان الصحي – ضمان (ش.م.ع) و يشار إليها بـ ضمان.</p>
<p>"Law" – refers to the applicable laws regulations or circulars issued by the Health Authority Abu Dhabi and any /or any other competent authorities, regarding the Health Insurance in the Emirate of Abu Dhabi.</p>	<p>"القانون" - يقصد به أية قوانين أو تعاميم أو قرارات صادرة من قبل هيئة الصحة لإمارة أبوظبي و/أو أي سلطة أخرى مختصة بالتأمين الصحي في إمارة أبوظبي.</p>
<p>"Limit" – the maximum amount paid by Daman under the terms of this Policy.</p>	<p>"الحد" – أقصى مبلغ تدفعه ضمان بموجب هذه الوثيقة.</p>
<p>"Maternity Benefit-Inpatient" – includes charges for a vaginal delivery, a Medically Necessary cesarean section, any complications of pregnancy or delivery and legal abortion.</p>	<p>"منفعة الحمل والولادة داخل المستشفى" – تشمل مصاريف الولادة الطبيعية، العملية القيصرية الضرورية طبياً، وأية مضاعفات تحدث أثناء الحمل أو الولادة، وأية عملية إجهاض قانونية.</p>
<p>"Maternity Benefit-Outpatient" – includes charges for all outpatient pre-natal and post-natal Physician visits, including investigations & treatment.</p>	<p>"منفعة الحمل والولادة في العيادات الخارجية" – تشمل المصاريف الخاصة بزيارات الطبيب قبل وبعد الولادة، بما في ذلك الفحوصات والعلاج.</p>
<p>"Medically Appropriate" – based on the prevailing standards of medical practice relative to a specific condition.</p>	<p>"ملائم طبياً" – استناداً إلى المعايير السائدة للممارسة الطبية المتعلقة بحالة محددة.</p>
<p>"Medically Necessary" - health care services and supplies which are determined by Daman to be Medically Appropriate, and</p>	<p>"ضروري طبياً" – خدمات الرعاية الصحية والتجهيزات والتي تحددها ضمان على أنها ملائمة طبياً، و</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Necessary to meet the basic health needs of the Eligible Person; and 2. Rendered in the most Medically Appropriate manner and type of setting appropriate for the delivery of the Health Service, taking into account both cost and quality of care; and 3. Consistent in type, frequency and duration of treatment with scientifically based guidelines of medical research or health care coverage organizations, or governmental agencies that are accepted by Daman; and 4. Consistent with the diagnosis of the condition; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ضرورة لتلبية الاحتياجات الصحية الأساسية للشخص المؤهل؛ و 2. تقدم بالطريقة الأكثر ملائمة طبياً ونوع الأجهزة الملائمة لتقديم الخدمة الصحية، مع الأخذ بعين الاعتبار كل من تكلفة وجودة الخدمة؛ و 3. متوافقة من حيث النوع، التكرار ومدة العلاج المبنية على المواصفات العلمية لمؤسسات الرعاية الطبية، الأبحاث أو الهيئات الحكومية المقبولة لدى ضمان؛ و 4. متوافقة مع تشخيص الحالة؛ و

<p>and</p> <p>5. Required for reasons other than the convenience of the Eligible Person or his or her Physician; and</p> <p>6. Demonstrated through prevailing pre-reviewed medical literature to be either:</p> <p>6.1 Safe and effective for treating or diagnosing the condition or Sickness for which their use is proposed or,</p> <p>6.2 Safe with promising efficiency:</p> <p>6.3 For treating a life threatening Sickness or condition,</p> <p>6.3.1 In a clinically controlled research setting.</p> <p>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 Policy relates only to Coverage and differs from the way in which a Physician engaged in the practice of medicine may define Medically Necessary.</p> <p>"Member Guide" - is a document/booklet that contains information that is relevant to a Primary Insured and/or Dependents such as information on the services offered by Daman, Schedule of Benefits, List of Exclusions, access to Network and non-Network Providers.</p> <p>"Mental Illness" - a mental or bodily condition marked primarily by sufficient disorganization of personality, mind, and emotions such as seriously impair the normal psychological, social, or work performance of the individual.</p> <p>"Network" - When used to describe a Provider of Health Services and/or Wellness 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.</p> <p>"Network Benefits" - Benefits available for Covered Services when provided by a Network Provider.</p> <p>"Non-Emergency/ Elective Hospitalization" - any Confinement which is not as a direct result of Emergency Health Services.</p> <p>"Non-Network" - When used to describe a Provider of Health Services that is not part of the Network.</p> <p>"Non-Network Benefits" - Coverage available for Health Services obtained from the non-Network Providers.</p> <p>Coverage for the Non-Network Benefits is only provided if the services are assured in Schedule of Benefits.</p>	<p>5. مطلوبة لأسباب خلافاً لهوى الشخص المستفيد أو هوى الطبيب المعالج ؛ و</p> <p>6. موضحة من خلال المادة الطبية السالفة المراجعة مسبقاً والمتعارف على أنها:</p> <p>1.6 آمنة وفعالة لعلاج أو تشخيص الحالة أو المرض المقترح إستخدامها بشأنه، أو</p> <p>2.6 آمنة وفعاليتها واعدة:</p> <p>3.6 لعلاج مرض أو حالة مهددة للحياة،</p> <p>1.3.6 إطار بحثي مراقب طبياً.</p> <p>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 الضرورة الطبية المستخدمة في الوثيقة يتعلق فقط بالتغطية ويختلف عن الطريقة التي يشارك فيها الطبيب بممارسة الطب وتعريف الضروري طبياً.</p> <p>"كتيب الأعضاء" - المستند/الكتيب الذي يحتوي على معلومات ذات علاقة بالمؤمن عليه الرئيسي و المعالين مثل معلومات عن الخدمات المقدمة من قبل ضمان وجدول المنافع ولائحة الاستبعادات والاستفادة من خدمات مزودي الخدمة داخل وخارج الشبكة.</p> <p>"مرض عقلي" - حالة عقلية أو جسمانية تتصف بشكل رئيسي باضطراب في الشخصية و العقل والعواطف لدرجة خطيرة تضر بالأداء النفسي أو الإجتماعي أو الأداء المهني للشخص.</p> <p>"شبكة" - يستخدم المصطلح لوصف مزود خدمات الرعاية صحية و/أو خدمات العناية الصحية، تعني أن لدى مزود 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.</p> <p>"منافع الشبكة" - المنافع المتاحة من الخدمات المغطاة عند تقديمها من قبل مزود الخدمة داخل الشبكة.</p> <p>"دخول المستشفى في غير حالة الطوارئ / اختياري" - أي اقامة في المستشفى غير ناتجة بطريقة مباشرة عن خدمات صحية طارئة.</p> <p>"خارج الشبكة" - تستخدم عند وصف مزودي الخدمات الصحية ليسوا جزءاً من الشبكة.</p> <p>"منافع من خارج الشبكة" - تغطية الخدمات الصحية المقدمة من مزودي الخدمة من خارج الشبكة.</p> <p>تم تغطية المنافع من خارج الشبكة فقط اذا كانت الخدمات منصوص عليها في جدول المنافع.</p>
---	--

<p>"Organ Transplant" - an operation including the removal of an organ from the Donor to the Recipient.</p> <p>"Out-of-Hospital Benefits" - These include services such as Physician consultation, including Accident related Dental Treatment, Prescribed medicines, Physiotherapy & Diagnostic testing, including pre-operative investigations which are conducted on an Out-of-Hospital basis without jeopardizing the insured's health or which do not require Hospitalization/Day treatment or necessitate specialized medical attention and care in a Hospital before, during or after the delivery of the service.</p> <p>"Physician" - any practitioner of medicine who is duly licensed and qualified under the laws of the country in which treatment is received.</p> <p>"Policy" - Policy is a legally binding contract entered into by and between Daman and the Policyholder.</p> <p>"Policyholder" - the employer or otherwise legally constituted group or individual to whom the Policy is issued.</p> <p>"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.</p> <p>"Policy Period" - the period of the Policy as set out in the Policy Schedule</p> <p>"Policy Schedule" - is an agreement that forms a part of the Policy, evidencing Daman's and the Policyholder's agreement, which contains terms and conditions, and should be read in conjunction with this Policy Wording.</p> <p>"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 of the Policyholder's Application, 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 there to or arising there from.</p> <p>"Premium" - the periodic fee required for each Primary Insured and each Dependent in accordance with the terms of the Policy.</p> <p>"Prescription Drugs" - pharmaceuticals which can only be obtained through a prescription written by a licensed physician.</p> <p>"Primary Insured" - For a Group Policy, the Primary Insured is the Eligible Person (who is not a Dependent) on whose behalf the Policy is issued to the Policyholder. For Individual Policies, is the leading beneficiary and with whom any Dependent included in the same Policy is associated.</p> <p>"Prosthetic Device" - an artificial device, either</p>	<p>"نقل الأعضاء" - هي عملية نقل عضو من المتبرع إلى المتلقي.</p> <p>"منافع العيادات الخارجية" - تتضمن 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.</p> <p>"طبيب" - أي طبيب ممارس مرخص حسب الأصول ومؤهل بموجب قوانين الدولة التي يتم فيها تلقي العلاج.</p> <p>"الوثيقة" - الوثيقة هي عقد ملزم قانوناً يتم إبرامه بين ضمان وصاحب الوثيقة.</p> <p>"صاحب الوثيقة" - صاحب العمل أو فرد أو مجموعة محددة أو معينة بشكل قانوني صدرت الوثيقة لمصلحتهم.</p> <p>"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.</p> <p>"مدة الوثيقة" - مدة الوثيقة كما هو مشار إليها في جدول الوثيقة .</p> <p>"جدول الوثيقة" - هي إتفاق يعتبر جزءاً من الوثيقة كإثبات على الموافقة بين ضمان و صاحب الوثيقة ويجب قراءتها بالارتباط مع نص الوثيقة.</p> <p>"الحالة السابقة لبدء سريان الوثيقة" - أي إصابة أواعتلال أو مرض أو داء أواختلال أو مرض مزمن جسماني أو طبي أو عقلي أو عصبي معروف أو غير معروف بحيث يكون ذو حقيقة طبية مؤكدة عند تقديم طلب التأمين الخاص بصاحب الوثيقة 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.</p> <p>"القسط" - التكلفة الدورية المطلوبة عن كل مؤمن عليه رئيسي وكل شخص معال طبقاً لبنود الوثيقة.</p> <p>"أدوية / وصفة" - أدوية يمكن الحصول عليها فقط من خلال وصفة مكتوبة من قبل طبيب مرخص.</p> <p>"مؤمن عليه رئيسي" - بالنسبة لوثائق المجموعات، فإن المؤمن عليه الرئيسي هو الشخص المؤهل (غير معال) والذي تصدر لمصلحته الوثيقة بناء على طلب من صاحب الوثيقة. أما بالنسبة لوثائق الأفراد، فإن المؤمن عليه الرئيسي هو المستفيد الرئيسي ويرتبط معه أي معال مسجل في نفس الوثيقة.</p> <p>"جهاز صناعي" - جهاز صناعي، سواء خارجي أو مثبت داخل الجسم، يحل محل</p>
--	--

external or implanted, that substitutes for or supplements a missing or defective part of the body, e.g. artificial limbs and pacemakers.	أو يكمل جزء مفقود أو معيب من الجسم، مثل الأطراف ومنظمات القلب.
"Provider" - a licensed Physician, Hospital, group practice, pharmacy or any facility, individual or group of individuals that provides a health care service or Wellness Services.	"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 أو خدمات العناية الصحية.
"Quotation" - is setting out the Premium (as described in the - Policy Schedule).	"التسعيرة" - و تشير إلى القسط (كما هو مذكور في جدول الوثيقة).
"Recipient" - an Eligible Person who received or is receiving an Organ Transplant Covered under this Policy.	"المتلقي" - الشخص المؤهل الذي تلقى أو يتلقى نقل الأعضاء بموجب هذه الوثيقة.
"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.	"جراحة ترميمية" - جراحة تتبع إصابة ، مرض أو عيب خلقي عندما يكون الغرض الرئيسي منها تحسين الوظيفة الأدائية للجزء المعني من الجسم.
"Repatriation" - in case an Eligible Person has passed away the Mortal Remains will be repatriated to such Eligible Person's country of origin	"الإعادة للوطن" - في حال وفاة شخص مؤهل، فسوف يتم إعادة جثمانه إلى وطنه.
"Rider/Amendment" - any amendment to the Policy and forming a part of the Policy, which is effective only when signed by both Daman and the Policyholder and is subject to all conditions, limitations and exclusions of the Policy except for those that are specifically amended. Coverage amended by a Rider maybe subject to payment of additional Premiums.	"ملحق/تعديل" - أي تعديل في أحكام الوثيقة وتعد جزءاً من الوثيقة ولا يسري إلا بعد توقيعه من قبل ضمان وصاحب الوثيقة ويكون خاضعاً لكافة الشروط والقيود والاستثناءات المنصوص عليها في الوثيقة ماعدا تلك المعدلة بشكل محدد. الخدمات الصحية المعدلة بموجب ملحق قد تكون خاضعة لدفع أقساط إضافية.
"Schedule of Benefits" - is detailing the Health Services that are Covered by this Policy and forming a part of the Policy.	"جدول المنافع" - هو الجدول الذي يفصل الخدمات الصحية المغطاة بموجب هذه الوثيقة ويعد جزءاً من الوثيقة.
"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.	"المرض" - المرض الجسماني. مصطلح "مرض" المستخدم في هذه الوثيقة لا يشمل المرض النفسي أو إساءة استخدام المواد وما هو مذكور في القسم 11.
"Taxes" - any value added tax or other similar tax, levy, charge payable to any authority in respect of this Policy.	"الضرائب" - تعني ضريبة القيمة المضافة أو أية ضريبة مماثلة و/أو رسوم، مصاريف مستحقة الدفع لأي هيئة فيما يتعلق بهذه الوثيقة.
"Territorial Limit/Territorial Cover" - the geographical limits within which Health Services are covered under the Policy and as stated in the Schedule of Benefits.	"الحد/النطاق الجغرافي للتغطية" - الحدود الجغرافية التي يسمح بها بتغطية الخدمات الصحية ضمن الوثيقة وكما ورد في جدول المنافع.
"Tele-consultation" - means a health service encounter between the Provider and an Eligible Person that is provided via a range of technology enabled communication media other than face-to-face interactions, such as telephone consultations.	"خدمة الاستشارة الصحية عبر الوسائل التكنولوجية" - وتعني الخدمة الصحية التي يقدمها مزود الخدمة للشخص المؤهل ويتم تزويده بها عبر مجموعة واسعة من وسائل الاتصال التكنولوجية سوى اللقاء وجهاً لوجه، على سبيل المثال الاستشارة عبر الهاتف.
"Territory of Occurrence" - the country where the claimed expenses are incurred.	"منطقة وقوع الحادثة" - الدولة التي تم فيها تكبد المصاريف المطالب بها.
"Transplant Center" - a Hospital with a specialized unit that performs Organ Transplants.	"مركز النقل" - مستشفى لديها وحدة متخصصة لإجراء عمليات نقل الأعضاء.
"Undeclared Pre-Existing Condition" - a condition known to the Eligible Person or Policyholder, which is not declared on the medical questionnaire or in the	"الحالة الموجودة مسبقاً غير المعلنة" - أي حالة يعلم بها الشخص المؤهل أو صاحب الوثيقة، ولم يفصح عنها في الاستبيان الطبي أو طلب التأمين الخاص بصاحب الوثيقة في حال تم تطبيق التأمين الطبي.

Policyholder's 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, paid on reimbursement basis.

"Wellness Services" - Medical or non-medical services offered as part of a medical insurance plan or independently to Eligible Person, that may improve the overall health of the individual.

"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 ويدفع له على أساس الإسترداد.

"خدمات العناية الصحية" - خدمات طبية أو غير طبية مقدمة للشخص المؤهل كجزء من برنامج التأمين الصحي أو بشكل منفصل ، والتي تهدف إلى تحسين الصحة العامة للفرد.

SECTION 2 ENROLLMENT AND EFFECTIVE DATE OF COVERAGE

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

Primary Insured and Dependents who are added to the Policy may be enrolled as described below in Section 2.4, 2.5, 2.6 and 2.7. Dependents of a Primary Insured may not enroll unless the Primary Insured is also enrolled for Coverage under the Policy.

Addition: The Policyholder can request the addition of new Eligible Persons to the Policy, by completing and signing a subsequent application form, accompanied with supporting documents. The Premium relating to these additions shall be calculated on a pro-rata basis.

Deletion: The Policyholder can request, by completing and signing a subsequent request form, supported with the respective Daman Cards (if issued), to delete Eligible Persons for reasons including but not limited to deceased or terminated employees. The Premium refund related to any approved deletion shall be calculated based as set out in Section 13 of this Policy. 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 writing and/or if the Policyholder sends a guarantee letter to Daman that all incurred claims after the deletion date will be borne by the Policyholder. In case of individual policy, member deletion is allowed only in the case of death or as specified under Section 3.

2.2 Eligibility Conditions. The eligibility and enrollment conditions stated in the Law (if applicable) 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, unless alternative payment schedules have been agreed between the Parties. In no event will payment be made for Covered Services rendered or delivered before the Effective Date of Coverage/the Policy. Any request by the Policyholder for the enrollment of an Eligible Person must be in accordance with the Law.

القسم ٢ التسجيل وتاريخ سريان مفعول التغطية

1-2 التسجيل - يتم تسجيل الأشخاص المؤهلين بعد أن يرسل صاحب الوثيقة الى ضمان إشعاراً بأهليتهم للتغطية.

المؤمن عليه الرئيسي والمعالين الذين تم إضافتهم للوثيقة حسبما هو مبين أدناه في القسم 2-4، 2-5، 2-6 و 2-7. قد لا يتم تسجيل الأشخاص التابعين للمؤمن عليه الرئيسي ما لم يتم تسجيل المؤمن عليه الرئيسي للتغطية بموجب الوثيقة.

الإضافة - لصاحب الوثيقة الحق بطلب إضافة أشخاص مؤهلين جدد على الوثيقة، وذلك بتقديم طلب موقع ومرفق بالمستندات المطلوبة. يتم حساب القسط المتعلق بهذه الإضافة على أساس النسبة والتناسب للفترة المتبقية للوثيقة (مبدأ البروراتا).

الحذف - يستطيع صاحب الوثيقة حذف أشخاص مؤهلين عن طريق إكمال طلب موقع ومرفق بالمستندات المطلوبة وببطاقات تأمين ضمان (إن أصدرت) العائدة للأشخاص المؤهلين المطلوب حذفهم، وذلك لأسباب ممكن أن تعود إلى وفاة الشخص المؤهل أو انتهاء خدمته. عندما توافق ضمان على الحذف، تحسب قيمة القسط المستردة الى صاحب الوثيقة بالطريقة المبينة في القسم رقم 13 من هذه الوثيقة. ولن يتم إعادة مبالغ الأقساط ما لم تعاد لضمان بطاقة/بطاقات ضمان (إن أصدرت) للأعضاء الذين حذفوا، إلا إذا قامت ضمان بإصدار رسالة خطية بعدم الاعتراض أو إذا قام صاحب الوثيقة بإرسال رسالة تكفل لضمان بأنه سيتحمل جميع المطالبات التي تقع بعد تاريخ الحذف. في حالة وثيقة الأفراد، فإن حذف العضو يجوز فقط في حالة الوفاة أو كما هو مذكور في القسم رقم 3.

2-2 شروط الأهلية. تكون شروط الأهلية وشروط التسجيل وفقاً للمتطلبات المحددة في القسم 2 من الوثيقة وتلك المتطلبات المنصوص عليها في القانون (إن وُجد).

3-2 إلغاء الأهلية - في حال بطلان متطلبات الأهلية المنصوص عليها في القانون و/أو وفقاً لما تقرره الهيئات المختصة، فإن الأهلية تنتهي تلقائياً. يجب على صاحب الوثيقة إشعار ضمان خطياً بالأشخاص المؤهلين/المعالين الذين لم يعد أي منهم مستوفي لأي من متطلبات الأهلية.

4-2 تاريخ سريان مفعول التغطية. تكون تغطية الأشخاص المؤهلين سارية المفعول حسبما هو مذكور في الوثيقة ، بعد أن يتم دفع القسط ما لم يتم الاتفاق على مواعيد الدفع البديلة بين الطرفين. لن يتم بأي حال من الأحوال تغطية الخدمات الصحية المغطاة قبل تاريخ سريان مفعول التغطية/الوثيقة. يجب أن يكون أي طلب من صاحب الوثيقة لتسجيل شخص مؤهل طبقاً للقانون.

2.5 Coverage for a Primary Insured individual. New Primary Insured individuals shall have the same Coverage benefits as specified in the Policy. Coverage is effective under the following conditions:

(1) If Daman is notified within 30 days of the Primary Insured's Eligibility Date; and (2) Daman receives any required Premium; and (3) the completed health questionnaire if required; and (4) the individual is accepted for Coverage by Daman.

2.6 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 recognized by the applicable authorities under the following conditions:

(1) If Daman is notified within 30 days of the new Dependent's eligibility for Coverage; and (2) Daman receives any required Premium; and (3) completed health questionnaire if required; and (4) the new Dependent is accepted for Coverage by Daman.

2.7 Effective Date of Coverage for Newborn Children.

Newborn 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 newborn child's birth within UAE, and (2) Daman receives any required Premium, and (3) a completed health questionnaire (if required), and (4) the newborn child is accepted for Coverage by Daman.

2.8 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 (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 of Coverage.

If Eligible Persons are confined on the Effective

5-2 التغطية الخاصة بالمؤمن عليه الرئيسي. المؤمن عليه الرئيسي حديثاً لديه نفس منافع التغطية حسبما هو محدد في الوثيقة. تكون التغطية سارية المفعول بموجب الشروط التالية:

(1) إذا تم إشعار ضمان في غضون ٣٠ يوماً من تاريخ أهلية المؤمن عليه الرئيسي؛ و (2) تلقت ضمان أي قسط مطلوب؛ و (3) الاستبيان الصحي المعبأ -عند الطلب-؛ و (4) تم قبول الشخص للتغطية من قبل ضمان.

6-2 تغطية المعالين الجدد (باستثناء الأطفال حديثي الولادة). يسي مفعول تغطية المعال الجديد المتبنى 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:

(1) إذا تم إشعار ضمان في غضون ٣٠ يوماً من تاريخ أهلية المعال الجديد للتغطية؛ و (2) تلقت ضمان القسط المستحق؛ و (3) تمت تعبئة الاستبيان الصحي -عند الطلب-؛ و (4) تم قبول ضمان تغطية المعال الجديد.

7-2 تاريخ سريان مفعول تغطية الأطفال حديثي الولادة.

يصبح الأطفال حديثي الولادة مؤهلين للتغطية منذ تاريخ ولادتهم سواء كانت ولادتهم داخل أو خارج الإمارات العربية المتحدة. و تصبح التغطية سارية المفعول منذ تاريخ الأهلية ووفقاً للشروط التالية: (1) إذا تم إشعار ضمان في غضون ٣٠ يوماً من تاريخ ولادة الطفل ضمن أو خارج دولة الإمارات العربية المتحدة، و (2) بعد تلقي ضمان القسط المستحق، و (3) تعبئة الاستبيان الصحي -عند الطلب-، و (4) قبول ضمان تغطية ذلك الطفل حديث الولادة.

8-2 تاريخ سريان مفعول 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: (1) قام الأشخاص المؤهلين بإشعار ضمان بهذه الإقامة في غضون ٤٨ ساعة من تاريخ سريان المفعول، أو في أقرب وقت ممكن؛ و إذا (2) تم تلقي الخدمات الصحية طبقاً لبنود وشروط وإستثناءات وقيود الوثيقة؛ وإذا (3) قدمت هذه الخدمات الصحية في تاريخ سريان مفعول التغطية أو في تاريخ لاحق.

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

إذا كان الأشخاص المؤهلين مقيمين في المستشفى في تاريخ سريان

Date have prior coverage, Health Services for the condition or disability will not be covered under this Policy until Eligible Persons' prior coverage under the primary policy is exhausted.

2.9 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.

2.10 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.

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.

المفعول ولديهم تغطية سابقة، فإن الخدمات الصحية الخاصة بالحالة أو الإعاقة لن تغطي بموجب هذه الوثيقة حتى تنتهي التغطية السابقة لوثيقة المؤمن عليه الرئيسي.

9-2 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 مُصرّح في طلب التأمين لصاحب الوثيقة أو أي استبيان طبي / صحي آخر (حسب الاقتضاء).

يسري أي تغيير في فئة المنافع الخاصة بالشخص المؤهل عند: (1) تلقي ضمان لإشعار خطي من صاحب الوثيقة بالتغيير في فئة المنافع الخاصة بالشخص المؤهل، القسط المطلوب والاستبيان الصحي المعبأ (عند الطلب)، و (2) قبول التغيير في فئة المنافع للشخص المؤهل من قبل ضمان وإرسال إشعار خطي بالقبول من قبل ضمان إلى صاحب الوثيقة..

10-2 تغيير في حالة الشخص المؤهل: يسري مفعول أي تغيير في حالة الشخص المؤهل عند: (1) تلقي ضمان إشعاراً خطياً من صاحب الوثيقة بالتغيير في حالة الشخص المؤهل، القسط المطلوب والاستبيان الصحي المعبأ (عند الطلب)، و (2) قبول التغيير في حالة الشخص المؤهل من قبل ضمان وإرسال إشعار خطي بالقبول من قبل ضمان إلى صاحب الوثيقة.

بالنسبة للأفراد والمجموعات المكونة من 10 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 1 هو تغطية الحمل بعد أن تخضع الحالة للإكثتاب الطبي و تقرير القسط المستحق بشكل صحيح، والخيار 2 هو استبعاد تغطية الحمل. القرار النهائي بين الخيارين 1 أو 2 يقع على عاتق الشخص المؤهل. ستكون التغطية لأي حمل، والتي تنشأ خلال أربعين (40) يوماً تقويمياً من تاريخ التسجيل وفقاً لتقدير ضمان. ضمان لها الحق في عدم تغطية أي مطالبات للحمل والولادة لأي حمل غير مصرح عنه.

SECTION 3

TERMINATION OF COVERAGE

القسم ٣

الإنهاء

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

- A. **On the date specified by the Policyholder, after at least 31 days prior written notice to Daman, that this Policy shall be terminated.** Individual Policies cannot be cancelled without Daman's prior approval in writing.
- B. On the date specified by Daman, by written notice to the Policyholder that this Policy shall be terminated, due to the Policyholder's violation of the terms and conditions of the Policy.
- 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.
- D. On the date specified by Daman, after at least 31 days prior written notice to the Policyholder, if Daman decides to discontinue this policy or one of the several categories of Coverage, Policy Benefits, Riders and Amendments.
- 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.
- 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 fundamentally so that subsequently no further basis for the policy is given.
- 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.

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:

- A. If any of the events set out under Section 3.1 above occur.
- B. In case of Group Policy, thirty-one (31) days following the date that Eligible Persons cease to be eligible as a Primary Insured or enrolled Dependent, provided Daman receives

1-3 إنهاء الوثيقة بشكل كامل. تنتهي هذه الوثيقة والتغطية بموجبها تلقائياً في التواريخ المذكورة أدناه، أيهما يحين أولاً.

(أ) في التاريخ المحدد من قبل صاحب الوثيقة، عقب توجيه إشعار خطي قبل ٣١ يوم على الأقل إلى ضمان، بأنه سيتم إنهاء هذه الوثيقة. في حالة وثيقة الأفراد، فإنه لا يمكن إلغاؤها من دون موافقة ضمان الخطية و المسبقة.

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

(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. ويحق لضمان ابطال هذه الوثيقة بأثر رجعي اعتباراً من تاريخ سريان المفعول.

(د) في التاريخ المحدد من قبل ضمان، عقب توجيه إشعار خطي قبل 31 يوماً إلى صاحب الوثيقة، إذا قررت ضمان إيقاف هذه الوثيقة أو أيًا من فئات التغطية أو منافع الوثيقة أو الملحقات أو التعديلات.

(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.

(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 أخرى والتي قد تؤثر على الوثيقة بشكل أساسي وجوهري مما يفقدها غايتها.

(ز) في التاريخ المحدد من قبل ضمان في إشعار خطي موجه إلى صاحب الوثيقة بأنه سيتم إنهاء هذه الوثيقة بسبب عدم دفع الأقساط.

2-3 إنهاء تغطية شخص مؤهل بموجب الوثيقة. تنتهي تغطية الشخص المؤهل تلقائياً في أيًا من التواريخ المحددة أدناه، أيهما يحين أولاً:

(أ) إذا ظهر أي من تواريخ شروط الإنهاء المنصوص عليها في البند 1-3.

(ب) خلال واحد وثلاثين (٣١) يوماً من التاريخ الذي يفقد فيه الأشخاص المؤهلين أهليتهم كمؤمن عليهم رئيسيين أو معالين مسجلين بشرط أن تستلم ضمان إشعاراً بذلك بالإضافة إلى بطاقة ضمان (إن أصدرت). في حالة وثيقة الأفراد، خلال واحد وثلاثين (٣١) يوماً

<p>notification and the Daman Card (if issued). In case of Individual Policy, thirty-one (31) days following the date that Eligible Person cease to be eligible as a Primary Insured or enrolled Dependent only in case of death of members or unless otherwise agreed by Daman in writing.</p>	<p>من التاريخ الذي يتوقف فيه الشخص المؤهل عن كونه مؤهل كمؤمن عليه رئيسي أو المعالين المسجلين فقط في حالة وفاة الأعضاء أو في حال موافقة ضمان على الإلغاء بشكل خطي.</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 Primary Insured permitted the use of his or her Daman Card, or any other health care authorization document, by any unauthorized person or used another person's Daman Card.</p>	<p>ج) التاريخ المحدد من قبل ضمان في إشعار خطي، في حال ارتكاب الشخص المؤمن عملاً من أعمال الغش و / أو سوء الإستعمال في ما يتعلق بالفوائد التي يتلقاها في إطار الوثيقة أو لأن المؤمن عليه الأساسي سمح باستخدام البطاقة الخاصة به ، أو أي مستند آخر يخوله الحصول على رعاية صحية أخرى، من قبل شخص غير مفوض أو إستعمل بطاقة خاصة بشخص آخر.</p>
<p>D. The date specified by Daman in written notice due to material violation by the Eligible Person of the terms of the Policy.</p>	<p>د) التاريخ المحدد من قبل ضمان في إشعار خطي بسبب قيام الشخص المؤهل بخرق مادي لبنود 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</p>	<p>3-3 موجبات ضمان عند إنهاء الوثيقة أو تغطية الشخص المؤهل</p>
<p>Termination of the Policy shall not affect any request for reimbursement of Eligible Expenses for Health Services rendered prior to the date of termination. An Eligible Person's request for reimbursement must be furnished as required in Section 9. If the Eligible Person is Hospitalized on the termination date of the Coverage, hospital charges for that continuous period of hospitalization will be paid by Daman, according to the Benefits and limitations of the Policy up to 31 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. إن طلب الشخص المؤهل لاسترداد المصاريف المستحقة يجب أن يقدم وفقاً لما هو مذكور في القسم 9. 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 31 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>4-3 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(C), 3.1(G), and section 3.2 (C), 3.2 (E), Daman shall be entitled to recover all 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>ب. في حالة إنهاء الوثيقة وفقاً لما جاء في القسم 3-1 (ج)، 3-1 (ز)، و القسم 3-2 (ج)، 3-2 (هـ)، يحق لضمان استرداد جميع المبالغ التي دفعتها فيما يتعلق بالمطالبات المقدمة سواء من قبل الشخص المؤهل أو مزود الخدمة (في ما يتعلق بالخدمات الصحية المقدمة للشخص المؤهل).</p>
<p>C. Except for the provision contained in 3.3 above, upon termination of the Eligible Person's Coverage or on termination of the Policy, the</p>	<p>ج. بإستثناء ما هو منصوص عليه في 3-3 أعلاه، عند إنهاء تغطية الشخص المؤهل، أو إنهاء الوثيقة، يبقى صاحب الوثيقة مسؤول تجاه ضمان عن دفع أي تكاليف مالية ناتجة عن تلقي خدمات صحية</p>

<p>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>من قبل الشخص المؤهل في اليوم التالي من تاريخ إنهاء الوثيقة أو تاريخ إنهاء تغطية الشخص المؤهل.</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>د. عند إنهاء هذه الوثيقة أو التغطية وفقاً للمادة 1-3 أو 2-3, على صاحب الوثيقة إرسال إشعاراً خطياً الى الشخص المؤهل و إعلام الشخص المؤهل بأنه لن يكون مغطى لتلقي الخدمات الصحية ضمن هذه الوثيقة.</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>هـ . عند إنهاء تغطية الشخص المؤهل أو إنهاء الوثيقة, يتوجب على صاحب الوثيقة إرجاع بطاقات ضمان الخاصة بالأشخاص المؤهلين (إن أصدرت) لضمان.</p>
<p>F. In the event that the Daman Cards are not returned to Daman, 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>و. في حال عدم إرجاع بطاقات ضمان لشركة ضمان، سيتحمل صاحب الوثيقة كافة النفقات التي تتكبدها ضمان عند تقديم أية خدمات صحية إلى الشخص المؤهل بإستخدام البطاقة الخاصة به بعد إنهاء التغطية أو الوثيقة.</p>

SECTION 4 PREMIUM RATES	القسم ٤ الأقساط
4.1 Premiums. Premiums payable by or on behalf of Eligible Persons are specified in the Quotation.	1-4 الأقساط. إن الأقساط المستحقة الدفع من قبل أو نيابة عن الأشخاص المؤهلين محددة في التسعيرة.
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. 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.	2-4 حساب الأقساط. يحتسب القسط على أساس عدد الأشخاص المؤمن عليهم الرئيسيين والمعاليين في كل فئة تغطية. وتبين ضمان في سجلاتها قيمة الأقساط الحالية المعمول بها في وقت الإحتساب. للأعضاء الجدد الذين تم تسجيلهم بعد تاريخ سريان مفعول الوثيقة، يكون احتساب الأقساط على أساس النسبة و التناسب.
4.3 Notification of Coverage Changes. The Policyholder shall notify Daman in writing within 31 days of the effective date of enrollments, terminations, or other changes.	3-4 إشعار بتعديلات التغطية. على صاحب الوثيقة إشعار ضمان خطياً في غضون 31 يوم من تاريخ تسجيل أو إنهاء أو إجراء أية تعديلات أخرى على الوثيقة.
4.4 Payment of the Premium. The Premium is payable in advance by the Policyholder to Daman (as described in the Policy Schedule) prior to any Coverage under the Policy being provided or unless otherwise agreed by the Parties 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 delinquent Premiums.	4-4 دفع القسط. يكون القسط مستحق الدفع مقدماً من قبل صاحب الوثيقة إلى ضمان (حسبما هو مفصل في جدول الوثيقة) قبل تقديم أي تغطية بموجب هذه الوثيقة أو حسبما هو متفق عليه بين الأطراف بشكل خطي. عند دفع الأقساط ترفق جميع المستندات التي تحدد أسماء الأشخاص المؤهلين الذين تم الدفع عنهم. يقوم صاحب الوثيقة بتعويض ضمان عن أتعاب المحاماة وأي تكاليف أخرى تتعلق بتحصيل أقساط التأمين المتأخرة.
4.5 Non-payment and / or delayed payment of Premium: Where the Parties have agreed to payment terms other than advance payment, in the event of any delay or non-payment of Premium or any installment/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. A termination/suspension of the Policy shall not release the Policyholder from paying any sums/ in full, owing to Daman. In case of such termination/suspension, the Policyholder will have to pay the due installment in full without any effect of utilization therein. In the event of suspension/termination by Daman in conformity with the provisions laid down herein Daman shall not be liable towards the Policyholder for any non-fulfillment of its	5-4 عدم سداد و/أو التأخر في سداد القسط: حيث إتفق الطرفين على شروط الدفع بخلاف الدفع المقدم، ففي 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. إن إنهاء أو تعليق الوثيقة لا يعفي صاحب الوثيقة من إلزامه بتسديد القيمة الكاملة لأية مبالغ أو دفعات مستحقة لضمان. في حال الإنهاء أو التعليق، يجب على صاحب الوثيقة أن يقوم بدفع أي مبالغ/أقساط كاملة بغض النظر عن مدى استفادته منها. في حال الإنهاء أو تعليق الوثيقة من قبل ضمان وفقاً للأحكام الواردة في هذه الوثيقة، فإن ضمان غير مسؤولة تجاه صاحب الوثيقة عن عدم إلزامه بواجباته.

<p>obligations.</p> <p>4.6 Currency. All Premiums paid by the Policyholder will be in the currency of U.A.E Dirham. Any reimbursements paid under this Policy by Daman shall be in the currency of U.A.E Dirham.</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>6-4 العملة. تدفع جميع الأقساط من قبل صاحب الوثيقة بعملة دولة الإمارات العربية المتحدة (الدرهم). وأي مبلغ مستحق الإسترداد ضمن هذه الوثيقة من ضمان سيدفع بعملة دولة الإمارات العربية المتحدة (الدرهم).</p> <p>7-4 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>
--	---

SECTION 5 GENERAL PROVISIONS

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

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

In case the parties are not able to resolve the dispute between themselves, the dispute shall be filed, subject to the parameters outlined in the Regulation for the Establishment of the Ombudsman Unit and pursuant to all other relevant laws and regulations, either through the CBUAE Ombudsman Unit for the resolution of financial and insurance complaints "Sanadak" website (www.sanadak.gov.ae) or phone contact 800SANADAK (800 72 623 25) or to the Grievances & Appeals Unit of the DOH for 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 and the CBUAE has been exhausted.

The complaint must be submitted to the Ombudsman Unit within three (3) years from the date of the conduct giving rise to the complaint or two (2) years from the date on which the complainant became aware of the conduct giving rise to the complaint.

If the dispute or conflict is not resolved in accordance with the aforesaid paragraph, as well as the Appeal procedures outlined in the Regulation for the Establishment of the Ombudsman Unit and pursuant to all other relevant laws and regulations, 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.

If legal proceedings or actions against Daman are not brought within three (3) years of the date Daman notifies other party of its final decision, the right to bring any action against Daman is forfeited.

5.3 Amendments and Alterations. Any change to the Policy will be issued as an Amendment,

القسم ٥ أحكام عامة

1-٥ الخدمات الإدارية. تقدم الخدمات الضرورية لإدارة هذه الوثيقة والتغطية المزودة بموجبها طبقاً لأحدث الإجراءات الإدارية القياسية الخاصة بضمان أو المعين من قبلها. إذا طلب صاحب الوثيقة تقديم الخدمات الإدارية على نحو مخالف لهذه الإجراءات القياسية، وتمت الموافقة على تلك الخدمات من قبل ضمان، فعندئذ يدفع صاحب الوثيقة مقابل تلك الخدمات أو التقارير حسب الأسعار المعمول بها في حينه لدى ضمان أو المعين من قبلها بشأن تلك الخدمات أو التقارير.

2-٥ حدود التقاضي. في حال نشوء نزاع بين ضمان والأطراف المعنية (بما في ذلك صاحب الوثيقة و/أو الأشخاص المؤهلين نيابة عن صاحب الوثيقة) يجتمع الطرف المعني بهذه الوثيقة ويجري مفاوضات مع ضمان بحسن نية من أجل التوصل إلى حل النزاع.

في حال عدم تمكن الأطراف من حل النزاع فيما بينهم، يتم رفع النزاع وفقاً للمعايير المبينة في لائحة وحدة تسوية المنازعات المصرفية والتأمينية وكذلك بموجب جميع القوانين واللوائح الأخرى ذات الصلة، وذلك إما عن طريق الموقع الإلكتروني لوحدة تسوية المنازعات المصرفية والتأمينية لمصرف الإمارات العربية المتحدة المركزي "سندك" لحل الشكاوى (www.sanadak.gov.ae) أو التواصل عبر الهاتف على الرقم 800SANADAK (800 72 623 25)، أو يحال النزاع إلى هيئة الشكاوى والطعون التابعة لدائرة الصحة-أبوظبي للتسوية، ولن يكون لأي إجراءات أخرى لتسوية المنازعات أي قوة أو تأثير ما لم يتم استنفاد إجراءات الشكاوى المنصوص عليها من قبل دائرة الصحة-أبوظبي ومصرف الإمارات العربية المتحدة المركزي.

ويجب تقديم الشكاوى إلى وحدة تسوية المنازعات المصرفية والتأمينية خلال ثلاث (3) سنوات من تاريخ الحدث الذي أدى إلى تقديم الشكاوى أو خلال سنتين (2) من تاريخ علم صاحب الشكاوى بالحدث الذي أدى إلى تقديم الشكاوى.

إذا لم يتم حل النزاع أو الخلاف وفقاً لما جاء في الفقرة أعلاه، وكذلك إجراءات الاستئناف المنصوص عليها في لائحة وحدة تسوية المنازعات المصرفية والتأمينية ووفقاً لجميع القوانين واللوائح الأخرى ذات الصلة، ما لم يتم الاتفاق على خلاف ذلك بين الطرفين، تتم إحالة جميع النزاعات إلى محاكم أبوظبي والفصل فيها، والتي تتمتع بسلطة قضائية حصرية لتسوية أي نزاع ينشأ عن أو فيما يتعلق بالوثيقة.

في حال عدم إقامة الإجراءات أو الدعاوى القانونية ضد ضمان خلال ثلاث (3) سنوات من تاريخ قيام ضمان بإبلاغ الطرف الآخر بقرارها النهائي، يسقط حق إقامة أي دعوى ضد ضمان.

3-٥ التعديلات والتغييرات. أية تغييرات في الوثيقة يتم إصدارها على

Endorsement, and/or Rider and shall form a part of the Policy. Such an amendment will be made by Daman in accordance with the Law and is effective only upon the date of Signature by an authorized officer of Daman and the Policyholder. No agent has the authority to change the Policy or to waive any of its provisions.

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

From time-to-time, the relevant authorities may make changes to the Law. Such changes will become effective as set out in the relevant legislations.

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

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

The relationship between the Policyholder and Eligible Persons is that of employer and employee or sponsor and sponsoree, or other Coverage category as defined in the Policy or in the Law. The Policyholder is solely responsible for enrollment and 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. The Policyholder and Eligible Persons must furnish to Daman as soon as possible all information and proof, which it may reasonably require regarding any matters pertaining to the Policy.

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

Daman agrees that such information and records will be considered confidential. Daman has the right to release any and all records concerning

شكل تعديلات /تعديلات جديدة على الوثيقة و/أو ملحقات وتعد جزئاً من الوثيقة. تصدر هذه التعديلات من قبل ضمان ويجب أن تتم طبقاً للقانون وتكون سارية المفعول فقط عند التوقيع عليها من قبل الشخص الذي يمثل كل من ضمان و صاحب الوثيقة. ولا يمتلك أي وكيل صلاحية تغيير الوثيقة أو التنازل عن أي من أحكامها.

وفي حالة وجود تغيير / تعديل على الوثيقة ، تبقى جميع البنود والشروط و الاستثناءات، الحدود و نطاق الخدمات المقدمة بموجب الوثيقة ثابتة كما هي، و دون أي تغيير.

من حين لآخر، يحق للجهات المختصة إجراء تغييرات على القانون. وتصبح التغييرات سارية المفعول اعتباراً من تاريخ سريان القوانين المعنية.

4-5 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 أيأ من موظفيها وكلاء أو موظفاً لدى مزودي الخدمة داخل الشبكة أو لدى أصحاب الوثيقة.

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

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

5-5 السجلات. يجب على صاحب الوثيقة والأشخاص المؤهلين تزويد ضمان في أسرع وقت ممكن بجميع المعلومات والإثباتات التي قد تطلبها بشكل معقول ويكون لها صلة بالوثيقة.

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

توافق ضمان على اعتبار تلك المعلومات والسجلات سرية. تمتلك ضمان حق الإفصاح عن أي من وكافة السجلات الخاصة بخدمات

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.

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.

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. 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 Policyholder within 30 days and appropriate adjustment in premium shall be made.

For example - errors in date of birth, gender, 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 the Law.

- 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

الرعاية الصحية اللازمة لأغراض تنفيذ وإدارة بنود الوثيقة أو للمراجعة الطبية الملائمة أو لتقييم الجودة.

يسمح لضمان أو لمزودي الخدمة داخل الشبكة إحساب رسوم معقولة على الأشخاص المؤهلين لتغطية تكاليف تعبئة المستخرجات أو النماذج الطبية المطلوبة من قبل الأشخاص المؤهلين.

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

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

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. سيتم تصحيح فاتورة ضمان عند اكتشاف الأخطاء، وهذه الأخطاء يجب إبلاغ ضمان عنها في غضون 30 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 30 يوماً و سيتم إجراء التعديل الملائم و المناسب على الأقساط.

الخطأ المطبعي ممكن أن يكون على سبيل المثال كالآتي: الخطأ في تاريخ الميلاد، الجنس، التاريخ الذي يصبح به الفرد مؤهل للتغطية له تأثير على قيمة القسط و إن 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 30 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

6-5 الإلتزام بالقوانين.

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

ب. 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

<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>5.8 Notice. Written notice given by Daman to an authorized representative of the Policyholder is deemed notice to all affected Primary Insured and their Dependents in the administration of this Policy, including termination of this Policy. The Policyholder is responsible for giving notice to Eligible Persons.</p> <p>Any notice sent to Daman under this Policy and any notice sent to the Policyholder shall be addressed as described in the Policy Schedule.</p> <p>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.</p>	<p>8-5 الإشعارات. يعتبر الإشعار الخطي المرسل من قبل ضمان إلى أي شخص مخول يمثل صاحب الوثيقة إشعاراً إلى جميع الأشخاص المؤمن عليهم الرئيسيين المعنيين والمعالين من قبلهم، بما في ذلك إنهاء هذه الوثيقة. ويكون صاحب الوثيقة مسؤولاً عن تقديم إشعار إلى الأشخاص المؤهلين.</p> <p>يجب أن يرسل أي إشعار موجه إلى ضمان أو إلى صاحب الوثيقة حسبما هو مفصل في جدول الوثيقة.</p> <p>يتعين على صاحب الوثيقة إبلاغ ضمان بأي تغيير في عنوان أو في وضع العمل بالنسبة لأي شخص مؤهل بعد علم صاحب الوثيقة بهذا التغيير.</p>
<p>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.</p> <p>Daman shall notify the Policyholder thirty (30) days prior to the Expiry Date of the Policy that his Policy is due to expire. Within this thirty day period, the Policyholder is required to inform Daman if he does not want to renew his Policy.</p> <p>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.</p>	<p>9-5 تجديد الوثيقة. تعد الوثيقة عقداً سنوياً ويجوز تجديدها لمدة مماثلة لمدة الوثيقة إذا وافقت ضمان وصاحب الوثيقة على هذا التجديد.</p> <p>على ضمان إشعار صاحب الوثيقة قبل (30) يوماً من تاريخ انتهاء الوثيقة بموعد تجديدها. ويلتزم صاحب الوثيقة بإخطار ضمان خلال الثلاثين يوماً قبل تاريخ الإنهاء في حال رغبته في عدم تجديد الوثيقة.</p> <p>يجب على صاحب الوثيقة التأكد من تجديد الوثيقة في اليوم التالي من تاريخ انتهاء هذه الوثيقة لكي يحصل الأشخاص المؤهلين الذين يستوفون الشروط المطلوبة بموجب هذه الوثيقة على إستمرارية تغطية الخدمات الصحية.</p>
<p>5.10 Limitation of Liability. The Policyholder agrees that Daman's obligation under the Policy is to provide access to the Provider Network for the Covered Services as set out in the Schedule of Benefits. Daman hereby disclaims any liability for any harm, injury to any person or property, death, expense, loss or damage sustained or incurred by the Eligible Persons/Policyholder, directly or indirectly arising out of or in any way associated with the Covered Services provided under the Policy by the Network Providers, including all claims, costs, expenses, losses, causes of action or liability arising out of their negligence, misconduct, breach and/or misrepresentation by the Network Providers, to the fullest extent allowed by the applicable laws. Daman shall not be liable for any availability of the Network Providers or quality of services provided by the Network Providers.</p>	<p>11-5 تحديد المسؤولية. يوافق صاحب الوثيقة على أن إلزام ضمان بموجب هذه الوثيقة هو توفير إمكانية الوصول إلى شبكة مزودي الخدمات المغطاة كما هو مشار إليها في جدول المنافع. ضمان تخلي مسؤوليتها في حال وقوع أي ضرر أو إصابة أي شخص أو الممتلكات، والموت، مصاريف، خسائر أو أضرار تكبدها الأشخاص المؤهلون/صاحب الوثيقة، والتي تنشأ بشكل مباشر أو غير مباشر بأي شكل من الأشكال المرتبطة بالخدمات المغطاة المقدمة ضمن الوثيقة من قبل مزودي الشبكة، بما في ذلك جميع المطالبات والتكاليف والنفقات والخسائر وأسباب العمل أو المسؤولية الناشئة عن الإهمال وسوء السلوك وخرق و/أو التحريف من قبل مزودي الشبكة، للحد الأقصى التي تسمح به القوانين المعمول بها. لن تكون ضمان مسؤولة عن توافر مزودي الشبكة أو نوعية الخدمات التي يقدمها مزودي الشبكة.</p>
<p>5.11 Sanctions. Daman shall not be deemed to provide cover to the Policyholder or Primary Insured or enrolled Dependent(s) and Daman</p>	<p>11-5 العقوبات. لا يعتبر ضمان جهة لتوفير تغطية لصاحب الوثيقة أو المؤمن عليه الرئيسي أو المعالين المسجلين ولن تكون ضمان مسؤولة عن دفع أي مطالبة أو تقديم أي منفعة في حال كان تقديم مثل هذه التغطية، أو دفع هذه</p>

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.

5.12 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.

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.

12-5 أمن وخصوصية المعلومات.

تقر ضمان وتتعهد بالآتي: (1) الامتثال مع ضوابط والقوانين السارية والمتعلقة بأمن وحماية المعلومات؛ (2) 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 27001؛ (3) الاحتفاظ بكل الوثائق والمستندات الضرورية لإثبات الامتثال مع هذه المادة.

SECTION 6 PROCEDURES FOR OBTAINING NETWORK BENEFITS

6.1 Covered Services Rendered by Network Providers. Eligible Persons are entitled for Coverage for Benefits listed as Network Benefits in the Schedule of Benefits and 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.

Some of the benefits stated in the Schedule of Benefits may be available in Network but shall be paid on reimbursement subject to policy terms, conditions and exclusions.

Covered 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 authorized in advance by Daman. Failure to comply with all administrative procedures required by Network Provider, may result in denial of coverage. Enrolling for Coverage under the Policy does not guarantee Covered Services by a particular Network Provider on the list of Providers. The list of Network Providers is subject to change, and it is at the sole discretion of Daman. No notice in this regard is required to be given to the Policyholder/Eligible Persons. Eligible Persons must choose among remaining Network Providers in order to obtain Network Benefits.

Coverage for Covered Services is subject to the 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 our website or by calling Daman. Eligible Persons must show their Card every time they request Health Services in order for Daman to cover the Claim on a direct billing basis. In cases where Eligible Persons fail to present their Card to a Network Provider, any Covered Health Services availed at such Network Provider shall only be eligible for 80% reimbursement of the coverage offered as per the Schedule of Benefits.

If failure to verify participation status or the failure to show a Card or similar documents results in non-compliance with required Daman procedures, Coverage of Network Benefits may 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.

6.3 Prior Approval Does Not Guarantee Benefits.

القسم ٦ إجراءات الحصول على منافع الشبكة

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

بعض المنافع المذكورة في جدول المنافع ممكن أن تكون متوفرة ضمن الشبكة و لكن يتم الدفع على أساس الاسترداد، بالإستناد إلى بنود، شروط وإستثناءات الوثيقة.

باستثناء حالات الطوارئ أو التحويل الموافق عليها مسبقاً من قبل ضمان حسبما هو مذكور في جدول المنافع ، فلن يتم تغطية الخدمات المغطاة كمنافع شبكة في حال تمت تقديمتها 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 المغطاة من قبل مزود خدمة معين من داخل الشبكة. كما تخضع قائمة مزودي الخدمة داخل الشبكة للتغيير وذلك وفقاً لتقدير ضمان وحدها. ولا يتم إرسال إشعار في هذا الصدد إلى صاحب الوثيقة و/أو الأشخاص المؤهلين. فيجب على الأشخاص المؤهلين اختيار مزود خدمة من بين مزودي الخدمة المتبقين من أجل الحصول على منافع الشبكة.

إن تغطية الخدمات المغطاة 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 بضمن أو عن طريق الإتصال بمركز خدمة العملاء بضمن. كما يجب على الأشخاص المؤهلين إبراز بطاقتهم في كل مرة يطلبون فيها الحصول على خدمات صحية حتى تقوم ضمان بتغطية المطالبة المالية عن طريق الدفع المباشر. في حال عدم تقديم البطاقة من قبل الأشخاص المؤهلين لمزودي الخدمة داخل الشبكة فسوف تتم التغطية عن طريق إسترداد المصاريف المستحقة بنسبة 80% من التغطية المقدمة والمذكورة ضمن جدول المنافع.

بعد 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 المتلقاه مباشرةً من مزود الخدمة وفقاً لأسعار المزود.

٣-٦ الموافقة المسبقة ٢ تضمن المنافع. إن مجرد موافقة ضمان على

<p>The fact that Daman authorizes services or supplies does not guarantee that all charges will be covered. Daman reserves the right to review each claim for Health Services 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>تقديم أية خدمات أو تجهيزات لا تضمن تغطية جميع النفقات. وتحتفظ ضمان بحقها في مراجعة كل مطالبة للخدمات الصحية حالما تولدت 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 ناجمة عن مراجعة المطالبات.</p>
<p>6.4 Limitations on Selection of Health Service Providers. If a 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 خدمات الرعاية الصحية. 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 31 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 ٣١ 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 eligible for Network Benefits when Medically Necessary Health Services are obtained through non-Network Providers. Health Services obtained through non-Network Providers must be authorized in advance through referral documentation as designated by Daman. All Health Services are subject to terms and conditions, 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 والشروط والإستثناءات الأخرى الواردة في الوثيقة.</p>
<p>6.6 Emergency Health Services by Network Providers. Daman provides Coverage of Eligible Expenses for Medically Necessary Emergency Health Services, subject to the terms, conditions, exclusions, and limitations of the Policy.</p>	<p>٦-٦ الخدمات الصحية الطارئة من قبل مزودي الخدمة داخل الشبكة. تقدم ضمان تغطية المصاريف المستحقة للخدمات الصحية الطارئة الضرورية طبياً، مع مراعاة البنود والشروط والإستثناءات والقيود الواردة في هذه الوثيقة.</p>
<p>Eligible Expenses for Emergency Health Services are the agreed fees with Network Providers for</p>	<p>تتضمن المصاريف المستحقة للخدمات الصحية الطارئة الرسوم المتفق عليها مع مزودي الخدمة داخل الشبكة بشأن الخدمات</p>

the Health Services described in Section 8 of this Policy provided during the course of the Emergency. Such Health Services must be Medically Necessary for stabilization and initiation of treatment and must be provided by or under the direction of a Physician.

6.7 Emergency Health Services by Non-Network Providers. Eligible Persons obtaining Emergency Health Services by Non-Network Providers inside the "Territorial Cover" as described in Schedule of Benefits, must notify Daman within 24 hours or as soon as reasonably possible unless specified otherwise by Daman. 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.

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

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

6.8 Second Opinion Policy. Coverage of certain Health Services as Network Benefits may require that Eligible Persons consult a second Network Physician prior to the scheduling of the Health Service. Daman will notify 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.

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.

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

6.11 Recovery: The Policyholder is liable for all claims paid by Daman on direct settlement basis to any of its Medical Providers Network which are:

- In excess of the individuals Benefit Limits,
- For excluded Treatments *
- Claims made by Members who are no longer eligible for cover
- Fraudulent use of Card

*Refer to section 11 – General Exclusions

الصحة المبينة في القسم 8 من 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.

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

تتطلب التغطية الخاصة باستمرار الرعاية الصحية بعد زوال الحالة الطارئة تنسيقاً من 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.

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 أبلغتهم بنيتها نقلهم إلى مرفق داخل شبكة. لا يغطي الإستمرار في الإقامة في مرفق من خارج الشبكة إلا كمنفعة من خارج الشبكة إذا ذكر ذلك في جدول المنافع.

٨-٦ سياسة الرأي الثاني. قد تحتاج تغطية الخدمات الصحية المحددة كمنافع شبكة إلى قيام الأشخاص المؤهلين 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.

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.

10-6 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.

11-6 الإسترداد: يكون صاحب الوثيقة مسؤولاً عن سداد قيمة جميع المطالبات المدفوعة من قبل ضمان لأي من مزودي خدمات الرعاية الصحية داخل الشبكة بما في ذلك:

- تجاوز الحد الأقصى للمنفعة الفردية
- العلاجات المستثناة من التغطية*
- المطالبات المقدمة من قبل الأشخاص الذين لم يعودوا مؤهلين للتغطية
- استخدام البطاقة بطريقة احتيالية

*الرجوع للقسم 11 – الاستثناءات العامة

SECTION 7
PROCEDURES FOR OBTAINING NON-NETWORK
HEALTH SERVICES 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 within 120 days from the last date of the treatment unless otherwise agreed. 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 or preauthorization for Health Services rendered by the Non-Network provider if Daman has informed the Eligible Person that claims for reimbursement will not be accepted from the specified Non-Network Provider.

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

7.2 Limitations on Selection of Providers. If a 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 خدمات الرعاية الصحية من 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 مزود الخدمة خارج الشبكة تسديد كافة المصاريف عند تقديم الخدمة وعليه يُقدم طلب الى ضمان لاسترداد المصاريف المستحقة خلال 120 يوم من التاريخ الأخير لتلقي المعالجة ما لم يتفق على خلاف ذلك. وإذا كانت نسبة التحمل مطبقة على منافع خارج الشبكة فتخصص قيمة نسبة التحمل من المبلغ المسترد من الشخص المؤهل.

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

النفقات المتوقعة يجب أن تكون معقولة ومعروفة للخدمات الصحية المغطاه اثناء سريان الوثيقة.

2-٧ قيود على اختيار مزودي الخدمة. إذا تلقى الشخص المؤهل خدمات صحية من مزود الخدمة بطريقة مؤذية أو بكميات ضارة أو بشكل متكرر يجعلها ضارة بالصحة، حسبما تقرره ضمان، فقد يطلب من الشخص المستفيد إختيار أحد أطباء الشبكة وأحد مستشفيات الشبكة (التي يتعامل معها ذلك الطبيب) لتقديم ولتنسيق جميع الخدمات الصحية المستقبلية. وتسري كذلك جميع الأحكام ذات الصلة الواردة في القسم ٦-٤.

SECTION 8 COVERED SERVICES	القسم ٨ الخدمات الصحية المغطاة
<p>Covered Services described in this section are Covered only if the services are assured in the Schedule of Benefits:</p>	<p>تكون الخدمات المذكورة في هذا القسم مغطاة عند تضمينها في جدول المنافع:</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 or Hospital.</p>	<p>٨-١ العلاجات في العيادات الخارجية. هي الخدمات المقدمة من قبل أو تحت إشراف طبيب في مقر عمله سواء كان في عيادة أو مستشفى.</p>
<p>8.2 Emergency Outpatient Health Services. Health Services for stabilization or initiation of treatment of Emergency conditions provided on an outpatient basis in a Health Service Provider licensed to provide Emergency services.</p>	<p>٨-٢ 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 approves the drug.</p>	<p>٨-٣ 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.</p>
<p>8.4 Outpatient Physiotherapy and Chiropractic Therapy. Short-term physical therapy services. Coverage is limited if benefits are assured and stated in the Schedule of Benefits, Physical therapy must be provided under the direction of a Physician and approved in advance by Daman.</p>	<p>٨-٤ العلاج الطبيعي لمراجعي العيادات الخارجية. خدمات العلاج الطبيعي قصيرة الأجل. تقتصر التغطية حسبما هو مبين في جدول المنافع. ويجب تقديم العلاج الطبيعي تحت إشراف الطبيب وبعد الحصول على الموافقة المسبقة من قبل ضمان.</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>٨-٥ 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>٨-٦ علاج اليوم الواحد. الخدمات والمواد المقدمة في مزود الخدمات الصحية، عندما لا يكون هناك إقامة في المستشفى. تنطبق هذه المنفعة فقط على الخدمات التي 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 Hospitalizations must be authorized in advance by Daman through completion of an Authorization Form prior to the hospitalization. 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>٨-٧ 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 لقيود 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 Hospitalization Class/ Accommodation Type. The class of hospitalization for which Eligible Persons are entitled is defined in Schedule of Benefits.</p>	<p>٨-٩ 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>The selection by the Policyholder of Coverage for</p>	<p>إن إختيار صاحب الوثيقة التغطية على درجة علاج محدد داخل</p>

<p>a specific Hospitalization 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 Hospitalization 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 Hospitalization Class indicated in Schedule of Benefits.</p>	<p>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 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. The total amount payable for Inpatient and Outpatient maternity care is indicated in the Schedule of Benefits.</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. أما المبلغ الاجمالي المستحق لخدمات الحمل والولادة للمريض داخل وخارج المستشفى مبينة في جدول المنافع.</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, if indicated in the Schedule of Benefits. This provision only applies to Members / Policyholders undergoing initial enrollment. Failure to renew the Policy within thirty (30) days of the Expiry Date may result in the Eligible Person not being entitled to Maternity Coverage. In this event, the above mentioned waiting 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>بالنسبة للأفراد أصحاب الوثيقة و/أو الأفراد المؤهلين وفي بعض الحالات بالنسبة للأعضاء المنتمين الى الوثيقة التابعة لمجموعة، تطبق عليهم فترة انتظار مدتها 180 يوم قبل تغطية خدمات الحمل والولادة وذلك اذا كان منصوح عليه في جدول المنافع. وإن تغطية خدمات الحمل والولادة يتم اعتمادها للأفراد/أصحاب الوثيقة الذين تم تسجيلهم منذ البداية. إن عدم تجديد الوثيقة خلال ثلاثين (30) يوماً من تاريخ الإنتهاء قد ينتج عنه عدم أحقية الشخص المؤهل في تغطية خدمات الحمل والولادة. وفي هذه الحالة تبدأ فترة الانتظار المذكورة أعلاه من تاريخ سريان مفعول الوثيقة الجديدة ولا تعد تلك الوثيقة بمثابة تجديد للوثيقة المنتهية.</p>
<p>The waiting period will also apply to existing Eligible Persons who become eligible for Maternity Coverage under their existing Policy. the 180 days period commencing as from the date such eligibility arises</p>	<p>تطبق فترة الإنتظار على الأفراد المسجلين /أصحاب الوثيقة الذين يصبحون مؤهلين لتغطية خدمات الحمل والولادة ضمن وثيقتهم الحالية. تبدأ فترة الإنتظار الـ 180 يوم من التاريخ الذي يصبحون فيه مؤهلين للتغطية.</p>
<p>8.12 Parent accommodation. For a Eligible Person under 18 years of age (unless otherwise stated in Schedule of benefits), extra charges for the room for one parent accompanying the child are covered up to a maximum limit as described in Schedule of Benefits.</p>	<p>١٢-٨ إقامة الوالدين. بالنسبة للأشخاص المؤهلين دون 18 سنة (ما لم يذكر بخلاف ذلك في جدول المنافع)، فإن تكاليف إقامة أحد الوالدين كمرافق للطفل في الغرفة تكون مغطاة وفقاً للحد الأقصى المبين في جدول المنافع.</p>
<p>8.13 Repatriation. In case an Eligible Person has passed away mortal remains will be repatriated to country of origin. Daman shall be liable up to the maximum Limit specified in Schedule of Benefits.</p>	<p>١٣-٨ نقل الجثمان. في حال وفاة الشخص المؤهل، فإنه سيتم نقل جثمانه إلى موطنه الأصل ولا تُسأل ضمان عما يتجاوز الحد الأقصى المذكور في جدول المنافع.</p>
<p>8.14 Dental Benefits. Coverage for dental Benefits is provided if the services are assured in Schedule of Benefits.</p>	<p>١٤-٨ منافع الأسنان. تكون التغطية بشأن منافع الأسنان اختيارية ولا تقدم إلا إذا كانت تلك الخدمات مؤكدة في جدول المنافع.</p>

<p>8.15 Organ Transplant. Coverage for Organ Transplants is only provided if the services are assured and not excluded in the policy. The Covered treatment includes the Medically Necessary surgical transplant provided at a Transplant Center 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 (hospitalization) is covered under Recipient's policy. In addition to Section 6, the selection of the provider has to be (pre-) coordinated with Daman.</p>	<p>15-8 نقل الأعضاء. لا تقدم التغطية بشأن نقل الأعضاء إلا إذا كانت تلك الخدمات منصوص عليها و غير مستثناة من الوثيقة. ويتضمن 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- النخاع أو العظام (سواء كان من نفس المريض أو من متبرع آخر بسبب وجود فشل وظيفي غير قابل للعلاج بهذا العضو). ويستبدل العضو أو نخاع العظام بآخر 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 المُتلقّي للعضو. بالإضافة الى ما ورد في القسم ٦، فإن اختيار مزود الخدمة يجب أن يتم بتنسيق مسبق مع ضمان.</p>
<p>8.16 Home Nursing. Medically Necessary professional nursing care for covered conditions provided at home, in lieu of hospitalization. Coverage up to a maximum limit as described in the Schedule of benefits.</p>	<p>١٦-8 التمريض المنزلي. العناية التمريضية المتخصصة والضرورية طبياً وتقدم في المنزل بدلاً من المستشفى، تكون التغطية حتى الحد الأقصى كما هو مذكور في جدول المنافع.</p>
<p>8.17 Cash Compensation. In case of a free Inpatient Hospital Treatment not claimed to Insurance Company, Daman shall pay a per day lump sum amount to the Primary Insured, if benefits are assured and described in the Schedule of benefits.</p>	<p>١٧-8 التعويض النقدي. في حالة تلقي العلاج داخل المستشفى بشكل مجاني سيتم تعويض الشخص المؤمن بشكل إجمالي بما يتعلق بالمزايا المغطاة للمطالبة كما هي مؤكدة و موصوفة في جدول المنافع.</p>
<p>8.18 Medical Appliances and Medical Equipment. Coverage up to a maximum limit as described in the Schedule of benefits.</p>	<p>18-8 الأدوات والتجهيزات الطبية. تكون التغطية حتى الحد الأقصى المذكور في جدول المنافع.</p>
<p>8.19 Psychiatric Treatment. These are Health Services through a duly licensed and qualified (under the law of the country) psychiatrist. Coverage is given up to a maximum limit as described in the Schedule of Benefits.</p>	<p>19-8 العلاج النفسي. الخدمة الصحية تقدم من خلال طبيب نفسي أو معالج نفسي مرخص ومؤهل وفقاً لقوانين الدولة. تكون التغطية حتى الحد الأقصى كما هو مذكور في جدول المنافع.</p>
<p>8.20 Medical Check-up. One preventive medical investigation per year is covered up to a maximum limit if benefits are assured and described in Schedule of Benefits.</p>	<p>20-8 الفحص الطبي العام. الاستقصاء الطبي الوقائي لمرة واحدة في السنة مغطى حتى الحد الأقصى إذا كانت المنفعة مؤكدة و مذكورة في جدول المنافع.</p>
<p>8.21 Dietitian. Dietitian means advising and training of a Eligible Person through a health care professional in diet programs, e.g. for diabetes treatment or weight control. Coverage is given up to a maximum as described in the Schedule of Benefits.</p>	<p>21-8 التغذية. التغذية تعني نصيح وتدريب الشخص المؤهل من خلال شخص مختص في الرعاية الصحية في برامج التغذية مثال على ذلك علاج السكري والتحكم بالوزن. تكون التغطية حتى الحد الأقصى كما هو مذكور في جدول المنافع.</p>
<p>8.22 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 up to a maximum limit if benefits are assured and described in the Schedule of Benefits.</p>	<p>22-8 الطب البديل. العلاج الذي لايقبل عادة في الطب في الأعراف الطبية التقليدية. التغطية محددة بالعلاج بالأعشاب، العلاج المثلي، الوخذ بالأبر، تقويم العظام، العلاج بالطب الصيني والطب الهندي التقليدي . تكون التغطية حتى الحد الأقصى إذا كانت المنفعة مؤكدة و مذكورة في جدول المنافع.</p>
<p>8.23 Optical. Benefit offers Coverage for routine vision tests, prescribed eyeglasses, frames</p>	<p>23-8 البصريات. توفر الخدمة تغطية فحص النظر الروتيني، نظارات الرؤية الموصوفة، إطارات النظارة و/أو العدسات اللاصقة. تتوفر تغطية</p>

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.

8.24 Vaccinations. Coverage is given up to the maximum limit described in the Schedule of Benefits.

8.25 Rehabilitation. Rehabilitation means a clinical program for the restoration of the health status of an Eligible Person after a hospital stay. Coverage is only given if the rehabilitation is depending on non-excluded conditions and if it is conducted in a medical facility. Coverage is given up to the maximum limit as described in the Schedule of Benefits.

8.26 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 up to a maximum limit as described in the Schedule of Benefits.

8.27 Vitamins/ Supplements, Preventive Medicines, Contraceptives and Birth Control treatments. Coverage is given up to specified limit if prescribed by a medical doctor and if benefits are assured and described in the Schedule of Benefits.

8.28 International Emergency Assistance. Coverage for International Emergency Assistance is only provided if the services are assured in Schedule of Benefits. International Emergency Assistance during business trips and holidays in a foreign country include :

- Medical Evacuation
- Emergency medical advice
- Medical referrals, inpatient case management
- Repatriation of mortal remains
- Emergency travel assistance

8.29 Pre-authorization. Pre-authorization is required for any Non-Emergency hospitalization (medical and/or surgical and/or maternity related) whether within Network or Non-Network Provider (if coverage for Non-Network-Provider is assured in Schedule of Benefits. This pre-authorization review is mainly to help the patient to:

- A. Understand their medical care choices
- B. Avoid unnecessary hospital stays and surgery
- C. Receive maximum benefits from the plan
- D. Find network providers.

The Healthcare Services requiring Pre-authorization by Daman are specified in Schedule of Benefits.

All Emergency cases do not require prior approval but should be notified to Daman within 24 hours.

هذه الخدمة اذا كانت مذكورة في جدول المنافع. لا تغطي هذه المنفعة النظارات الشمسية الموصوفة وغير الموصوفة، ما لم يتم ذكرها في جدول المنافع.

24-8 التطعيمات واللقاحات. تكون التغطية حتى الحد الأقصى كما هو مذكور في جدول المنافع.

25-8 إعادة التأهيل. إعادة التأهيل تعني برنامج سريري لاستعادة الحالة الصحية لشخص مؤهل بعد الإقامة في المستشفى. تتم التغطية فقط إذا كانت إعادة التأهيل معتمدة على حالة غير مستثناة ويتم إجراؤها في مركز طبي. تكون التغطية حتى الحد الأقصى كما هو مذكور في جدول المنافع.

26-8 العقم. يتم تغطية علاج العقم بعد عدم القدرة على الحمل بعد مرور سنة واحدة دون استعمال موانع الحمل، يجب تزويد ضمان بشهادة طبية بذلك. تكون التغطية حتى الحد الأقصى كما هو مذكور في جدول المنافع.

27-8 الفيتامينات /المواد المكملة، الطب الوقائي، موانع الحمل، ووسائل تنظيم النسل. تكون التغطية حتى الحد الأقصى إذا تم وصفها من قبل الطبيب وإذا كانت مذكورة في جدول المنافع.

28-8 خدمة المساعدة الدولية في حالات الطوارئ. لا تقدم التغطية بشأن المساعدة الدولية في حالات الطوارئ إلا إذا كانت تلك الخدمات منصوص عليها في جدول المنافع. وتقدم خدمات المساعدة في حالة الطوارئ خلال رحلات العمل والعطلات في بلد أجنبي و تتضمن الآتي:

- خدمات الإخلاء الطبية
- المشورة الطبية لحالات الطوارئ
- الإحالة الطبية، إدارة حالات الإقامة/ المبيت في المستشفى
- إعادة جثمان المتوفى إلى الوطن الأم
- المساعدة في حالة السفر الطارئ

29-8 الموافقة المسبقة. الموافقة المسبقة مطلوبة لأي علاج غير طارئ داخل المستشفى (طبي و/أو جراحي و/أو متعلق بالحمل والولادة) سواء لدى مزودي الخدمة داخل الشبكة أو خارجها (إذا كانت تغطية مزودي الخدمة من خارج الشبكة منصوص عليها في جدول المنافع). وهذه الموافقة المسبقة تهدف بشكل رئيسي لمساعدة المريض على:

- (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.

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

ا تتطلب جميع حالات الطوارئ الى موافقة مسبقة من ضمان ولكن يتعين إشعار ضمان بشأنها في غضون 24 ساعة.

<p>8.30 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>30-8 خدمات الرعاية الطبية الناجمة عن أمراض وإصابات العمل. يتم توفير التغطية على النحو المنصوص عليه في قانون العمل لدولة الإمارات العربية المتحدة وأي قوانين أو لوائح أو مراسيم أو تعاميم سارية أخرى صادرة عن السلطات المختصة في هذا الصدد.</p>
<p>8.31 Healthcare services for patients suffering from AIDS and its complications are covered up to the specified sub limit mentioned in the Schedule of Benefits.</p>	<p>31-8 خدمات الرعاية الصحية للمرضى الذين يعانون من مرض الإيدز و مضاعفاته تكون التغطية حتى الحد الأقصى المذكور في جدول المنافع.</p>
<p>8.32 Circumcision health care services are covered up to the specified sub limit as mentioned in the Schedule of Benefits.</p>	<p>32-8 خدمات الرعاية الصحية المتعلقة بالختان تكون التغطية حتى الحد الأقصى المذكور في جدول المنافع.</p>
<p>8.33 Chronic conditions requiring hemodialysis or peritoneal dialysis and related test/treatment of procedure are covered up to specified sub limit as mentioned in the Schedule of Benefits.</p>	<p>33-8 الحالات الخطرة التي تحتاج تحال الدم أو تحال الصفاق و الفحوصات المتعلقة/طريقة العلاج تكون التغطية حتى الحد الأقصى المذكور في جدول المنافع.</p>
<p>8.34 Treatment and services related to viral hepatitis and associated complication (except for treatment and services related to Hepatitis A) are covered up to specified sub limit as mentioned in the Schedule of Benefits.</p>	<p>34-8 العلاج و الخدمات المتعلقة بعلاج التهاب الكبد الفيروسي و مضاعفاته ما عدا العلاج و الخدمات المتعلقة بعلاج التهاب الكبد الفيروسي (أ) تكون التغطية حتى الحد الأقصى المذكور في جدول المنافع.</p>
<p>8.35 Annual Health Check-up. One preventive medical investigation for listed services as specified in the Schedule of Benefits.</p>	<p>35-8 الفحص الصحي السنوي. فحص وقائي طبي واحد للخدمات المدرجة ضمن جدول المنافع.</p>
<p>8.36 Fitness Classes - These include structured classes, typically conducted in groups and in a variety of settings, designed to improve Eligible Person's cardio vascular fitness, flexibility and/or strength whilst reducing the impact of stress. Fitness classes are typically delivered by one or more qualified instructors. Examples include yoga, spinning, Zumba, Aerobics and meditation.</p>	<p>36-8 فصول اللياقة البدنية - ويتضمن فصول منظمة ، و تُجرى عادة كمجموعات في فئات متنوعة، تم تصميمها لتحسين لياقة الأوعية الدموية و القلب، المرونة و/أو تعزيز القوة بينما يتم خفض حدة الضغوط النفسية. تُقدّم فصول اللياقة البدنية عادة من قبل مدرب أو أكثر من المدربين الكفؤ. ومثال على هذه الفصول: اليوغا، الدوران، الزومبا، التمارين الرياضية والتأمل.</p>
<p>8.37 Individual Sport - Individual sports are sporting activities that do not require a team or group in order to participate and in which individuals may participate independently or within a group setting. Individual sports often require sport-specific equipment and/or venue and can include recreational and competitive play or coaching. Examples: Golf, running and kayaking.</p>	<p>37-8 الرياضات الفردية - هي نشاطات رياضية فردية لا تتطلب فريق أو مجموعة لممارستها. ويمكن ممارستها الأفراد بشكل فردي أو في مجموعات. وعادةً ما تتطلب الرياضات الفردية معدات رياضية محددة و / أو مكان معين ويمكن أن تشمل الألعاب الترفيهية والتنافسية أو التدريب. أمثلة: التنس، الغولف، الجري والتجديف.</p>
<p>8.38 Team Sport - Team sports include a range of sport disciplines that require Eligible Persons to play within a team with other individuals. These sporting activities can include a variety of formats and encompass recreational and competitive play and coaching. Examples include football, volleyball, dragon boating, and cricket.</p>	<p>38-8 رياضة المجموعات - وتشمل الرياضات الجماعية مجموعة من الرياضات التي تتطلب من الأشخاص المؤهلين اللعب ضمن فريق مع أشخاص آخرين. وتأخذ الأنشطة الرياضية أشكال متنوعة وتشمل الألعاب الترفيهية والتنافسية والتدريب. ومن الأمثلة على ذلك كرة القدم والكرة الطائرة وقوارب التنين، ورياضة شد الحبل و الكريكيت.</p>
<p>8.39 Nutrition - Nutrition encompasses advice, training and theory sessions related to health and can include dietary advice, guidance on healthy eating, cooking and food groups as well as support in the areas of sports' nutrition and maternity health. Examples: dietician consultation, cooking lessons, workshops related to nutrition and healthy eating for various target</p>	<p>39-8 التغذية - وتشمل التغذية جلسات المشورة والتدريب والنظريات المتعلقة بالصحة ويمكن أن تشمل المشورة الغذائية، والتوجيه لتناول الطعام الصحي والطهي والمجموعات الغذائية فضلاً عن تقديم الدعم في مجالات إدارة التغذية الرياضية وصحة الأمومة. أمثلة: استشارة اختصاصي التغذية، والنشرات الإخبارية، دروس الطهي، وورش العمل التثقيفية المتعلقة بالتغذية والأكل الصحي لمختلف الفئات المستهدفة.</p>

<p>groups.</p> <p>8.40 Smoking Cessation - Smoking cessation includes non-clinical interventions including education, control and change in member's behaviours. Delivery may be on an individual basis or in group settings and activities can include: education seminars and lectures, personal or group counselling and providing information related to risk awareness and managing addiction.</p> <p>8.41 Education/Training - Education and training includes the delivery of information, education and training sessions to individuals, groups or organizations in areas such as fitness, nutrition or smoking cessation. Examples include first aid and CPR training, health and lifestyle education.</p> <p>8.42 Biometric Screening: Biometric screening includes non-invasive procedures measuring:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Weight • Skeletal Muscle Mass • Body Fat Mass • Body Mass Index • Target Percent Body Fat • Abdominal Obesity Degree • Fitness Score • Systolic Pressure • Diastolic Pressure <p>8.43 TeleConsultation services are covered as mentioned in the Schedule of Benefits.</p>	<p>40-8 الإقلاع عن التدخين - الإقلاع عن التدخين يشمل إجراءات التدخل غير السريرية ويتضمن التثقيف والتحكم والتغيير من سلوكيات المشترك بما في ذلك التدخين (السجائر والشيشة)، واستخدام التبغ بدون دخانويدائله . وربما تكون المبادرة على أساس فردي أو جماعي ويشمل الأنشطة: عقد ندوات تثقيفية ومحاضرات، وتقديم المشورة الشخصية أو الجماعية وتوفير المعلومات ذات الصلة بالوعي بالمخاطر وإدارة الإدمان.</p> <p>41-8 التعليم / التدريب - ويشمل تقديم دورات معلوماتية، تثقيفية وتدريبية للأفراد، والجماعات أو الشركات في نواحي مختلفة على سبيل المثال اللياقة البدنية والتغذية أو الإقلاع عن التدخين. ومن الأمثلة الإسعافات الأولية وتدريب CPR، الصحة والتثقيف الصحي و أساليب الحياة.</p> <p>42-8 فحص القياسات الحيوية – تشمل فحوصات القياسات الحيوية باستخدام أدوات طبية لا تخترق الجسم، الآتي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الوزن • كتلة العضلات والهيكل العظمي • كتلة الدهون في الجسم • مؤشر كتلة الجسم • النسبة المستهدفة الدهون في الجسم • درجة السمنة المفرطة في منطقة البطن • درجة اللياقة البدنية • الضغط الانقباضي • الضغط الانبساطي <p>43-8 خدمة الإستشارة الصحية عبر الوسائل التكنولوجية – تكون الخدمات مغطاة إذا كانت مذكورة 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 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 AUTHORIZED OR APPROVED BY Daman in accordance with the terms, conditions, limitations and exclusions of the Policy unless otherwise assured in the 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 the 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 drug prescription or outpatient claim must be submitted in original along with all related test results, itemized 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

٩-١ إسترداد المصاريف المستحقة من قبل مزودي الخدمة داخل الشبكة. يكون مزودي الخدمة داخل الشبكة مسؤولين عن تقديم طلبات سداد المصاريف المستحقة مباشرة إلى ضمان. ويتعين على الشخص المؤهل الاتصال بضمنان إذا قام مزود خدمة داخل الشبكة بإحتساب أية مصاريف إضافية خلافاً لمبلغ التحمل 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 لمطالبات مالية و سدادها لضمنان، وكذلك أية نفقات تكبدها شخص مؤهل غير مغطاة بموجب هذه 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.

٩-٢ 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 لمزودي الخدمة خارج الشبكة وذلك على نفس الأساس المتبع مع مزودي الخدمة داخل الشبكة طبقاً للبنود والشروط والاستثناءات والقيود الواردة في الوثيقة وذلك ما لم ينص على خلاف ذلك في جدول المنافع.

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

٩-٣ 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 يجب تقديم أصل الوصفة الطبية أو طلب مراجعة العيادات الخارجية مرفقة بنتائج الفحوصات المعنية وتفاصيل التكلفة وتقرير طبي محرر من قبل الطبيب المشرف على الشخص المؤهل. ويقدم طلب الإسترداد خلال 180 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 و رفض طلب إسترداد المصاريف المستحقة ما لم يكن الشخص المؤهل فاقداً أهليته القانونية.

SECTION 10 COORDINATION OF BENEFITS, SUBROGATION AND REIMBURSEMENT

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 Eligible Person agrees to cooperate with Daman in providing documentation of Benefits paid by other insurers.

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 the Insurance Company to any Eligible Person, from any third party or entity that either provides or is obligated to provide Benefits or payments to the Eligible Person.

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

القسم ١٠ تنسيق المنافع، الإحلال والإسترداد

١-١٠ تنسيق إمكانية تطبيق المنافع. يطبق بند تنسيق المنافع هذا عندما يتمتع الشخص بتغطية رعاية صحية بموجب أكثر من برنامج تغطية (بما في ذلك التغطية بموجب برنامج رعاية صحية خيري وغير ربحي أو حيث يتم توفير التغطية بموجب تفويض من الحكومة). سوف يتم تنسيق دفع المنفعة مع أية تغطية أخرى طبقاً للممارسات الإدارية القياسية لضمان. ولن يتعدى إجمالي ما يسترده الشخص المؤهل من جميع شركات التأمين قيمة النفقات المتكبدة. ويوافق الشخص المؤهل على التنسيق مع ضمان في تقديم مستندات بالمنافع التي تدفعها شركات التأمين الأخرى.

٢-١٠ الإحلال والتعويض. إن الإحلال هو عبارة عن حلول شخص ما أو جهة محل شخص أو جهة أخرى فيما يتعلق بدعوى قضائية أو مطالبة أو حق. يكون لضمان كامل الحق في استرداد القيمة المعقولة للخدمات والمنافع، المقدمة من قبل ضمان إلى الشخص المؤهل، من أي طرف ثالث أو جهة سواء كانت تقدم أو ملزمة بتقديم المنافع أو دفع الدفعات إلى ذلك الشخص المؤهل.

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

SECTION 11 GENERAL EXCLUSION

Unless otherwise specified in Schedule of Benefits, the following treatments including Medical Conditions, Items, Supplies, Procedures and all their related or consequential expenses are excluded under this Policy unless :

- a) Health Services, which are not medically necessary.
- b) In case a 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.
- c) All expenses relating to dental treatment, dental prostheses and orthodontics unless otherwise specified in the Schedule of Benefits.
- 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, unless otherwise specified in the Schedule of Benefits,
- 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.
- 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.
- 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
- h) Health Services and associated expenses for Experimental, Investigational or Unproven Services, Treatments, Devices and Pharmacological Regimens. The fact that an

القسم ١١ الإستثناءات العامة

العلاجات التالية بما في ذلك الحالات، والمواد والتجهيزات والإجراءات الطبية وكافة المصاريف المتعلقة بها واللاحقة لها ذات العلاقة مستثناة من هذه الوثيقة، ما لم يذكر بخلاف ذلك في جدول المنافع.

- (أ) الخدمات الصحية، التي لا تكون ضرورية طبياً.
- (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 من قبله 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 في تعديل آخر من ضمان.
- (ج) كافة المصاريف ذات العلاقة بعلاج الأسنان، أطقم الأسنان وتقويم الأسنان، ما لم يذكر بخلاف ذلك في جدول المنافع.
- (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)، ما لم يذكر بخلاف ذلك في جدول المنافع.
- (هـ) بنود وخدمات الطمأنينة والراحة الشخصية على سبيل المثال لا الحصر، التلفزيون، الهاتف، خدمة الحلاقة أو التجميل، خدمة الضيوف والخدمات والتجهيزات التابعة المماثلة.
- (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.
- (ز) الخدمات الصحية والمصاريف العائدة للعلاج الجراحي، غير الجراحي أو الطبي للسمنة (بما في ذلك السمنة المرضية)، أية برامج، خدمات أو تجهيزات أخرى لضبط الوزن.
- (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

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.	المثبتة، العلاجات، الأجهزة وأنظمة العلاج بالعقاقير هي العلاج الوحيد المتوفر لحالة محددة لن يؤدي إلى تغطيتها إذا ما تم اعتبار الإجراء تجريبي، استقصائي أو غير مثبت في علاج تلك الحالة المحددة.
i) Any Health Services and associated expenses for alopecia, baldness, hair falling, dandruff, wigs, or toupees.	ط) أية خدمات صحية ومصاريف ذات صلة بالصلع الموضعي، الصلع، تساقط الشعر، قشرة الرأس، أو الشعر المستعار.
j) Services and supplies for smoking cessation programs and the treatment of nicotine addiction.	ي) الخدمات والتجهيزات الخاصة ببرامج وقف التدخين وعلاج الإدمان على النيكوتين.
k) Non-Medically Necessary amniocentesis. Health Services and associated expenses for sex transformation operations, voluntary sterilization and for reversal of sterilizations. Contraceptive supplies or services. All services related to fertility/infertility and sexual dysfunction.	ك) فحوصات السائل الأمنيوسي غير الضرورية طبياً. الخدمات الصحية والمصاريف ذات الصلة بعمليات تحويل الجنس، العقم الطوعي أو التخلص من وسائل العقم. تجهيزات أو خدمات منع الحمل. جميع الخدمات ذات العلاقة بالخصوبة/عدم الخصوبة والعجز الجنسي.
l) Prosthetic Devices and Durable Medical Equipment unless approved by Daman.	ل) الأجهزة و الأعضاء الاصطناعية والأجهزة الطبية الدائمة، ما لم يتم اعتمادها من قبل ضمان.
m) All cost relating to below mentioned hazardous activities; 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	م) كافة التكاليف العائدة للنشاطات الخطرة 1. المشاركة في أي نوع من سباقات السيارات، الراليات أو المنافسات 2. نشاطات التسلق (تسلق الجبال، تسلق الصخور، قطع الأودية) 3. وأية نشاطات رياضية مهنية
n) All expenses related to hearing and sight correction tests, audiovisual aids and optometry unless otherwise specified in the Schedule of Benefits,	ن) كافة المصاريف المتعلقة بفحوص السمع وتصحيح البصر، والوسائل المساعدة للرؤية والسمع وفحص العين بمقياس البصر. ما لم يذكر بخلاف ذلك في جدول المنافع.
o) Growth hormone therapy unless medically necessary.	س) العلاج بهورمون النمو ما لم يكن ضروري طبيًا.
p) 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.	ع) العمليات البحرية أو العسكرية للقوات المسلحة أو القوات الجوية والمشاركة في العمليات التي تتطلب استخدام السلاح أو المطلوب تنفيذها بأمر من السلطات العسكرية لمكافحة الإرهاب، الثوار والعمليات المماثلة.
q) 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 nationalization by order of any public or local government or authority; any act of a person acting in the name of or in connection with any organization whose activities aim to overturn a de jure or de facto government violently.	ف) 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 بأية منظمات تهدف تصرفاتها إلى قلب نظام الحكم القائم الفعلي أو القانوني بالقوة.
r) Nuclear risks: e.g. exposure to nuclear energy (nuclear reactions, radiation, contamination) or nuclear waste of any type or chemical contamination.	ص) المخاطر النووية: مثل التعرض للطاقة النووية (التفاعلات، الإشعاع، التلوث النووي) أو المخلفات النووية أيا كان نوعها أو التلوث الكيميائي.
s) Natural perils such as but not limited to avalanches, earthquake, volcanic eruptions, tsunamis, hurricanes, tornados or any other kind of natural hazard;	ق) الكوارث الطبيعية: على سبيل المثال لا الحصر الفيضانات، الهزة الأرضية، البراكين، التسونامي، الأعاصير، العواصف وأي نوع آخر من المخاطر الطبيعية.

<p>t) 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 organization(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>ر) أي عمل إرهابي. لغرض الإيضاح، فإن العمل الإرهابي يعني، على سبيل المثال دون حصر- بالقوة و/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، عرقية، أو عرقية أو أسباب تتضمن النية للتأثير على أي حكومة و/أو وضع الجمهور، أو أي جزء منه، في حالة رعب.</p>
<p>u) Criminal act of an Eligible Person, violation or attempted violation of law and resistance to lawful arrest or any resultant imprisonment.</p>	<p>ش) العمل الإجرامي من جانب شخص مؤهل، خرق أو محاولة خرق القانون ومقاومة الاعتقال القانوني أو أي سجن ناتج عن ذلك.</p>
<p>v) Mental Health diseases, including pharmaceuticals, in-patient and out-patient treatments, unless it is a transient mental disorder or an acute reaction to stress unless otherwise specified in Schedule of Benefits.</p>	<p>ت) أمراض الصحة العقلية، بما في ذلك الأدوية، العلاج في المستشفى والعيادات الخارجية، ما لم يكن إضطراب عقلي عابر أو ردة فعل حادة على حالة ضغط. ما لم يذكر بخلاف ذلك في جدول المنافع.</p>
<p>w) Outpatient prescribed or non-prescribed medical supplies including but not limited to elastic stockings, ace bandages, gauzes, 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)</p>	<p>ث) التجهيزات الطبية الموصوفة أو الغير 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 مغطاه في حال كانت جزء من العلاج الطارئ المقدم من قبل مزود الخدمات الصحية).</p>
<p>x) All preventive cares, including vaccinations, immunizations, allergy testing & desensitization; any physical, psychiatric or psychological examinations or testing during these examinations.</p>	<p>خ) كل الرعاية الوقائية، بما في ذلك التطعيمات، التحصين ضد الأمراض، فحص الحساسية وإزالة الحساسية؛ أية فحوص جسمانية، عقلية أو نفسية أو اختبارات يتم إجراؤها خلال هذه الفحوصات.</p>
<p>y) Enteral Feeding ((infusion formulas via a tube into the upper gastrointestinal tract) and other nutritional and electrolyte supplements, unless Medically Necessary during treatment.</p>	<p>ذ) 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>z) 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) unless otherwise specified in the Schedule of Benefits.</p>	<p>ض) 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). ما لم يذكر بخلاف ذلك في جدول المنافع.</p>
<p>aa) Acupuncture; acupressure; hypnotism, rolfing; aromatherapy; homeopathic treatments; homeopathic drugs; spa treatments, relaxing massages and other forms of alternative treatment unless otherwise specified in the Schedule of Benefits.</p>	<p>ظ) المعالجة بالوخز بالإبر؛ المعالجة بالضغط؛ التنويم المغناطيسي؛ علاج العضلات بالمساج؛ العلاج بالعطور بالشذا؛ العلاج المثلي؛ الأدوية المثلية؛ العلاج بالمياه المعدنية؛ التدليك والأشكال الأخرى من العلاج البديل. الا اذا كانت مذكورة في جدول المنافع.</p>
<p>bb) Health Services and associated expenses for In-Vitro Fertilization (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>غ) 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>

cc) 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, photo keratectomy or laser surgery unless otherwise specified in the Schedule of Benefits.	أ) الجراحة الاختيارية غير المتصلة بالحوادث لتصحيح أخطاء الإنكسار و/أو تحسين الرؤية (نوعية أو كمية) على سبيل المثال لا الحصر، علاج القرنية بالأشعة، علاج القرنية بالتصوير أو الجراحة بالليزر ما لم يذكر بخلاف ذلك في جدول المنافع.
dd) Nasal septum deviation; nasal concha resection (unless non cosmetic, medically necessary or post traumatic).	ب) إنحراف جدار الأنف؛ إستئصال محارة الأنف (إلا إذا كانت غير تجميلية أو ضرورة طبية أو بعد حدوث إصابة).
ee) All chronic conditions requiring hemodialysis or peritoneal dialysis, and related test/treatment or procedure unless otherwise stated in Schedule of Benefits.	ج) كل الحالات المزمنة التي تتطلب دليزة الدم أو دليزة الصفاق، والفحص/العلاج أو الإجراءات ذات العلاقة. ما لم يذكر بخلاف ذلك في جدول المنافع.
ff) Any Health Services and associated expenses for HIV, AIDS and all related medical conditions; after confirming diagnosis.	د) أي من الخدمات الصحية والمصاريف ذات الصلة بعلاج فيروس نقص المناعة المكتسبة الإيدز وكل الحالات الطبية ذات العلاقة؛ بعد تأكيد التشخيص.
gg) All cases resulting from alcoholism, use of drugs & hallucinatory substances.	هـ) كل الحالات الناجمة عن الإدمان على الكحول، إستخدام المخدرات ومواد الهلوسة.
hh) All cases related to viral hepatitis & associated complications except hepatitis A unless otherwise specified in the Schedule of Benefits.	و) كافة الخدمات ذات الصلة بالتهاب الكبد الفيروسي ومضاعفاته، باستثناء التهاب الكبد أ. ما لم يذكر بخلاف ذلك في جدول المنافع.
ii) Birth defects, hereditary defects and sicknesses, Congenital diseases for newborn and/or deformities unless representing a life threat or otherwise specified in the Schedule of Benefits.	ز) عيوب الولادة، العيوب والأمراض الوراثية، التشوهات الخلقي و/أو التشوهات ما لم تشكل تهديدا على الحياة أو مالم يذكر بخلاف ذلك في جدول المنافع.
jj) Senile dementia and Alzheimer's disease.	ح) خرف الشيخوخة ومرض الزهايمر.
kk) Air ambulance transportation and terrestrial transportation in non-emergency cases or by non-licensed ambulance services.	ط) النقل بالإسعاف الجوي بشكل عام والنقل البري في حالات غير الطوارئ أو خدمات الإسعاف غير المرخص.
ll) All cases related to Maternity in respect of unmarried females.	ي) كل الحالات ذات العلاقة بالحمل والولادة بالنسبة للإناث غير المتزوجات.
mm) Any test and/or treatment not required by a medical Physician, unless otherwise specified in the Schedule of Benefits.	ك) أي فحص و/أو علاج غير مطلوب من قبل الطبيب، ما لم يذكر بخلاف ذلك في جدول المنافع.
nn) All cases requiring non-emergency In-Hospital treatment/services, which have not been approved by the Company prior to admission.	ل) كل الحالات التي تحتاج إلى علاج/خدمات غير طارئة في المستشفى، والتي لم يتم إعتمادها من قبل ضمان قبل الدخول إلى المستشفى.
oo) Any In-Hospital treatment, tests, and other procedures, which can be carried out on Out-of-Hospital basis without jeopardizing the Insured's health.	م) أي علاج، فحوصات وإجراءات أخرى في المستشفى، والتي يمكن القيام بها خارج المستشفى دون تعريض صحة الشخص المؤمن عليه للخطر.
pp) All cases requiring emergency In-Hospital treatment/services, which have not been notified to the Company within 24 hours from admission.	ن) كل الحالات التي تحتاج إلى علاج/خدمات طارئة في المستشفى، والتي لم يتم إبلاغ ضمان عنها خلال 24 ساعة من دخول المستشفى.
qq) 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 unless otherwise specified in the Schedule of Benefits.	س) 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. مالم يذكر بخلاف ذلك في جدول المنافع.

<p>rr) Any pharmaceutical products, which are not, considered as specific treatment for a particular disease and/or not prescribed by an approved Physician.</p>	<p>عع) أية منتجات أدوية، والتي لا تعتبر علاج محدد لمرض معين و/ أو غير موصوفة من قبل طبيب معتمد.</p>
<p>ss) All substances which are not considered as medicines such as but not restricted to mouthwash, toothpaste, lozenges, antiseptics, milk formulas, skin care products, shampoos and vitamins (unless prescribed as replacement therapy for known 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>فف) 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 تقوس القدم، بنود / خيارات الراحة، أجهزة التمارين والتجهيزات الصحية.</p>
<p>tt) 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 doctor & the referral if medically justified.</p>	<p>صص) 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 طبياً.</p>
<p>uu) Lesions resulting from attempted suicides or self-infliction.</p>	<p>قق) الأضرار الناجمة عن محاولات الإنتحار أو إيذاء الذات.</p>
<p>vv) Officially (WHO and/or National Law) recognized epidemics/pandemics.</p>	<p>رر) الأوبئة المعترف بها رسمياً (منظمة الصحة العالمية و/أو القانون المحلي).</p>
<p>ww) Complications directly arising from services not covered.</p>	<p>شش) المضاعفات الناجمة مباشرة عن الخدمات غير المغطاة.</p>
<p>xx) All kind of educational programs and/or learning disabilities, treatments unless otherwise specified in the Schedule of Benefits.</p>	<p>تت) كل أنواع البرامج التعليمية و/أو علاج حالات عدم القدرة على التعلم، ما لم يذكر بخلاف ذلك في جدول المنافع.</p>
<p>yy) Treatment of venereal diseases transmitted by intercourse as medically accepted unless otherwise specified in the Schedule of Benefits,</p>	<p>ثث) معالجة مختلف الأمراض المنقولة جنسياً حسب الطرق المقبولة طبياً. ما لم يذكر بخلاف ذلك في جدول المنافع.</p>
<p>zz) Expenses for the acquisition of an organ including, but not limited to, Donor search, typing, transport and administration costs.</p>	<p>خخ) المصاريف للحصول على الأعضاء على سبيل المثال لا الحصر- البحث عن متبرع والتطابق وتكاليف النقل والعملية.</p>
<p>aaa) 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>ذذ) عمليات زرع الأعضاء أو الأنسجة وذلك عندما:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. يكون الشخص متبرعاً لطرف ثالث. 2. تكون عملية النقل لغرض تجريبي استقصائي أو لخدمة غير معتمدة و/أو لأغراض البحث والدراسة. 3. عندما تكون عملية النقل ضرورية كنتيجة لتشمع كبدي كحولي المنشأ. 4. أن تكون الأعضاء أو الأنسجة ذات طبيعة جينية حيوانية أو ميكانيكية أو مؤقتة
<p>bbb) Any transportation costs in case of a treatment abroad for non-emergency cases unless specified in Schedule of Benefits.</p>	<p>ضض) كافة مصاريف النقل وذلك في حالة العلاج في الخارج أو في غير الحالات الطارئة مالم يذكر بخلاف ذلك في جدول المنافع.</p>

SECTION 12 SPECIAL CONDITIONS

القسم ١٢ شروط خاصة

12.1 **Deductible/Co-Insurance.** The Schedule of Benefits (1) Outline the Deductible and/or Co-insurance that an Eligible Person is required to pay for Health Services (2) describes any maximum Benefit that may apply. Health Services Covered under the Policy is described in Section 8, "Covered Health Services."

١-١٢ **التحمل/نسبة التحمل.** يوضح جدول المنافع (١) مبلغ التحمل و/ أو نسبة التحمل المطلوب من الشخص المؤهل دفعها عن الخدمات الصحية (٢) وكذلك الحد الأقصى للمنفعة. ويبين القسم 8 "الخدمات الصحية المغطاة" الخدمات الصحية المغطاة بموجب هذه الوثيقة.

12.2 The Insurance Company is responsible for interpreting the Benefits Covered under the Policy and the other terms, conditions, limitations and exclusions set out in the Policy and in making factual determinations related to the Policy and its Benefits.

2-12 الشركة هي المسؤولة عن تفسير الخدمات المغطاه ضمن هذه الوثيقة و عن تفسير كافة البنود، الشروط والإستثناءات المبينة في الوثيقة و أية قرارات واقعية لها علاقة بالوثيقة و منافعها.

SECTION 13 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 pro-rata (for groups more than 10 Primary Insured) or on short term calculations (for groups of 10 Primary Insured and below, where medical underwriting is applicable) based on the following monthly computations:

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 13 أسترداد القسط

في حالات الإنهاء المنصوص عليها في البند 3-1 من الوثيقة، يتم إسترداد القسط بطريقة حسابية قصيرة الأجل على أساس الحسابات الشهرية المذكورة أدناه.

استرداد أقساط التأمين المتعلقة بأي إلغاء معتمد يتم حسابه على حسابات النسبة والتناسب (للمجموعات المكونة من أكثر من 10 أشخاص مؤمن عليهم رئيسيين) أو قصيرة الأجل (للمجموعات المكونة من 10 أشخاص مؤمن عليهم رئيسيين أو أقل، حيث يطبق الإكتتاب الطبي) على أساس الحسابات الشهرية التالية:

تاريخ الإنهاء: من تاريخ سريان المفعول ولغاية	قسط التأمين المسترد %
اليوم 30	77%
اليوم 60	68%
اليوم 90	60%
اليوم 120	52 %
اليوم 150	43%
اليوم 180	35%
اليوم 210	27%
اليوم 240	18%
اليوم 270	10%
اليوم 300	2%
اليوم 301- 365	0%