



TOKIOMARINE
NICHIDO

بوليصة تأمين فردية

القسم أ

المقدمة:

تهدف هذه الوثيقة إلى شرح الغرض الأساسي من بوليصة التأمين؛ حيث تتضمن شرحًا لنطاق الشمول العام وقائمة بالاستثناءات العامة وتفصيل الشروط والأحكام العامة وبعض التعاريف للكلمات أو العبارات الأكثر استخدامًا.

يقوم الغرض العام من بوليصة التأمين الماثلة على توفير تغطية للمستفيدين المؤهلين لتغطية النفقات المعقولة العادية التي يتكبدها خلال العلاج الطبي الضروري للحالات الطبية والإصابات الجسدية وفقًا لبنود بوليصة التأمين الماثلة وشروطها بحسب ما هو متفق عليه مع حامل البوليصة.

هذا وتعد شركة نيكست كير Nextcare المسؤول المعين الذي يقدم خدمات إدارية معينة نيابة عن شركة التأمين وتوجيه منها.

عند النظر في الدفع أو الاتفاق على دفع قسط التأمين، وعلى أساس الطلب والبيانات التي أدلى بها حامل البوليصة في استمارة الطلب (الطلبات) الأولى، وورهنًا بشروط وأحكام بوليصة التأمين الماثلة وأي ملحق يشكل جزءًا منها، تتفق شركة التأمين مع حامل البوليصة وتضمن تقديم المزايا والخدمات والمصروفات ذات الصلة التي يتحملها كل مستفيد على النحو المنصوص عليه في بوليصة التأمين الماثلة.

تحديد العقوبات وبنود الإقصاء:

لا تُعتبر أي شركة (إعادة) تأمين غطاءً، ولا تتحمل شركة (إعادة) التأمين مسؤولية دفع مقابل أي مطالبة أو تقديم أي منفعة بموجب هذه الاتفاقية إلى الحد الذي يؤدي فيه توفير هذا الغطاء أو دفع هذه المطالبة أو تقديم هذه المنفعة إلى تعريض شركة (إعادة) التأمين إلى أي جزاء أو حظر أو تقييد بموجب قرارات الأمم المتحدة أو العقوبات أو القوانين أو اللوائح التجارية أو الاقتصادية للاتحاد الأوروبي أو المملكة المتحدة أو الولايات المتحدة الأمريكية.

يعني قبول واستخدام بطاقة (بطاقات) الدخول تلقائياً قبول جميع الشروط والأحكام والقيود والاستثناءات من هذه البوليصة.

صاحب البوليصة

شركة التأمين

ملحوظة: خلال بوليصة التأمين الماثلة، يُعتبر الجنس المذكور شاملاً المؤنث، والمفرد يشمل المؤنث، والمفرد يشمل الجمع والجمع يشمل المفرد.

القسم ب

نطاق التغطية العام

المستفيدون داخل المستشفيات:

1 المنفعة الأساسية:

ينطبق هذا الشمول وفقاً لجدول المزايا المطبق في حالة الحالات غير المستثناة من الحالات الطبية أو الإصابات الجسدية التي تتطلب دخول المستشفى والاستشفاء النهاري أو كليهما والطوارئ أو كليهما في خدمات المستشفى.

يجب الحصول على موافقة مسبقة على جميع المزايا داخل المستشفى، وفي حالة الطوارئ، يتنازل عن هذا، غير إنه يجب طلب الموافقة في غضون 24 ساعة من القبول.

تشمل هذه الميزة التكاليف الطبية التالية المتكبدة أثناء العلاج في المستشفى على النحو التالي:

- الإقامة والمأكل وفقاً لدرجة الإقامة في المستشفى بحسب ما هو محدد في جدول المزايا.
- وحدة العناية المركزة وعلاج أمراض الشريان التاجي.
- أجر الجراح وطبيب التخدير.
- خدمات المستشفى (الجراحة ومسرح العمليات والتخدير والصيدلة والمعامل والأشعة... إلخ).
- استخدام معدات المستشفيات الطبية (مثل أنظمة دعم القلب والرئة، إلخ).
- سوائل الحقن الوريدي والحقن... إلخ.
- الاختبارات التشخيصية والمخبرية والأشعة السينية ومخططات رسم القلب والمسح الضوئي وما إلى ذلك (تتعلق فقط بالسبب الأصلي للاستشفاء المشمول).

- العلاجات المختلفة التي تتضمن العلاج الطبيعي والعلاج الكيميائي والعلاج الإشعاعي، إلخ.
- استشارة الطبيب وغيره في المستشفيات المتخصصة المتعلقة بالسبب الأصلي للاستشفاء المشمول.
- خدمات الأمومة للمرضى المقيمين داخل المستشفى على النحو المحدد في جدول المزايا.
- خدمة مستقبلي زراعة الأعضاء:
- خدمات الإسعاف، إذا كانت ضرورية طبيًا.
- مصاريف الإقامة والمأكل ومرافق المستشفى الذي يقل عمره عن 16 عامًا.
- تكلفة الإقامة للشخص الذي يرافق المريض المقيم في الغرفة نفسها في حالات الضرورة الطبية بناءً على توصية الطبيب المعالج وبعد الموافقة المسبقة من شركة التأمين التي تقدم التغطية.
- خدمات العلاج النفسي في حالات الطوارئ الصحية.
- تغطي تكاليف العودة إلى الوطن لنقل الرفات إلى البلد المنشأ، على النحو المحدد في جدول المزايا، في حالة وفاة المستفيد بعد دخوله المستشفى بسبب إصابة جسدية أو مرض غير مستثنى.

المستفيدون خارج المستشفيات:

1. استشارات الطبيب:

تقدم التغطية المحددة فيما يلي بالتزامن مع جدول المزايا على النحو التالي:

- الفحوصات التشخيصية.
- الأدوية.
- العلاج الطبيعي.

في حالة الحالات غير المستثناة من الحالات الطبية أو الإصابات الجسدية التي تتطلب حضور الطبيب والفحوصات التشخيصية والأدوية أو كليهما والعلاج الطبيعي أو كليهما، تمثل هذه المنفعة رسوم

الاستشارة غير القابلة للتعويض، كما هو محدد في الجداول. وتكون استشارة المتابعة خلال 7 أيام من أول استشارة تتعلق بالحالة الطبية نفسها من الطبيب نفسه مجانية.

2 الفحوصات والإجراءات التشخيصية:

تسري هذه التغطية وفقاً لجدول المزايا في حالة الحالات غير المستثناة التي تتطلب إجراء فحوصات تشخيصية لا تتطلب الحجز في المستشفى، وفقاً لما يحدده الطبيب والمعتمد في شركة نيكست كير باعتبارها ضرورة طبية. هذا ويجب الحصول على موافقة مسبقة لبعض الفحوصات والإجراءات التشخيصية. وللدخول المجاني، سيتم البدء بالمطالبات وطلبات الموافقة من موفر الشبكة إلى شركة نيكست كير.

تشمل هذه التغطية خدمات مثل:

- إجراءات القلب والأوعية الدموية التي تشمل ما يلي:
 - التخطيط الكهربائي للقلب.
 - اختبار إجهاد القلب والأوعية الدموية.
 - متابعة التخطيط الكهربائي للقلب.
 - تخطيط القلب الكهربائي متعادل الإشارات SAECG، باستثناء تكاليف أي جهاز.
 - المسح النووي.
 - تصوير الأوعية الدموية.
- التصوير الطبي ويشمل:
 - الأشعة السينية.
 - تخطيط صدى القلب (يتضمن ضربات القلب دوبلر).
 - الأشعة المقطعية.

➤ التصوير بالرنين المغناطيسي.

- المعامل.
- تحاليل الدم.
- الفحص المجهرى.

3. الأدوية:

تطبق هذه التغطية بما يتوافق مع نطاق التغطية المعمول به (المادة 4) وبحسب ما هو محدد في الجدول في حالة الحالات غير المستثناة التي تتطلب معالجة دوائية. ويتكون العلاج الدوائي من جميع الأدوية المعترف بها من وزارة الصحة في الإمارات العربية المتحدة على أنها وصفات دوائية (إخلافية فقط) وفقاً لما أقرته لجنة التنسيق الوطنية NCC باعتباره ضرورة طبية.

يجب الحصول على موافقة مسبقة على بعض الوصفات على أساس طبيعة الأدوية وتكلفة المطالبة. وسيتم بدء طلب الموافقة من صيدليات الشبكة إلى شركة نيكست كير.

4. العلاج الطبيعي:

تطبق هذه التغطية كما هو محدد في جدول المزايا. وتخضع جلسات العلاج الطبيعي وفقاً لما يحدده الطبيب المعالج لأقصى عدد من الجلسات بحسب ما هو محدد في جدول المزايا. هذا ويتم بدء طلب الموافقة من صيدليات الشبكة إلى شركة نيكست كير.

5. الخدمات الوقائية واللقاحات والتطعيمات:

إذا وقع الاختيار*، تطبق هذه التغطية على العلاجات الاختيارية فقط حسب ما هو موضح في جدول المزايا.

* التغطية إلزامية من هيئة الصحة في دبي.

6. علاجات الصحة العقلية الاختيارية والعلاجات النفسية:

إذا وقع الاختيار، تطبق هذه التغطية على العلاجات الاختيارية فقط حسب ما هو موضح في جدول المزايا.

7. علاجات الطب البديل:

إذا وقع الاختيار، تطبق هذه التغطية على العلاجات المتعلقة بعلاجات أمراض العظام والعلاج بتقويم العمود الفقري والمعالجة المثلية والعلاج بالإبر الصينية وعلاجات الأيورفيدا والعلاجات العشبية فقط حسب ما هو موضح في جدول المزايا.

8. إجراءات ثانوية:

تطبق هذه التغطية على الإجراءات الثانوية التي تتم على أساس العيادات الخارجية. هذا وتتطلب جميع الإجراءات الثانوية موافقة مسبقة من شركة نيكست كير.

المستفيدون من تأمين الأمومة:

تطبق هذه التغطية وفقاً للشروط والأحكام العامة لبوليصة التأمين الماثلة وحسب ما هو محدد في جدول المزايا، في حالة الحالات غير المستثناة المتعلقة بالحمل والولادة.

مزايا الأمومة للمرضى المقيمين في المستشفى:

توفر هذه الميزة تغطية لجميع رسوم الاستشفاء لحالات الولادة وأي مضاعفات أو كليهما تتضمن الحالات غير المتعلقة بالولادة التي قد تنشأ قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها بحدود مالية على النحو المحدد في جدول المزايا التي يتم تكبدها داخل المكان نطاق التغطية.

مزايا الأمومة للمرضى خارج المستشفى:

تغطي هذه الميزة حتى الحد المالي حسب هو محدد في جدول المزايا.

توفر هذه الميزة تغطية للخدمات الخارجية التالية للرعاية السابقة للولادة وما بعدها:

- استشارات الطبيب.
- الفحوصات التشخيصية.
- الأدوية.

القسم ج

استثناءات عامة:

تهدف بوليصة التأمين الماثلة إلى توفير تغطية للنفقات المتكبدة على العلاج الطبي للحالات الطبية أو الإصابات الجسدية التي يعتبرها الطبيب المعالج وطبيب لجنة التنسيق الوطنية NCC ضرورة طبية التي تغطى بموجب شروط وأحكام بوليصة التأمين.

تحال قائمة الاستبعاد المؤهلة إلى جدول المزايا المرفق طيه.

لا تغطي بوليصة التأمين الماثلة، من بين أشياء أخرى، المصروفات الناشئة تغطية مباشرة أو غير مباشرة عما يلي:

استبعاد هيئة الصحة في دبي (DHA) والإمارات الشمالية وخارج الإمارات العربية المتحدة:

1. خدمات الرعاية الصحية التي ليس لها أهمية طبية.
2. جميع النفقات المتعلقة بمعالجة الأسنان والأطراف الاصطناعية للأسنان وعلاجات تقويم الأسنان باستثناء الحالات الطارئة (لن تغطى العلاجات الاختيارية إلا إذا اختيرت "مزايا طب الأسنان" كاملة حسب ما هو محدد في جدول المزايا).
3. التمريض المنزلي؛ التمريض الخاص والرعاية من أجل السفر.
4. الرعاية الحضانية وتشمل:
5. خدمات العلاج غير الطبي.
6. الخدمات المرتبطة بالصحة التي لا تسعى للتحسين أو التي لا تؤدي إلى تغيير في الحالة الطبية للمريض.
7. الخدمات التي لا تحتاج إلى إدارة مستمرة من أفراد طبيين متخصصين.
8. عناصر الراحة والرفاهية الشخصية (كالتلفزيون والحلاق أو خدمة التجميل وخدمة الضيف والخدمات واللوازم العرضية المماثلة).

9. جميع خدمات الرعاية الصحية التجميلية والخدمات المرتبطة باستبدال زراعة الثدي القائمة؛ حيث تتم تغطية العمليات التجميلية المرتبطة بالإصابة أو المرض أو العيب الخلقي عندما يكون الغرض الأساسي هو تحسين الأداء الفسيولوجي للجزء المعني من الجسم وإعادة بناء الثدي بعد استئصاله بسبب السرطان.
10. علاج السمنة الجراحي وغير الجراحي (بما في ذلك السمنة المرضية) وأي برامج أو خدمات أو معدات أخرى لمراقبة الوزن.
11. الخدمات الطبية المستخدمة من أجل البحث والتجارب غير المعتمدة طبيًا والفحوصات وأنظمة تخفيض الوزن الدوائي.
12. خدمات الرعاية الصحية التي لا يؤديها مقدمو خدمات الرعاية الصحية المعتمدون.
13. خدمات الرعاية الصحية والنفقات المرتبطة بها لعلاج الثعلبية والصلع وتساقط الشعر وقشرة الرأس أو الشعر المستعار.
14. الخدمات الصحية واللوازم لبرامج الإقلاع عن التدخين وعلاج إدمان النيكوتين.
15. أي تحقيقات أو اختبارات أو إجراءات تجرى بغرض استبعاد أي تشوه في الجنين.
16. علاج منع الحمل وخدماته.
17. علاج وخدمات التحول الجنسي أو التعقيم أو العلاج والخدمات الرامية إلى تصحيح حالة العقم أو انعدام الخصوبة أو العجز الجنسي. ولا يُسمح بالتعقيم إلا إذا أُشير إليه طبيًا وإذا كان مسموحًا به بموجب القانون.
18. الأجهزة التعويضية الخارجية والمعدات الطبية.
19. العلاجات والخدمات الناشئة عن أنشطة خطيرة، وتشمل على سبيل المثال لا الحصر؛ أي شكل من أشكال الطيران الجوي أو أي نوع من سباق السيارات والرياضات المائية وأنشطة ركوب الخيل وأنشطة تسلق الجبال والرياضات العنيفة مثل الجودو والملاكمة والمصارعة والقفز بالجبال وأي أنشطة رياضية محترفة.
20. علاج هرمون النمو.
21. التكاليف المرتبطة باختبارات السمع أو تصحيح الرؤية أو أجهزة الأطراف الاصطناعية أو أجهزة السمع والبصر.
22. أمراض الصحة العقلية سواء العلاجات داخل المستشفى أو خارجها، ما لم تكن حالة طارئة.
(لن تغطي العلاجات الاختيارية إلا إذا اختيرت "المنفعة النفسية" بالكامل حسب ما هو محدد في جدول المنفعة).

23. لوازم علاج المرضى (تشمل على سبيل المثال: الجوارب المرنة والأربطة الضاغطة والشاش والحقن وشرائط اختبار السكري وما شابه ذلك من المنتجات مثل؛ الأدوية والعلاجات بدون وصفة طبية باستثناء اللوازم المطلوبة نتيجة لخدمات الرعاية الصحية المقدمة أثناء حالة الطوارئ الطبية.
24. اختبار الحساسية وتبيدها (باستثناء اختبار الحساسية تجاه الأدوية والمستلزمات المستخدمة في العلاج)؛ وأي فحوصات أو تحقيقات جسدية أو نفسية أو عقلية أثناء هذه الفحوصات.
25. الخدمات التي يقدمها أي مزود طبي قريب للمريض مثل الشخص المؤمن عليه أو أقارب الدرجة الأولى.
26. التغذية المعوية (عن طريق أنبوب) وغيرها من المكملات الغذائية والكهارل، ما لم تكن ضرورية طبيًا أثناء العلاج داخل المستشفى.
27. خدمات الرعاية الصحية لتعديل خلع العمود الفقري.
28. خدمات الرعاية الصحية والعلاج بالوخز بالإبر؛ العلاج بالابر والتنويم المغناطيسي والعلاج بالتدليك والعلاج بالعطر والعلاج بالأوزون والعلاجات المثلية وجميع أشكال العلاج بالطب البديل. (لن تغطي العلاجات الاختيارية إلا إذا اختيرت "منفعة الطب البديل" بالكامل حسب ما هو محدد في جدول المنفعة).
29. جميع خدمات الرعاية الصحية والعلاجات للتخصيب داخل المختبر (IVF) ونقل الأجنة؛ نقل البويضة والحيوانات المنوية.
30. خدمات التشخيص الاختيارية والعلاج الطبي لتصحيح الرؤية. (لن تغطي العلاجات الاختيارية إلا إذا اختيرت "المنفعة البصرية" بالكامل حسب ما هو محدد في جدول المنفعة).
31. انحراف الحاجز الأنفي واستئصال الخثارة الأنفية.
32. جميع الحالات المزمنة التي تتطلب غسيل الكلى أو غسيل الكلى البريتوني والفحوصات أو العلاجات أو الإجراءات ذات الصلة.
33. خدمات الرعاية الصحية والفحوصات والعلاجات المتعلقة بالتهاب الكبد الفيروسي والمضاعفات المرتبطة به باستثناء العلاج والخدمات المتعلقة بالتهاب الكبد A.
34. العيوب الخلقية والحالات الخلقية أو الوراثية وتشمل على سبيل المثال لا الحصر: الأمراض العصبية واضطراب نقص الانتباه وتأخر النمو وصعوبات التعلم. يتنازل عن هذا الاستثناء للأطفال حديثي الولادة المؤهلين أو الأطفال المتبنون حديثًا ممن يقع تاريخ ميلادهم أو تاريخ التبني الرسمي بعد تاريخ سريان البوليصة الأولية، فقط فيما يتعلق بالحالات التالية التي يمكن تصحيحها عن طريق الجراحة على النحو التالي:
- الفتق والكيس الدرقي وتضيق البواب وارتداد البول وداء الارتداد المعدي المريئي والمبال فوقاني والمبال التختاني والإكشاف المثاني والإنقلاب من أسفل البطن والصمامات الإحليلية الخلفية وتوسع الحالب واستسقاء الكلية والموصل الحالي الحويضي وفتق الحجاب الحاجز ورتق المريء والفتق السري ورتق

الانثى عشر ورتق المعاء والعيوب الخلقية.

35. خدمات الرعاية الصحية لمرض خرف الشيخوخة والزهايمر.
36. الإجلاء الطبي الجوي أو الأرضي وخدمات النقل غير المصرح بها.
37. العلاج المتلقي داخل المستشفى بدون موافقة مسبقة من شركة التأمين ويشمل حالات الطوارئ الطبية التي لم يرسل إخطارًا بشأنها في غضون 24 ساعة من تاريخ القبول.
38. أي علاجات داخل المستشفى أو فحوصات أو غيرها من الإجراءات من التي يمكن إجراؤها في العيادات الخارجية دون تعريض صحة الشخص المؤمن عليه للخطر.
39. أي فحوصات أو خدمات صحية أجريت لأغراض غير طبية كالفحوصات المرتبطة بالعمالة والسفر والترخيص أو التأمين.
40. جميع المستلزمات التي لا تعد علاجات طبية وتشمل على سبيل المثال لا الحصر: غسول الفم ومعجون الأسنان وأدوية تطهير الحلق والمطهرات والحليب الصناعي والمكملات الغذائية ومنتجات العناية بالبشرة والشامبو والفيتامينات المتعددة (ما لم توصف على أنها علاجًا تعويضيًا لحالات نقص الفيتامين المعروفة): وجميع المعدات التي لا تهدف في المقام الأول إلى تحسين الحالة الطبية أو الإصابة وتشمل على سبيل المثال لا الحصر: أجهزة تكييف الهواء أو تنقيته أو دعم تقوس القدمين وأجهزة التمرين واللوازم الصحية.
41. أكثر من استشارة أو متابعة مع الاختصاصي الطبي في يوم واحد ما لم يحال من الطبيب المعالج.
42. الخدمات الصحية والنفقات المرتبطة بها لعمليات زراعة الأعضاء والأنسجة المرتبطة بالمانحين فقط. ينطبق هذا الاستبعاد أيضًا على علاجات المتابعة والمضاعفات.
43. أي مصاريف متعلقة بعوامل تعديل المناعة والعلاج المناعي.
44. أي مصاريف متعلقة بمعالجة اضطرابات النوم.
45. الخدمات والبرامج التعليمية للمعاقين.
46. الإصابات أو الأمراض التي يعاني منها الشخص المؤمن عليه نتيجة للعمليات العسكرية من أي نوع.
47. الإصابات أو الأمراض التي يعاني منها الشخص المؤمن عليه نتيجة للحروب أو الأعمال الإرهابية من أي نوع.
48. خدمات الرعاية الصحية للإصابات والحوادث الناشئة عن التلوث النووي أو الكيميائي.
49. الإصابات الناجمة عن الكوارث الطبيعية وتشمل على سبيل المثال لا الحصر: الزلازل والأعاصير وغيرها من الكوارث الطبيعية.
50. الإصابات الناجمة عن الأعمال الإجرامية أو مقاومة السلطات التي يقوم بها الشخص المؤمن عليه.
51. جميع الحالات الناتجة عن استخدام المشروبات الكحولية والمواد الخاضعة للرقابة والمخدرات ومواد الهلوسة.
52. أي فحص أو علاج لم يصفه الطبيب.
53. الإصابات الناتجة عن محاولة الانتحار أو الإصابات الذاتية.

54. خدمات التشخيص والعلاج لمضاعفات الأمراض المعفأة.
55. جميع خدمات الرعاية الصحية للأوبئة المعترف بها دوليًا ومحليًا أو كليهما.
56. خدمات الرعاية الصحية للمرضى الذين يعانون (والمتعلقة بتشخيص وعلاج) فيروس نقص المناعة البشرية - الإيدز ومضاعفاته.

القسم د

فترات الانتظار

تطبق فترة الانتظار على الحالات المزمنة والحالات السابقة لأوانها حسب ما هو المذكور في جدول المزايا.

القسم هـ

الشروط والأحكام العامة

المادة 1: بوليصة التأمين

يشكل نموذج (نماذج) الطلب المكتمل من قبل حامل بوليصة التأمين، متصرفاً بالنيابة عن نفسه و/أو المستفيد (المستفيدين) الآخر النهائي، والديباجة، والتعاريف، والشروط والأحكام العامة، والجداول، والمستفيد، والخيارات المختلفة، فضلاً عن أي مرفق (وليس قائمة مزودي الشبكة) والمصادقة على أي من المذكورة أعلاه العقد بأكمله بين المؤمن وحامل بوليصة التأمين. وأي تعديل أو إضافة لبوليصة التأمين هذه يكون باطلاً، ما لم يتم القيام به كتابةً ويُوقَّع ويُختم من قبل المؤمن. ولا يملك أي وسيط تأمين سلطة تعديل بوليصة التأمين هذه أو التنازل عن أي من أحكامها.

المادة 2: صلاحية بوليصة التأمين

تبدأ صلاحية بوليصة التأمين هذه (فيما يتعلق بكل خطة مختارة) من تاريخ السرمان وتنتهي في تاريخ انتهاء الصلاحية كما هو محدد في جدول البوليصة. ومع ذلك، فإن كل مستفيد مشمول ببوليصة التأمين هذه اعتباراً من تاريخ التسجيل على النحو المحدد في جدول البوليصة و/أو أي إقرار ذي صلة حتى تاريخ انتهاء بوليصة التأمين، أو إلى تاريخ حذف المستفيد، أيهما أسبق.

المادة 3: التطبيق

لقد أصدرت بوليصة التأمين هذه والمصادقات المتعلقة بها من قبل المؤمن على أساس تصريحات حامل بوليصة التأمين.

تحتفظ شركة التأمين بالحق في رفض أي طلب لاحق، وهو ما لا يتوافق مع أحكام بوليصة التأمين هذه.

كما يحتفظ المؤمن بحقه في إنهاء بوليصة التأمين إذا كانت أي تفاصيل عن التطبيق غير دقيقة أو مفقودة.

المادة 4: نطاق التغطية القابل للتطبيق

1.4 في مقابل القسط المستحق من قبل حامل بوليصة التأمين إلى شركة التأمين تتعهد الأخيرة بتغطية كل مستفيد بموجب خطة/برنامج محددين على النحو الذي يختاره حامل بوليصة التأمين في استثمارات الطلب ويوافق عليه المؤمن.

2.4 وبالنسبة لكل خطة/برنامج يختاره حامل بوليصة التأمين نيابةً عن كل مستفيد، يُشار بوضوح إلى الاستحقاقات ذات الصلة حسب الفئة بموجب جدول البوليصة، ويرد وصفها كذلك في جدول الاستحقاقات

3.4 النطاق القابل للتطبيق لتغطية الاستحقاق المعين المدرج في خطة/برنامج مختار يتعلق بالمستفيد، ويشمل مسؤولية المؤمنفإنه يؤخذ في الاعتبار:

- الاستثناءات العامة
- أي شروط خاصة (شروط غير مستوفية للمعايير)
- الخدمات المشمولة
- مشاركة حامل بوليصة التأمين عند الاقتضاء
- الزيادة القابلة للخصم لحامل بوليصة التأمين عند الانطباق
- الحدود عند الانطباق
- إقليم التواجد
- الموفر (المزودون) المستخدم
- طبيعة الرعاية
- فئة الاستشفاء
- مشاركة أي من دافعي الأولوية أو الدافع المشارك عند الانطباق

4.4 إن مسؤولية المؤمن بموجب بوليصة التأمين هذه تجاه حامل بوليصة التأمين المتعلقة بكل استحقاق ضمن الخطة/البرنامج موصوفة في جدول نطاق التغطية المطبق. وتخضع أي نفقات تتعلق بمعاملة المستفيد لتحديد المطالبة المؤهلة المستحقة من قبل شركة التأمين لحامل بوليصة التأمين.

المادة 5: الدافع ذو الأولوية

في حالة أي مشاركة في صندوق المرضى/الصحة، على سبيل المثال لا الحصر، صندوق الضمان الاجتماعي أو الغطاء الأساسي بموجب شركة التأمين كدافع الأولوية، فإنه يتم تفعيل هذا النطاق المطبق من التغطية الزائدة عن الدافع الأولوية المشاركة أو استرداد الأموال، بما يتفق تمامًا مع الشروط والأحكام الأخرى المنصوص عليها في هذه الوثيقة. ويتم تحديد مواصفات دافع الأولوية أن وجدت، وإذا كانت قابلة للتطبيق، بموجب جدول البوليصة.

المادة 6: الدافع المشارك

وفي حالة مشاركة أحد الدافعين المشاركين، يُطبق نطاق التغطية المطبق لبوليصة التأمين هذه على أساس تناسبي مع الدافع المشارك عند الاقتضاء. وتحدد النسبة المئوية لمشاركة الدافع المشارك، أن وجدت، في جدول الشراكة؛ تكون النسبة المئوية لمشاركة المؤمنين هي الرصيد المتبقي من جميع المشاركين في المشاركة من المشاركين، وذلك وفقًا لأي شروط وأحكام أخرى مقدمة في هذه الوثيقة. وهذا يشير إلى الحد الأصلي، في حالة المشاركة المشتركة؛ سيؤدي خيار المشاركة المشتركة المختارة إلى تقليل الحد الأصلي.

المادة 7: الأقساط

القسط هو القسط الإجمالي زائد أي طوابع معمول بها و/أو ضرائب أن وجدت. يتم دفع أقساط التأمين المستحقة من قبل حامل بوليصة التأمين إلى المؤمن على النحو المحدد في جدول البوليصة مسبقًا من قبل حامل بوليصة التأمين وفقًا لوتيرة الدفع المتفق عليها بين حامل بوليصة التأمين والمؤمن وكما هو محدد في جدول البوليصة.

ولا تبدأ التغطية التي يوفرها المؤمن بموجب بوليصة التأمين هذه إلا بعد دفع القسط الأول بالكامل. وفي حالة عدم دفع أقساط التأمين في تاريخ الاستحقاق؛ تقوم شركة التأمين بإخطار حامل بوليصة التأمين بالمبلغ الواجب دفعه في غضون 30 يومًا، وتبلغ حامل بوليصة التأمين بأنه بخلاف ذلك سيتم إلغاء هذه البوليصة.

وإذا لم يتم الدفع عند انتهاء فترة السماح هذه التي تبلغ 30 يومًا، سيتم إنهاء بوليصة التأمين هذه تلقائيًا وسيكون حامل بوليصة التأمين مسؤولاً عن المبلغ المستحق حتى تاريخ الإلغاء.

وخلال فترة السماح التي مدتها 30 يومًا، يتم تعليق الدخول المجاني إلى الشبكة على أساس الفوترة المباشرة. وفي حالة قيام حامل بوليصة التأمين بسداد أقساط التأمين خلال فترة السماح التي تبلغ 30 يومًا، يُعاد

الدخول المجاني إلى الشبكة على أساس الفوترة المباشرة، وتتم معالجة جميع نفقات الرعاية الصحية المستحقة خلال الفترة المعلقة وتسدد وفقاً لشروط وأحكام البوليصة المحددة في جدول الاستحقاقات

ويتم إثبات الدفع الخاص بالأقساط حصرياً وبمجرد إصدار إيصال ذي صلة من ممثل مرخص قانونياً لشركة التأمين.

المادة 8: التسجيل

وقد أعلن صاحب بوليصة التأمين كتابةً في تاريخ الطلب الأولي أن جميع الموظفين مسجلون على أساس إلزامي. وبموجب الإعلان الخاص ببوليصة التأمين، فقد كانت هذه البوليصة غير مكتوبة وصادره عن الشركة المؤمنة. بالمثل، كان ينبغي لحامل بوليصة التأمين أن يعلن ما إذا كان يتعين تسجيل المعالين القانونيين لكل فئة على أساس إلزامي أم لا.

ووفقاً لإعلان بوليصة التأمين في استمارة الطلب الأولية، فمن المتفق عليه والمفهوم أنه يجب إدراج جميع الموظفين، بدون استثناء، بموجب بوليصة التأمين هذه. ومع ذلك، يصبح الغطاء نافذاً بالنسبة للموظفين الذين ينشطون في العمل فقط في تاريخ النفاذ أو أي تاريخ لاحق آخر.

بالمثل، فإن جميع المعالين القانونيين المرتبطين بفئة محددة، والتي أعلن حامل بوليصة التأمين أن تسجيل المعالين القانونيين فيها إلزامي، ستدرج في بوليصة التأمين هذه. ومع ذلك، لا يمكن تسجيل المعالين القانونيين المتعلقة بفئة لم يطلبها حامل بوليصة التأمين أو يعلن عنها في الطلب الأولي مع وضع إلزامي بموجب هذه البوليصة.

ومن المتفق عليه تماماً والمفهوم أن قواعد التسجيل، على النحو المنصوص عليه في هذه المادة، تشكل واحدة من أساسيات بوليصة التأمين هذه. إن عدم طاعة حامل بوليصة التأمين لهذه القواعد يعطي المؤمن الحق في إنهاء بوليصة التأمين هذه فوراً دون استرداد الأقساط.

المادة 9: الإضافة

1.9 القاعدة العامة:

يحق لحامل بوليصة التأمين أن يطلب من شركة التأمين، من خلال استكمال وتوقيع نموذج طلب لاحق، مصحوباً بمستندات داعمة، إضافة مستفيدين جدد مثل الموظفين الجدد، الزوج المتزوج حديثاً أو الأطفال المولودين حديثاً أو الأطفال المتبنين حديثاً لموظف مسجل بالفعل على أساس إلزامي.

2.9 تاريخ التسجيل:

تاريخ الاستحقاق هو:

- الموظف الجديد - التاريخ الرسمي للعمل وفقًا للقواعد الداخلية لحامل بوليصة التأمين
- الزوج الجديد - تاريخ الزواج
- الطفل المولود حديثًا - تاريخ الميلاد
- الطفل المتبني حديثًا - تاريخ التبني الرسمي

إذا تم طلب الإضافة في غضون 10 أيام بعد تاريخ استحقاق المستفيد، فإن تاريخ الالتحاق به سيكون هو تاريخ الاستحقاق. وبخلاف ذلك، يكون تاريخ الالتحاق بالمستفيد هو التاريخ الذي يقبل فيه المؤمن هذه الإضافة.

3.9 الاكتتاب:

تطبق شروط الاكتتاب الأولية المطبقة في تاريخ سريان بوليصة التأمين على جميع الإضافات المؤهلة، والتي كانت مطلوبة خلال فترة لا تتجاوز 10 أيام من تاريخ الاستحقاق. وفي حالة الحاجة إلى إضافة أكثر من 10 أيام بعد تاريخ الاستحقاق، تحتفظ شركة التأمين بالحق في المضي قدمًا في عملية الاكتتاب المختلفة التي قد تؤدي إلى شروط اكتتاب مختلفة عن تلك المطبقة في تاريخ سريان بوليصة التأمين هذه.

4.9 قسط التأمين:

تحسب العلاوة المتعلقة بأي إضافة معتمدة على أساس تناسبي (مخطط إلزامي).

المادة 10: الحذف

1.10 القواعد العامة

يحق لحامل بوليصة التأمين أن يطلب من شركة التأمين، عن طريق استكمال وتوقيع نموذج طلب لاحق، حذف المستفيدين مثل الموظفين المتوفيين أو المنتهية خدمتهم ومُعالمهم القانونيين.

2.10 الوثائق الداعمة:

يُعد تقديم حامل بوليصة التأمين للوثائق الداعمة، المتعلقة بطلبات الحذف، والتي تكون مرضية للمؤمن، شرطاً مسبقاً للتحقق من صحة الحذف. ومن بين الوثائق المطلوبة بطاقات الدخول للمستفيدين المحددين.

3.10 تاريخ الحذف:

تاريخ الحذف لأي حذف تمت الموافقة عليه هو اليوم التالي لتاريخ الوفاة أو إنهاء الخدمة المقدمة من قبل الموظف حيث تم تقديم طلب الحذف على الفور وإعادة بطاقة الدخول إلى شركة التأمين. وإلا، فإن تاريخ الحذف هو التاريخ الذي يتم فيه إرجاع بطاقة الوصول إلى شركة التأمين.

4.10 المسؤولية:

يكون حامل بوليصة التأمين هو الطرف الوحيد والمسؤول تماماً تجاه المزود (المزودين) و/أو نيكست كير فيما يتعلق بأي نفقات يتكبدتها المستفيدون المحذوفون اعتباراً من تاريخ الحذف.

ولهذا الغرض، يجب على حامل بوليصة التأمين أن يتأكد من أن بطاقة الدخول الخاصة بالمستفيد التي سيتم حذفها قد تم سحبها من المستفيد وإرسالها مرة أخرى إلى الشركة المؤمنة قبل أو في تاريخ الحذف.

5.10 قسط التأمين:

يُحسب رد القسط المتعلق بأي حذف موافق عليه على أساس تناسبي للفترة المتبقية بعد تاريخ الحذف. ولا يتم استرداد المبلغ المستحق طالما لم يتم إرجاع بطاقة الدخول الخاصة بالمستفيد إلى شركة التأمين.

المادة 11: الفئة

تم التنازل عن هذه المادة بموجب بوليصة التأمين الفردية.

المادة 12: التعديلات

يحق لحامل بوليصة التأمين المطالبة بتعديل شروط بوليصة التأمين الأولية.

ومع ذلك، فإن أي تعديل غير تلك المحددة بوضوح بموجب المادتين 9 و10 يخضع لعملية الاكتتاب في شركة التأمين التي قد لا تكون نتيجتها متماشية مع شروط الاكتتاب المطبقة في تاريخ سريان بوليصة التأمين هذه.

ويجب على حامل بوليصة التأمين إبلاغ المؤمن على الفور بأي تغيير قد يحدث أثناء سريان بوليصة الضمان هذه، أو في تاريخ التجديد، فيما يتعلق بالوضع العائلي، والمهنة، والأنشطة، ومكان الإقامة، وما إلى ذلك.

المادة 13: صحة التصديق

أي إضافة أو حذف أو أي تعديل آخر لا يمكن اعتباره مقبولاً إلا من قبل شركة التأمين عندما وإذا تم إصدار المصادقة ذات الصلة مختومة وموقعة من قبل شركة التأمين.

المادة 14: الإخطار بالمطالبات

يُرجى الرجوع إلى قسم إجراءات المطالبات والتسوية في هذه البوليصة.

المادة 15: قبول المطالبات

1.15 الاستحقاقات الأسرية في المستشفيات:

من المتفق عليه والمفهوم أن مسؤولية المؤمن محدودة ومقيدة بموجب بوليصة التأمين هذه لأي نفقات مؤهلة داخل المستشفى يتم تكبدها ضمن صلاحية بوليصة التأمين هذه.

2.15 الاستحقاقات الأسرية خارج المستشفيات:

من المتفق عليه والمفهوم أن مسؤولية المؤمن محدودة ومقيدة بموجب بوليصة التأمين هذه على أي نفقات مؤهلة يتم تكبدها عندما يكون مسار العلاج ضمن صلاحية بوليصة التأمين هذه.

المادة 16: الحلول

بمجرد أن يتم دفع مطالبة التأمين وفقاً للشروط الحالية، ويحيل حامل بوليصة التأمين والمستفيد حقه/حقها إلى المؤمن لملاحقة أي طرف ثالث مسؤول عن أي إصابة جسدية ونقل إلى المؤمن كل حق ذو صلة هامة وقانوني. وعلى كل من حامل بوليصة التأمين والمستفيد أن يزود المؤمن بكل مساعدة ممكنة إذا مارس المؤمن الحق المذكور أعلاه في الحلول. وإذا خالف حامل بوليصة التأمين والمستفيد هذا الالتزام، فإنهما يتحملان المسؤولية عن أي خسائر يتكبدها المؤمن.

المادة 17: الإلغاء

1.17 حق حامل بوليصة التأمين:

يحق لحامل بوليصة التأمين أن يطلب رسمياً إلغاء بوليصة التأمين هذه عن طريق إعادة جميع بطاقات الدخول إلى الشركة المؤمنة.

وبذلك يكون حامل بوليصة التأمين هو الطرف الوحيد والمسؤول تماماً تجاه مقدمي الخدمات و/أو المؤمن فيما يتعلق بأي نفقات يتكبدها المستفيدون من تاريخ إلغاء بوليصة التأمين هذه. ولهذا الغرض، يجب على حامل بوليصة التأمين أن يتأكد من سحب بطاقات المستفيدين من البطاقات، قبل أو في تاريخ الإلغاء.

وينبغي أن يحسب مبلغ القسط المتعلق بإلغاء بوليصة التأمين هذه على أساس استرداد الأموال على المدى القصير على النحو المبين في التعاريف.

2.17 حق المؤمن:

يحق للمؤمن إلغاء بوليصة التأمين الحالية في الحالات التالية:

- (أ) الاحتيال والإساءة والبيانات الكاذبة الصادرة عن حامل بوليصة التأمين و/أو المستفيدين
 - (ب) عدم دفع قسط الاستحقاق 30 يوماً بعد الإخطار وفقاً للمادة 7.
- وفي حالة قيام شركة التأمين بإلغاء بوليصة التأمين هذه بصورة مشروعة، لا يكون المبلغ المسترد مستحقاً لحامل بوليصة التأمين ما لم يتم إلغاء وفقاً للفقرة (ج) أعلاه وفي هذه الحالة يكون المبلغ المدفوع تناسبياً مستحقاً عن الفترة المتبقية بعد التاريخ الذي تم إرجاع جميع بطاقات الدخول.

المادة 18: التحكيم

1.18 الاختلافات العامة:

تُحال جميع الاختلافات المتعلقة بمبلغ المطالبة الناشئ عن بوليصة التأمين هذه إلى قرار المحكم الذي يعينه الطرفان كتاباً. وإذا لم يتمكن الطرفان من الاتفاق على محكم واحد، وجب على المحكمين أن يحيلوا المسألة للمراجعة، على أن يقوم كل من الطرفين بتعيين أحدهما خطياً. وإذا أخفق المحكمان في الاتفاق فعلى المحكمين أن يعينوا محكماً مستقلاً كتابياً. ويجب أن يكون المحكم جالساً مع الحكام وأن يتأسس اجتماعاتهم، ويكون إصدار قرار التحكيم شرطاً مسبقاً لأي حق في اتخاذ اجراء ضد المؤمن.

وإذا تخلت شركة التأمين عن مسؤوليتها تجاه المستفيد أو ممثليه الشخصيين القانونيين أو أي من المطالبين، فإن هذه المطالبة لا تكون في غضون 12 شهراً تقويمياً من تاريخ اخلاء المسؤولية المشار إليه في التحكيم بموجب الأحكام الواردة هنا، فإن المطالبة تعتبر لجميع الأغراض قد تم التخلي عنها، وبعد ذلك لا يمكن استردادها أدناه.

2.18 الإجراءات الضرورية طبياً:

في حالة وجود فرق بين مركز اتصال نيكست كير، كمدير مستقل، والطبيب المعالج فيما يتعلق بتاهيل الخدمة أو العلاج الضروري طبياً، يمكن للطرفين أن يدعوا إلى التحكيم في إحدي اللجان الطبية، التي ستخذ القرار النهائي. تتكون اللجنة الطبية من ثلاثة أعضاء - الطبيب المعالج، وطبيب نيكست كير وطبيب مستقل ثالث يتفق عليه الأولان.

تجتمع اللجنة في إقليم محايد، سِيَتَّخَذُ قرارها بأغلبية الأصوات. سيتم الإبلاغ عن هذا القرار في وثائق مكررة، واحدة لكل طرف، ويجب أن تُوقَّع من قِبل جميع الأطباء. وإذا رفض أي من الأطباء التوقيع على الوثائق، ينبغي الإبلاغ عن هذا الرفض في الوثائق. وتتعهد شركة التأمين بقبول قرار هذه اللجنة الطبية.

المادة 19: العملة

أي أموال مستحقة للشركة أو من قبلها تكون بالدرهم دولة الإمارات العربية المتحدة.

المادة 20: تغيير القانون

تحكم قوانين دولة الإمارات العربية المتحدة العربية المتحدة بوليصة التأمين هذه. وإذا كانت نتيجة تعديل القانون، الذي بدأ نفاذه بعد تاريخ سريان بوليصة التأمين، نشأة نزاع مع شروط بوليصة التأمين هذه، ويجوز للمؤمن، في خياره، أن يعيد التفاوض بشأن شروط بوليصة التأمين هذه من التاريخ الذي يصبح فيه هذا التعديل للقانون نافذاً.

المادة 21: الواجبات

يتحمل حامل بوليصة التأمين حصرياً أي رسوم على بوليصة التأمين أو الضريبة أو رسوم الدمغة.

القسم و

إجراءات وتسوية المطالبات

تم إصدار بطاقة الدخول الشخصية باسم كل مستفيد لتسهيل وصوله إلى أي من مزودي الشبكة المشاركين في الخدمة التالية دون الحاجة إلى دفع مبالغ نقدية إلا عندما يكون لدى المستفيد خصم زائد أو مشاركة مشتركة ليتم تسويتها. ويطلب من المستفيد دائماً أن يحمل بطاقة الهوية دولة الإمارات العربية المتحدة نيكست كير الخاصة به/بها الهوية و/أو وثيقة هوية مناسبة لتقديمها لمقدمي الخدمات عند الحاجة إلى العلاج الطبي.

ومطالبه الشبكة، كما هي محددة في هذه البوليصة، هي النفقات المؤهلة المتعلقة بخدمات الرعاية الصحية المقدمة للمستفيد على أساس الوصول المجاني الذي ترتبه نيكست كير مع مزود الشبكة عند الفوترة المباشرة للمؤمن. ويشمل ذلك خدمات الرعاية الصحية التي تقدم للعضو المؤمن عليه داخل الشبكة إما من قبل الأطباء الزائرين و/أو الفخريين و/أو غير المتفرغين و/أو المجتمعين و/أو مقدمي الرعاية الصحية؛ تطبق فيها تعرفه الشبكة المتعاقد عليها من نيكست كير.

والمطالبة المباشرة على النحو المحدد في هذه البوليصة هي النفقات المؤهلة التي يقررها المستفيد مباشرة والتي يقدمها حامل بوليصة التأمين إلى المؤمن للسداد. وتشمل النفقات المؤهلة التأمين المشترك، إن وجد.

والحد الأقصى للمبلغ الخاص هو إجمالي المصروفات المؤهلة التي ينبغي أن يتحملها المستفيد خلال سنة البوليصة من خيارات التأمين المشترك وفقًا لجدول الاستحقاقات.

الرأي الثاني

قد تتطلب تغطية بعض المعاملات كفوائد على الشبكة أن يستشير حامل بوليصة التأمين/العضو المؤمن عليه طبيب الشبكة الثاني قبل جدولة العلاج. وسيقوم المؤمن بإخطار حامل بوليصة التأمين/العضو المؤمن عليه بأنه لا يمكن الحصول على العلاج الخاص إلا برأي ثان ويقوم بإبلاغ صاحب البوليصة/المؤمن عليه بالأجراء المطلوب للحصول على رأي ثان.

وفي حالة وجود فرق بين الطبيب المعالج التالي الذي يعمل كمدير مستقل والطبيب المعالج، فيما يتعلق بتأهيل العلاج و/أو الخدمة الضرورية طبيًا و/أو المناسبة، فإنه يمكن للمؤمن و/أو حامل بوليصة التأمين/العضو المؤمن أن يدعو إلى الرأي الثاني، الذي ستكون نتائجه نهائية وملزمة.

1 توجيهات داخل المستشفى

1.1 في حدود إقليم مختار

1.1.1 مطالبات الشبكة

- إذا اختار المستفيد أن يتم قبوله في مزود الشبكة، بعد تقديم بطاقة الوصول إلى نيكست كير، سيقوم مزود الشبكة بالتنسيق المباشر مع الشركة للحصول على إذن.
- وبالنسبة للحالات غير الطارئة، يُطلب من المستفيد التحقق مع مزود الشبكة، قبل الموعد المقرر في المستشفى، أو يوم المستشفى، أو الجراحة البسيطة/العملية، أو العلاج/القبول، إذا حصل مزود الشبكة على التفويض من الشركة العامة للخدمات. ويجوز للمستفيد الاتصال مباشرة بمركز اتصال نيكست كير لتأكيد التفويض.
- وبالنسبة للحالات الطارئة، عند استلام الإشعار الخاص بالمستشفى (نموذج نيكست كير قبل دخول المستشفى) من مزود الشبكة، يصدر مركز اتصال نيكست كير فورًا الإذن بالعلاج المؤهل داخل المستشفى.

- يُطلب من المستفيد الاتصال بمركز اتصال نيكست كير من خارج دولة الإمارات العربية المتحدة العربية المتحدة على الرقم +97142708800
- تتلقى الهيئة الفنية الطبية والمطالبات الخاصة بنيكست كير الاتصال ويقدمون المساعدة المتخصصة والضرورية لاستقبال المستفيد في المستشفى ويرتبون لتغطية نفقات الاستشفاء المؤهلة مباشرة إلى شركة التأمين.
- خلأفاً لما يحدث في دولة الإمارات العربية المتحدة حيث يمكن للمستفيد الاقتراب مباشرةً من مزود الشبكة المحلية، فإن مقدمي الشبكة الدولية يطالبون بأن يتم ترتيب كل حالة بواسطة نيكست كير قبل قبول المستفيد على أساس الدخول المجاني/الفوترة المباشرة.

يُطلب من المستفيد/المتصل تقديم المعلومات التالية:

1. اسمه ورقم بطاقة دخول نيكست كير/الهوية الإماراتية.
 2. الهاتف والفاكس، عندما توافرهما.
 3. اسم وهاتف وفاكس الطبيب المعالج، عندما توافرهما.
 4. اسم موفر الشبكة.
 5. أسباب دخول المستشفى.
 6. تاريخ ووقت الدخول.
 7. المعلومات الأخرى ذات الصلة، والتي قد تكون مطلوبة.
- ترسل نيكست كير بالفاكس إلى الطبيب المعالج النموذج التالي للعلاج قبل الاستشفاء، والذي يجب أن يستكملة الطبيب ويرسله بالفاكس إلى نيكست كير.
 - بمجرد تلقي نيكست كير المعلومات الطبية، يتم اتخاذ قرار بشأن تغطية حالة المستفيد ويتم إبلاغ المستفيد وفقاً لذلك.
 - وبالنسبة للحالات المرفوضة، تصدر "نيكست كير" نموذج رفض لإبلاغ مزود الشبكة والمستفيد/بوليصة التأمين والمؤمن بأن القبول مرفوض وغير مؤهل للتغطية.
 - عند الاقتضاء، يطلب من المستفيد التسوية مباشرة إلى مزود الشبكة وقبل الإغفاء من أي مشاركة مشتركة، ونفقات غير مؤهلة مثل رسوم المكالمات الهاتفية، والأغذية الإضافية و/أو أي مبلغ يتجاوز حد البوليصة المالية.

2.1.1 المطالبات المباشرة

- سداد المطالبات المباشرة على النحو المحدد في وصف الاستحقاق المرفق بصياغة بوليصة المجموعة.

- سداد النفقات المؤهلة عند تقديم وثائق المطالبات المطلوبة، على النحو المحدد في وثائق المطالبات المطلوبة.

2.1 الإقليم المختار الخارجي:

لا يتم تغطية المطالبات خارج نطاق الإقليم، باستثناء المعاملة الاختيارية والعلاج في حالات الطوارئ على النحو المحدد في جدول الاستحقاقات

2. توجهات خارج المستشفى:

1.2 في دولة الإمارات العربية المتحدة

1.1.2 المطالبات المتعلقة بالشبكة

- عند تقديم بطاقة دخول نيكست كير إلى مزود الشبكة، ينتفع المستفيد من الدخول المجاني للنفقات المؤهلة المتعلقة بالخدمات خارج المستشفى التي يحددها الطبيب المعالج باستثناء أي خصم و/مساهمة مقطوعة إذا انطبق، والتي ينبغي أن تسوى من قبل المستفيد مباشرة إلى المزود.
- وبالنسبة للاختبارات التشخيصية غير المستبعدة التي يأمر بها الطبيب المعالج، فإنه يحق للمستفيد الحصول على الاختبارات التي أجريت وفقاً لبروتوكول الموافقة المسبقة المنصوص عليه في نيكست كير مع مزودي الشبكة والمذكورة تحت جدول الفوائد. ويُرجى ملاحظة أن البروتوكول يخضع للتغيير من قبل نيكست كير من حين لآخر استناداً إلى المتطلبات التنظيمية والإدارية.
- وبالنسبة للأدوية غير المستبعدة التي يحددها الطبيب المعالج، فإنه يحق للمستفيد الحصول على الكمية المطلوبة من الأدوية الموصوفة التي تعتبر ضرورية طبياً لعلاج الأمراض المزمنة عادة لمدة خمسة إلى إثني عشر يوماً. وشرط الموافقة المسبقة هو وفقاً لبروتوكول الموافقة المسبقة المنصوص عليها من نيكست كير مع مزودي الشبكة والمذكورة تحت جدول المنفعة. ويُرجى ملاحظة أن البروتوكول يخضع للتغيير من قبل نيكست كير من وقت لآخر استناداً إلى المتطلبات التنظيمية والإدارية.
- وبالنسبة للأدوية المرتبطة بالأمراض المزمنة، عند تغطيتها، فإنه يحق للمستفيد الحصول على الكمية المطلوبة من الدواء/الأدوية الموصوفة على النحو الذي يحدده الطبيب المعالج؛ ومع ذلك فإن كمية ومدة الدورة تقرر شرط الموافقة المسبقة. سيكون شرط الموافقة المسبقة وفقاً للبروتوكول المنصوص عليها لنيكست كير مع مزودي الشبكة والمذكورة تحت جدول الفوائد. ويُرجى ملاحظة أن البروتوكول يخضع للتغيير من قبل نيكست كير من وقت لآخر استناداً إلى المتطلبات التنظيمية والإدارية. واستناداً

إلى مدة العلاج فإنه يجب أن يقدم المستفيد/مزود الشبكة إلى نيكست كير تقرير طبي صادر عن الطبيب المعالج بما في ذلك نتائج التحقيق ذات الصلة وشرح الحالة الصحية للمستفيد التاريخ، فضلاً عن خطة العلاج الموصى بها.

- تُصدر نيكست كير الموافقة من خلال أي طريقة إدارية مناسبة على أساس شهري أو ربع سنوي أو حتى تاريخ انتهاء بوليصة التأمين اعتماداً على الحالة الطبية للمستفيد، والتي قد تتطلب بعض التعديل على الجرعة، التكرار أو الأدوية ذاتها.
- وبالنسبة للحالات غير المستبعدة التي تتطلب العلاج الطبيعي المنصوص عليها من قبل الطبيب المعالج (وليس العلاج الطبيعي)، فإن موافقة نيكست كير المسبقة تكون مطلوبة قبل تقديم الخدمة إلى المستفيد.
- وبالنسبة لعلاج الأسنان غير المستبعد الموصوف من قبل الطبيب المعالج، فإنه يجب الحصول على الموافقة المسبقة قبل أن يتم تقديم الخدمة للمستفيد

2.1.2 المطالبات المباشرة

عند تقديم التقرير (التقارير) الطبية الأصلية والفواتير والإيصالات، فإنه يحق للمستفيد الحصول على تعويض بنسبة 100% (رهناً بالاستقطاعات المطبقة و/أو المبالغ المقررة على النحو المحدد في جدول الاستحقاقات) من النفقات المؤهلة إذا:

- أ) رفض مزود الشبكة توفير دخول مجاني للمستفيد.
- ب) تعليق حرية الوصول إلى الشبكة ثم أعيدت بعد تاريخ العلاج.

سيتم استرداد جميع الخدمات المقدمة من مزود غير الشبكة على النحو المحدد في جدول الفوائد

3.1.2 المطالبات غير المتعلقة بالمستشفيات خارج الإمارات العربية المتحدة

وفقاً لوصف الفوائد ذات الصلة

3. الموافقة المسبقة لإجراءات التشخيص/العلاج

تُطلب موافقة مسبقة من نيكست كير لبعض الإجراءات التشخيصية/العلاجية في المريض والعيادات الخارجية على النحو المحدد في جدول الاستحقاقات

4. أ) وثائق المطالبات المطلوبة للمطالبات المباشرة

لتسوية النفقات المؤهلة، ينبغي على المستفيد أن يقدم إلى شركة التأمين المستندات التالية خلال فترة أقصاها (60) يومًا للمطالبات المتكبدة داخل دولة الإمارات العربية المتحدة و (90) يومًا للمطالبات التي تكبدها خارج دولة الإمارات العربية المتحدة من تاريخ الحدوث:

- الانتهاء من "نموذج السداد" من الطبيب المعالج
- إيصالات الدفع الأصلية للمبلغ المطالب به (يجب أن تظهر الفاتورة التكلفة لكل خدمة)
- التقرير الطبي الكامل والمفصل، والتشخيص، وملخص الإعفاء من الطبيب المعالج أو خطاب الإحالة من الطبيب المعالج حيثما ينطبق ذلك.
- نسخ من نتائج الاختبار التشخيصي.
- روثشة طبية صالحة من قبل طبيب للمطالبات ذات الصلة بالصيدلة
- تقرير الشرطة/تقرير المعلومات المباشرة في حالة المطالبات المتعلقة بالحوادث.
- جواز سفر ساري المفعول مع أختام الخروج والدخول من وإلى بلد الإقامة في حالة تكبد المطالبة خارج بلد الإقامة.
- يجب أن تكون جميع الوثائق إما باللغة العربية أو باللغة الإنجليزية. وإذا كانت التقارير/الفواتير بأي لغة أخرى فإنه يجب ترجمتها قبل تقديمها.

ويخول الإخفاق في تقديم أي من المستندات المذكورة أعلاه شركة التأمين برفض المطالبة بأكملها.

4 ب) فترة إعادة تقديم مطالبات السداد المستكملة التي تعاد إلى المستفيد:

لتسوية النفقات المؤهلة في حالة إعادة تقديم المطالبات، فإنه ينبغي أن يقدم المستفيد إلى شركة التأمين الوثائق/المعلومات المفقودة في غضون فترة 30 يومًا من تاريخ استلام الإخطار. وتصبح المطالبة محظورة زمنيًا للدفع في المستقبل إذا لم تكن إعادة التقديم في غضون 30 يومًا من استلام الإخطار

5. تحتفظ شركة التأمين بالحق في تغيير و/أو تعديل إجراءات المطالبات وتسويتها في أي وقت رهناً بإشعار (15) يوماً لحامل بوليصة التأمين من قبل المؤمن.

القسم ز التعريفات

تحمل الكلمات والمصطلحات والعبارات المستخدمة في سياق بوليصة التأمين هذه المعنى/المعاني المبينة أدناه:

الخارج:

أي دولة أخرى غير الإمارات العربية المتحدة.
بطاقة الهوية الإماراتية الصادرة عن هيئة الإمارات للهوية أو بطاقة شخصية صادرة باسم كل مستفيد/ة لتسهيل وصوله/وصولها إلى خدمات الرعاية الصحية المغطاة بموجب بوليصة التأمين هذا والتي توفرها الشبكة.

بطاقة الوصول:

أي حدث مُفاجئ وغير مُتوقَّع يحدث لضحية بطريقة خارجة عن السيطرة ويسفر عن إصابة جسدية لسبب عنيف ويبعد عن جسم الضحية ولا علاقة للضحية به.

الحادث:

حالة عمل أي موظف يحضر إلى عمله بانتظام وعلى أساس دائم ومتفرغ، ويؤدي مهام وظيفته العادية والطبيعية وفقاً لشروط العمل.

نشاط في العمل:

بيان خطي بالمعلومات تطلبه شركة التأمين ويكمله أصولاً ويوقعه حامل وثيقة التأمين، وعلى أساسه تنفذ شركة التأمين تأميناً بالتوافق التام مع الأحكام العامة لبوليصة التأمين هذه. ويُستخدَم نوعان من استثمارات الطلب وهما:

استمارة الطلب:

استمارة طلب أولي: الاستمارة الأولى التي يملأها أي من حامل وثيقة التأمين أو المُعال القانوني له (كما هو محدد فيما بعد)

استمارة طلب تالي: أي استمارة يكملها حامل وثيقة التأمين تطلب إدخال تعديلات على بوليصة التأمين المعمول بها، و/أو إضافة/حذف المستفيد (المستفيدين) بما يتوافق تماماً مع الأحكام العامة لبوليصة التأمين هذه.

الفائدة:

أصغر بنية لخطة ترتبط بعائلة الفوائد ويصفها نطاق التغطية.
إصابة جسدية يمكن اكتشافها تسبب بها حادث حدث في أثناء فترة التأمين.

الإصابة الجسدية:

- تاريخ الإلغاء:** هو اليوم (في الساعة 12 منتصف الليل بالتوقيت المحلي) والشهر والسنة التي قد أُلغيتَ فهم بوليصة التأمين هذه نتيجة الإخطار الخطي لحامل بوليصة التأمين و/أو بسبب عدم الوفاء بالتزامات حامل وثيقة التأمين المنصوص عليها في الأحكام العامة لهذه البوليصة.
- الفئة:** المجموعة الفرعية من المستفيدين ضمن المجموعة التي تغطيها بوليصة التأمين هذه، والتي حدد لها حامل بوليصة التأمين خطة تقدم الاعتبارات الخاصة المُبيّنة في الجداول.
- المرض مزمن:** المرض العضال الذي يتطلب علاجًا منتظمًا يستمر طوال العمر.
- المطالبة:** معلومات يقدمها مقدم خدمات أو مستفيد ليثبت أن الخدمات الطبية قُدِّمَت إلى المستفيد في إطار الفوائد المُحدَّدة، والتي بناءً عليها تم التجهيز للدفع إلى مقدم الخدمات أو المستفيد. وعادةً يشير هذا المصطلح إلى قدرة شركة التأمين على الرعاية الصحية التي يتلقاها أحد المستفيدين.
- الاضطرابات الخلقية:** العيوب الخلقية وتُعرف أيضًا بالتشوهات الخلقية وهي إعاقات بنوية أو وظيفية بما فيها: الاضطرابات الأيضية الموجودة منذ الولادة. والعيوب الخلقية هي مجموعة متنوعة من الاضطرابات ذات أصل سابق على الولادة، والتي يمكن أن تحدث نتيجة عيوب جينية فردية واضطرابات صبغية ووراثية عديدة العوامل والمسخرات البيئية والنقص في المغذيات الدقيقة.
- المشاركة:** مشاركة المستفيد وحامل بوليصة التأمين ودافع التأمين المتعاون وفقًا للنسب المئوية المحددة سابقًا في دفع المصاريف مؤهلة الحصول على الخصم المُغطاة بموجب بوليصة التأمين هذه. وتحمل شركة التأمين مسئولية باقي المصاريف مؤهلة الحصول على خصم.
- المشاركة في دفع الرسوم التأمينية:** هيئة أو شخص يتعاون مع شركة التأمين في دفع المصروفات مؤهلة الحصول على خصم وفقًا للنسبة المئوية المحددة على النحو الموضح في جدول الشراكة و/أو وثائق البوليصة.
- الاستشفاء اليومي:** يُعرف أيضًا بالرعاية اليومية والجراحة اليومية والمعالجة الطبية والفحوصات التشخيصية على سبيل المثال لا الحصر: علاج الأورام (العلاج بالكيماوي) وأمراض القلب المتعلقة بأي حالات غير مستبعدة، والتي لا تتطلب إقامة ليلية في المستشفى ولكن يلزم لها العناية الطبية المتخصصة والرعاية في المستشفى قبل العلاج وخلال وبعد.

- الحالة المُعلنة:** أي حالة سابقة أعلن عنها حامل وثيقة التأمين في استمارة التقديم أو من خلال أي وسيلة أخرى للتواصل الرسمي.
- الزيادة القابلة للخصم لكل مستفيد:** المبلغ المتراكم من المال المتعلق بالمصروفات مؤهلة الحصول على خصم، وعلى النحو المحدد في جدول الفوائد يتحملة حامل وثيقة التأمين لمصلحة مستفيد محدد بالإضافة إلى زيادة محددة قابلة للخصم و/أو مشاركة حامل وثيقة التأمين عند الاقتضاء في أثناء فترة بوليصة التأمين هذه.
- تاريخ الحذف:** هو اليوم (في الساعة 12 منتصف الليل بالتوقيت المحلي)، والشهر، والسنة التي تُنهي فهم تغطية المستفيد نتيجة حذفه بطلب من حامل وثيقة التأمين، و/أو إذا كان وضعه كموظف أو مُعال قانوني لم يعد صالحًا، و/أو عند إلغاء بوليصة التأمين هذه.
- المرض:** حالة طبية أو داء أو علة تشمل الحمى، والألم، والخلل في عضو من أعضاء الجسم.
- استمارة رفض:** الاستمارة الصادرة عن المستشارين الوطنيين المعتمدين لتوجيه انتباه شركة التأمين وحامل بوليصة التأمين ومقدم خدمات الشبكة برفض أهلية المستفيد وبالتالي رفض الوصول المجاني على أساس الفواتير المباشرة وفقًا لنطاق التغطية المعمول به.
- تاريخ بدء السريان:** هو اليوم (الساعة 12 منتصف الليل بالتوقيت المحلي)، والشهر، والسنة، التي تبدأ منهم بوليصة التأمين هذه.
- المطالبة الصالحة (المؤهلة للقبول)** المصروفات مؤهلة الحصول على خصم صافية من الزيادة المحددة القابلة للخصم، والمشاركة، ومساهمة دافع التأمين ذي الأولوية، والزيادة الإجمالية القابلة للخصم في حدود مسئولية شركة التأمين على النحو المحدد في الجداول.
- المصروفات مؤهلة الحصول على خصم** مصروفات الرعاية الصحية التي تكبدها مستفيد فيما يتعلق بحالات غير مستبعدة قبل السماح بأي من زيادة محددة قابلة للخصم، وزيادة إجمالية قابلة للخصم، ومشاركة، ومساهمة دافع التأمين ذي الأولوية وقيود في حدود مسئولية شركة التأمين على النحو المحدد في الجداول.
- حالة الطوارئ** هي المرض أو الإصابة المفاجئة ذات الأعراض الحادة (على سبيل المثال لا الحصر: الألم الشديد) والتي لها خطورة شديدة وإذا غاب بها العلاج الفوري بمرفق الطوارئ بالمستشفى، يُتوقع أن تشكل خطر على حياة المريض أو صحته أو وظائف جسمه أو أعضائه.

- علاج الطوارئ:** العلاج المطلوب لإنقاذ حياة أو التخفيف من الخطورة على حياة شخص.
- الموظف:** أي شخص نشيط في العمل يعمل لصالح حامل وثيقة التأمين على أساس دائم ومتفرغ ومن ثم يتقاضى أجرًا. وإذا كان هناك أي سبب وراء إصابة الموظف بالمرض في تاريخ بدء البوليصة، فلن يصبح تأمينه ساريًا حتى يستأنف العمل الفعلي.
- التصديق:** وثيقة تعاقدية تصدرها شركة التأمين عقب بوليصة التأمين هذه تدخل تعديلات على بوليصة التأمين بما يتوافق تمامًا مع أحكامها.
- الموظف المُسجَّل:** أي موظف تغطيه بوليصة التأمين هذه نتيجة طلب حامل وثيقة التأمين وقبول شركة التأمين بما يتوافق مع الإجراءات التعاقدية.
- تاريخ التسجيل:** اليوم (الساعة 12 منتصف الليل بالتوقيت المحلي)، والشهر، والسنة التي من حينهم تصبح أول بوليصة تأمين لمستفيد محدد سارية.
- الاستثناءات:** يُرجى الاطلاع على الاستثناءات العامة.
- تاريخ الانتهاء:** اليوم (الساعة 12 منتصف الليل بالتوقيت المحلي) والشهر والسنة التي تنتهي فيهم بوليصة التأمين هذه
- عائلة الفوائد:** مجموعة فوائد ذات طبيعة واحد فيما يتصل بالانتفاع والعلاج (مثل: عائلة الفوائد داخل المستشفى، وعائلة الفوائد خارج المستشفى)
- أول تاريخ سريان:** اليوم (الساعة 12 منتصف الليل بالتوقيت المحلي) والشهر والسنة التي أصبحت أول بوليصة تأمين سارية لحامل وثيقة التأمين هذا ابتداءً منهم.
- الوصول المجاني:** تعهد شركة التأمين بالتسوية المباشرة للمطالبة الصالحة (مؤهلة القبول) التي تكبدها المستفيد والدفع إلى مقدمي خدمات الشبكة
- الاستثناءات العامة:** الاستثناءات المنطبقة بموجب بوليصة التأمين هذه على كافة الفوائد، والمبينة في قائمة الاستثناءات العامة.
- النشاط الخطير:** أي نشاط بدني يعرض المستفيد إلى إصابة خطيرة في حالة حدوث حادث غير متوقَّع في أثناء هذا النشاط البدني، كما هو محدد في قائمة الاستثناءات العامة.
- المستشفى:** أي مؤسسة طبية سواء عامة أو خاصة مُرخص لها قانونًا بتوفير العلاج الطبي للمرضى والمصابين. ويجب أن تتكون المنشأة من مباني منظمة، وتمتلك المعدات التقنية والعلمية اللازمة للتشخيص والعمليات الجراحية. كما يجب أن تقدم هذه المنشأة الرعاية الصحية على مدار 24 ساعة على يد طاقم يضم على الأقل طبيب مقيم وممرضات مؤهلات. ويستبعد مصطلح "مستشفى" العيادات الخارجية، والمصحات، ومراكز العلاج

الطبيعي، والنوادي الصحية، ودور المسنين، ودور التمريض، والمؤسسات المشابهة بما في ذلك: تلك المؤسسات المتخصصة في علاج الإدمان (المخدرات، والكحوليات).

الإحتجاز بالمستشفى: إقامة بلا انقطاع لمدة محددة من الزمن في مستشفى على الأقل بين ليلة وضحاها.

الاستشفاء: أي احتجاز بالمستشفى لمدة ليلة واحدة على الأقل للمعالجة والملاحظة الطبية اللازمة لأي مرض غير مستبعد أو إصابة جسدية تلزمها عناية ورعاية طبية متخصصة في مستشفى قبل المعالجة/الملاحظة وخلالها وبعدها، والتي لا يمكن أن تؤدَّى خارج المستشفى.

مستوى الاستشفاء: مستوى خدمات الإقامة بالمستشفى التي قد حددها حامل بوليصة التأمين لصالح المستفيد لتطبق على احتجازه بالمستشفى، والمحددة في جدول البوليصة وفقاً للترميز التالي:

العلة: يُرجى الاطلاع على تعريف المرض.

العلاج داخل المستشفى: الاستشفاء أو الاستشفاء اليومي أو المعالجة أو الملاحظة في غرفة الطوارئ بمستشفى.

مريض داخلي (مريض مقيم): مريض يشغل سريرًا في الليل، أو مُعترف به رسميًا أنه مريض استشفاء يومي في مستشفى.

بوليصة التأمين: الترتيب الخاص للخطط والبرامج على النحو المبين في بوليصة التأمين هذه، والجداول، ونطاق التغطية، والتصديقات التي تكون الاتفاق بالكامل.

بوليصة التأمين: عقد أو وثيقة تأمين (كما هي مُعرَّفة في المادة 1 من الأحكام والشروط العامة) تضمن شركة التأمين بموجبها دفع الفوائد المنصوص عليها في الجداول وفقاً للشروط والأحكام والقيود والاستثناءات الواردة في بوليصة التأمين هذا.

شركة التأمين: شركة طوكيو مارين نيشيدو المحدودة للتأمين البحري والتأمين ضد الحرائق

المعالين القانونيين: غير المتزوجين الذين تقل أعمارهم عن 18 سنة، أو أقل من 25 سنة إذا كانوا لا يزالون طلابًا جامعيين متفرغين، فضلاً عن زوجات الموظفين المُسجَّلين.

الولادة: الإحتجاز بالمستشفى للولادة الطبيعية أو القيصرية أو الإجهاض الضروري طبيًا أو أي مضاعفات تنتج عنها، أو العلاج اللازم طبيًا قبل الولادة وبعدها.

الضرورة الطبية: الخدمة أو المعالجة التي يراها الاستشاريون الوطنيون المعتمدون مناسبة للتشخيص، والتي -وفقًا للمعايير الطبية المقبولة عمومًا- لا يمكن حذفها دون التأثير سلبيًا على حالة المستفيد أو جودة الرعاية الطبية المقدمة.

نكست كير: منظمة رعاية موجّهة ومُعَيّنة للتصرف باسم شركة التأمين وبالنيابة عنها في إدارة بوليصة التأمين هذه جزئيًا. ومن بين خدمات إدارية أخرى، تتواصل نكست كير مع المستفيد من خلال مركز مكالمات نكست كير (الذي يُشار إليه فيما بعد بـ NCC)

مركز مكالمات نكست كير: خدمة نكست كير الاحترافية التي تعمل على مدار 24 ساعة طوال العام، ويعمل بها فريق من المتخصصين الطبيين والإداريين لدعم التطبيق السليم لبوليصة التأمين هذه ومراقبته. ويزوّد مركز مكالمات نكست كير المستفيدين ومقدمي الخدمات بالتوجيهات الطبية والإجرائية فضلًا عن المعلومات من خلال الاستفسارات الهاتفية، وطلب النصائح، وأهلية العضوية. ويقوم مركز مكالمات نكست كير بإجراء استعراضات الموافقة المسبقة، وكذلك يوفر التراخيص المناسبة، ويتخذ القرارات باسم شركة التأمين وبالنيابة عنها فيما يتعلق بمنح الوصول المجاني إلى خدمة الرعاية الصحية المحددة قيد البحث أم لا، وأيضًا يُقيّم الطلبات المقدّمة للموافقة على المدفوعات.

الشبكة: مقدمو الخدمات المكونون لشبكة/شبكات نكست كير عن طريق ترتيب تعاقدية خاص ورسعي يتفقون بموجبه على مساعدة المستفيد عند عرض بطاقة الوصول الخاصة به بالوصول المجاني على أساس إعداد الفواتير المباشرة إلى خدمات الرعاية الطبية لديهم وفقًا لأحكام بوليصة التأمين هذه وكما هو منصوص عليه في جدول البوليصة.

الحالات المستبعدة: غير أي مرض معين أو علاج يقع ضمن التغطية التأمينية، وغير مذكور تحت الاستثناءات العامة.

مقدم خدمات منتمي للشبكة: غير أي مقدم خدمات ليس جزءًا من الشبكة.

العلاج المستشفى: خارج استشارة الطبيب، والأدوية الموصوفة، والفحوصات التشخيصية، والمعالجة مما لا يتطلب استشفاءً ولا يستلزم الرعاية والعناية الطبية المتخصصة قبل الإجراء أو في أثناءه أو بعده.

| | |
|--|--|
| حدود المصروفات التي لا يدفعها التأمين هي المبلغ الإجمالي الأقصى من المصروفات مؤهلة الحصول على خصم، وهذه المصروفات يجب أن يتحملها المستفيد خلال سنة البوليصة خارج خيارات التأمين. | حدود المصروفات التي لا يدفعها التأمين: |
| هو الجدول الذي تُحدّد فيه المعلومات الإضافية (تفاصيل دافع التأمين صاحب الأسبقية، والنسب المئوية لدفع التأمين ... وغيره) | جدول الشراكة: |
| أي طبيب بشري مرخّص له ومؤهل قانونًا لتقديم المعالجة وفقًا لقانون الولاية القضائية التي تُقدّم فيها هذه المعالجة. | طبيب ممارس: |
| مجموعة الفوائد التي تقدمها شركة التأمين ويحددها حامل بوليصة التأمين على استمارة الطلب. | الخطة: |
| المتقدم بالطلب الأول لبوليصة التأمين هذه لأجل تمثيل أفضل للرعاية الصحية باسم موظفيه ومُعالیه القانونيين وبالنيابة عنهم، والذي قد قبلت شركة التأمين طلبه رسميًا. وبمقتضى هذا القبول، قد صدرت بوليصة التأمين هذه وأصبح المتقدم بالطلب حامل بوليصة التأمين. | حامل وثيقة التأمين: |
| فيه تُحدّد كافة معلومات المستفيد وشركة التأمين جنبًا إلى جنب مع الشروط الخاصة لبوليصة التأمين هذه (بيانات الأطراف المتعاقدة، وتاريخ بدء السرّيان، وتاريخ الانتهاء، وبيانات المستفيدين، والفئة، والاستثناءات المحددة، وفترات الانتظار ذات الصلة إن وجد، والحدود العمرية حسب الاقتضاء، ومستوى الاستشفاء، والخطط المحددة، والقسط، وتواتر المدفوعات، وأي إشارة/إشارات إلى جدول/جداول أخرى) | جدول البوليصة: |
| أي علة، أو داء، أو مرض، أو حالة بدنية أو طبية أو عقلية أو غيرها، أو اضطراب، أو سقم يرى الممارس الطبي الذي عينته شركة التأمين أن علاماته وأعراضه وُجدت في أي وقت في الفترة التي تسبق كون صاحبها عضوًا مؤمنًا عليه بموجب هذه البوليصة. ويعتمد الفحص المنطبق على علامات الحالة وأعراضها الموجودة وليس على تشخيص نهائي. وإنه ليس ضروري للعضو المؤمن عليه أو للطبيب أن يعرفا ما هي الحالة أو ماذا كانت عند أخذ البوليصة. ولتكوين رأي، عينت شركة التأمين ممارسًا طبيًا يأخذ القرار ويجب عليه أن يأخذ في الاعتبار المعلومات المقدّمة من الطبيب المعالج للعضو المؤمن عليه. | الحالة الموجودة سابقًا: |
| الدفعة الدورية المطلوبة لتوفير التغطية التأمينية ولكي تظل بوليصة التأمين سارية المفعول. | القسط: |

دافع التأمين ذو جهة تُحدّد بموجب جدول الشراكة على أنها الطرف الأول المسئول الأولوية
مسئولية كاملة تجاه المصروفات مؤهلة الحصول على خصم لمستفيد محدد حتى حد معين يُحدّد بموجب جداول الشراكة. ويجب على شركة التأمين أن تتحمل مسؤولية دفع أي مبلغ لأي مصروفات مؤهلة الحصول على خصم يزيد عن هذا الحد.

البرنامج: مجموعة الخطط التي توفرها شركة التأمين ويحددها حامل بوليصة التأمين على استمارة الطلب.

إثبات إمكانية التأمين: عملية إتمام استمارة الطلب وتقديمها إلى شركة التأمين لضمان التغطية. مصطلح عام يشمل الأطباء والمستشفيات والعيادات والمراكز الطبية والصيدليات والمختبرات ومراكز العلاج الطبيعي والمؤسسات الطبية المساعدة والأشخاص المصرّح لهم بتقديم خدمات الرعاية الصحية.

التجديد: تغطية جديدة بموجب بوليصة تأمين جديدة بعد مدة سابقة وقبول قسط مدة تأمين لبوليصة تأمين جديدة.

تاريخ التجديد: اليوم (الساعة 12 منتصف الليل بالتوقيت المحلي) من الشهر والسنة الذي يحدث به هذا التجديد ويتزامن مع تاريخ الانتهاء.

الجدول: الملاحق التقنية التي تشكل جزءاً لا يتجزأ من بوليصة تأمين هذه والتي أيضاً تحدد تفاصيل هذه بوليصة. جدول البوليصة، وجدول نطاق التغطية، وجدول الفوائد (عند الاقتضاء)

جدول نطاق التغطية: تُحدّد فيه الخطة (البرنامج) التي يختارها حامل بوليصة التأمين نيابةً عن المستفيدين موضّحة لكل عائلة فوائد ما يلي: حدود التغطية، والزيادة القابلة للخصم، والمشاركة... وغيرها. وأحياناً يُشار إليه بـ جدول الفوائد.

الرأي الثاني: الرأي الثاني هو رأي حُصل عليه من متخصص رعاية طبية آخر بالمكانة الطبية نفسها والتخصص ذاته. وقد يكون هذا الرأي بعد القيام بمعالجة طبية أو إجراء جراحي أو بعده، وبموجبه سوف يُؤكّد بعد ذلك التشخيص والضرورة الطبية ومدى ملائمة العلاج المُعطى.

أساس استرداد الأموال مدة التأمين (أيام)
قصير المدى:

| أساس استرداد الأموال + 300 | استرداد | مدة التأمين (أيام) | استرداد |
|----------------------------|---------|--------------------|---------|
| 270 - 299 | %0 | 90 - 119 | الأموال |
| | | %40 | الأموال |

| | | | |
|-------|---------|-----|-----------|
| %45 | 89 – 60 | %10 | 269 - 240 |
| %50 | 59 – 30 | %15 | 239 – 210 |
| %75 | 29 – 16 | %20 | 209 - 180 |
| %85 | 15 – 1 | %25 | 179 - 150 |
| %97.5 | 0 | %30 | 149 - 120 |
| | | %35 | |

الداء: يُرجى الاطلاع على تعريف المرض.

الزيادة المحددة القابلة للمبلغ المالي المذكور في جدول نطاق التغطية المنطبق ليطحمله حامل وثيقة التأمين فيما يخص الخدمة المحددة قيد النظر. للخصم

شروط لا تستوفي شروط خاصة بموجها تشمل التغطية المستفيد بموجب بوليصة التأمين المعايير المطلوبة هذه (مثل: القسط الإضافي، والحدود الخاصة، وفترة الانتظار) نتيجة ضمان تغطية.

العملية الجراحية أي إجراء جراحي يُستخدم فيه الليزر ويكون غرضه تشخيص/علاج مرض أو تلف وتدارك عيب أو خلل. وفي هذا الصدد، ستُعد الإجراءات الجراحية التشخيصية مثل: التنظير الداخلي، والكي (باستثناء الأنبوب الأنفي المعدي، والإحليل، والوريد المحيطي و/أو الشرياني)، وتصوير الأوعية الدموية وكذلك تدمير الكلى أو حصي المرارة؛ عملية جراحية.

جدول الفوائد الإقليم: يصف نطاق التغطية وأساليب تسديد المطالبات، ويعد جزءاً من العقد. الدولة (أو مجموعة الدول) كما يحددها حامل بوليصة التأمين للسماح للمستفيدين بالوصول إلى الفوائد المحددة في جدول الفوائد.

إقليم الحادث: الدولة التي تطلبت فيها الأحوال الصحية للمستفيد خدمات رعاية صحية، وجرى بها تكبد المصاريف ذات الصلة.

المعالجة: مصطلح عام يشمل كافة خدمات الرعاية الصحية المتوفرة بموجب بوليصة التأمين هذه بما فيها: العلاج داخل المستشفى، والعلاج خارج المستشفى، وتشمل: الخدمات للمرضى الداخليين، واستشارات المرضى

الخارجيين (خارج المستشفيات)، والفحوصات والإجراءات التشخيصية،
ووصف الأدوية، والعمليات الجراحية البسيطة، والعلاج الطبيعي، والعناية
بالأسنان وغيرها.

الحالة الموجودة سابقًا عدم الإفصاح أو الخطأ من المستفيد أو حامل بوليصة التأمين الذي
وغير المعلن عنها: يتصرف نيابةً عن المستفيدين في إتمام أي جزء من استمارة طلب بوليصة
التأمين هذه للحالة الموجودة سابقًا والمتعلقة بالصحة (الأعراض
والتشخيص والأحوال) أو أي تفاصيل أخرى (صراحةً أو ضمناً).

ضمان التغطية: عملية التقييم التي تقدم إليها شركة التأمين كافة استمارات الطلبات قبل
إصدار بوليصة التأمين وأي تصديق آخر لاحق ذي صلة وفقًا لأحكام
بوليصة التأمين هذه.

العلاج غير الضروري خدمة أو علاج غير ضرورية طبيًا

فترة الانتظار المدة الزمنية التي تبدأ من أول تاريخ تسجيل للمستفيد الذي يكون فيه
الاستثناء نافذ المفعول بمقتضى فائدة محددة مغطاة بموجب بوليصة
التأمين هذه.

تاريخ التنازل: تاريخ إنهاء فترة الانتظار التي يُحذف بعدها الاستثناء.

القسم ح

المرفقات

● قائمة استبعاد المستحضرات الدوائية:

- الفيتامينات (ما لم تُوصف مع مضادات حيوية) والمعادن
- التطعيمات
- الدواء العقم
- وسائل منع الحمل/تحديد النسل
- أدوية المشاكل النفسية وأدوية تغيير المزاج
- الصابون والشامبو (الطبي وغير الطبي)
- مستحضرات التجميل (الكريم/الغسول)
- أدوية المكملات الغذائية مثل: الحديد والكالسيوم والمغنيسيوم... إلخ.
- محاليل مطهرة عامة (مثل: ديتول وسالفون)
- فرش الأسنان / خيط تنظيف الأسنان / معجون الأسنان
- غرغرة الفم وغسول الفم وبخاخ الحلق وأقراص الاستحلاب
- حليب الرضع
- مستحضرات العدسات اللاصقة
- العكازات، وأدوات تقويم الأسنان، والرافعات، ودعامات أسفل الظهر/الكورسيهات، ودعامات المفاصل الأخرى
- الجوارب الداعمة/جوارب طويلة
- مضخات الثدي، وآلات التدليك، وآلات التمرين
- البخاخات، والأحذية الطبية، وسادة الكعب/داعم قوس الرجل
- أجهزة تقويم العظام، وحراس الفم
- الضمادات، وأربطة ضغط، دعائم (أي نوع)، وأطواق عنق الرحم
- المعينات السمعية، وشرائط جهاز السكر، وأدوات الحقن، والإبر، ومجموعات المحاليل
- العلاج البديل الهرموني
- الأدوية حب الشباب

● وصف الفوائد