

Health Cover Abroad



Health Cover Abroad

American Life Insurance Company (MetLife), (hereinafter called the “Company”)

Hereby insures the Insured against loss covered by this Policy, subject to and in accordance with the exceptions, limitations, provisions and forms herein contained.

The insurance provided under this Policy is only with respect to the Sum Insured stated hereunder.

This Policy is made in consideration of the Application Form for this Policy and the payment, in advance, of Premiums as herein provided.

The Benefits set forth in the Policy Specification Schedule together with the provisions and conditions on this and the following pages are a part of this Policy.

Other insurance with the Company: If a like Health Cover Abroad policy or supplementary benefit, previously issued by the Company to the Insured be in force concurrently herewith, making the aggregate indemnity in excess of the global maximum of USD 2,000,000, the excess insurance shall be void and all premiums paid for such excess shall be returned to the Insured or to his estate. The global maximum of USD 2,000,000 applies to all Health Cover Abroad policies / supplementary benefits, notwithstanding any reference to similar benefits under any other policies (life or group policy) granted by the Company to the Insured.

All Sums payable hereunder by or to the Company shall be payable in the currency stated in the Policy Specification Schedule and shall be paid at the office of the Company in the country stated in the Policy Specification Schedule.

Governing Law: This Policy shall be subject to the jurisdiction of the United Arab Emirates and to the federal law (6) of 2007 concerning the establishment of the Insurance Authority. Any disputes hereunder shall be referred to the courts of the United Arab Emirates.

Tax Law: Tax(es) if any are payable by the Insured per existing tax laws or per any changes in the law of taxation or imposition of new levies or taxes on the Benefits payable under this Policy, and shall be collected from the Insured or deducted from the Benefits payable subject to applicable laws.

In witness whereof, American Life Insurance Company (MetLife) has caused this Policy to be executed as of the date of issue stated in the Policy Specification Schedule.



Dimitris Mazarakis
General Manager - Gulf

American Life Insurance Company (MetLife) UAE Branch

Gulf Operations
P.O. Box 371916, Dubai - U.A.E.

Important Notices

This Policy is a long-term legally binding contract. The Policy Owner should carefully read this Policy to ensure that it is suitable for his/her requirements and is in the exact form that he/she requires. The Policy Owner should ensure that a copy of it, and any other documentation provided by the Company to the Policy Owner, are stored in a safe place for future reference.

This Policy is based upon the Company's understanding of the law and practice of the country of payment as at the Policy Effective Date. In the event of:

- any changes in the law of taxation or imposition of new levies or taxes on the Company; or
- any change in law or regulation governing the operation of insurance companies in the country of payment;

the Company may vary the Benefits and terms and conditions of this Policy, after taking the prior approval from the Insurance Authority as is deemed appropriate. Any such variations will be notified in writing to the Policy Owner at his/her latest address communicated to the Company by him/her.

This Policy is a contract established in utmost good faith. This means that the Policy Owner is required to disclose to the Company all information required for the Company to underwrite this Policy in an accurate and complete manner. In the absence of fraud, all original statements made in applying for this Policy will be deemed representations and not warranties. No statement will be used to invalidate this Policy or to defend a Claim under it unless it is explicitly contained in the Application Form submitted to the Company and/or in any written and signed amendment to the Application Form or otherwise any written communication that the Policy Owner have filed with the Company.

Contents

Clause I	Definitions	4
	A) General Definitions	4
	B) Medical Definitions	4
Clause II	Object of the Insurance	5
Clause III	Covered Diseases and Medical Procedures	5
Clause IV	Services, Expenses and Monetary Benefits Covered	6
	1. Services Covered prior to Receiving Treatment Abroad	6
	2. Medical Expenses Covered during Treatment Abroad	6
	3. Non-Medical Expenses Covered during Treatment Abroad	7
	A) Travel expenses for Treatment Abroad	7
	B) Accommodation expenses during Treatment Abroad	7
	C) Repatriation expenses	7
	4. Monetary Benefits covered during Treatment Abroad	7
	A) Daily Hospitalization indemnity	7
	5. Medical expenses covered after returning from Treatment Abroad	7
	A) Medication expenses after returning from Treatment Abroad	7
	B) Follow-up Care after returning from Treatment Abroad	8
Clause V	Exclusions	8
	1. Generic Exclusions	8
	2. Medical Exclusions	8
	3. Excluded Expenses	8
Clause VI	Claims Procedure	9
Clause VII	Uniform Provisions	10
Clause VIII	Discrepancy	11

Clause I: Definitions

A) General Definitions

Application Form: Form that the Insured and/or the Policy Owner must complete in order to apply for this Policy, which is the basis for the risk analysis conducted by the Company. In the case of minors, the form could be completed and signed by the Policy Owner or legal guardian of the Insured.

Beneficiary(ies): The person or persons stated in the Application Form, unless later changed and accepted by the Company. If no person or persons are stated, legal heirs are the Beneficiaries.

Consultant Cardiologist: A Doctor who is specialized and who is officially recognized as Cardiologist by the local medical board in diagnosing and treating Diseases or conditions of the heart and blood vessels.

Benefits: The extent or degree of service and coverage the Insured is entitled to receive under this Policy.

Claim: The notification by the Insured to the Company of a Disease confirmed under the process stated in Clause III as a Covered Disease or requiring a covered Medical Procedure, allowing the Insured access to the Benefits of this Policy.

Company means American Life Insurance Company (MetLife).

Coverage Commencement Date means ninety (90) days after (a) the Policy Effective Date; (b) the date stated in the relevant endorsement when subsequent changes are made to the coverage; or (c) the date of reinstatement of this Policy, in case of any reinstatement, whichever is later.

Doctor: Professional who is legally authorized to practice medicine.

Exclusion: This is a stipulated situation or condition which is not covered by this Policy and for which the Company is not obliged to pay in the case of a Claim. The Exclusions are listed in Clause V of this Policy.

Exclusion Period: Ninety (90) days, from the Policy Effective Date, during which any Disease diagnosed, treated or showing their first related medically documented symptoms will not be eligible for any Policy Benefits during the life time of this Policy.

Insured: The person designated in the Policy Specification Schedule for whom this Policy was formalized, benefitting from the rights of this Policy, but also assuming the obligations of the contract in the absence/default of the Policy Owner and between six (6) months and sixty four (64) years of age at the time of applying for this Policy.

Medical Concierge service: A service whereby, the Company, in respect of an approved Claim arranges all details relating to the medical treatment of the Insured. This includes oversight of the case and assistance with travel and accommodation arrangements for the Insured and any eligible companion.

Policy: The written documentation which details the conditions of the insurance contract, including the general Policy terms and conditions, the Application Form, and the Policy Specification Schedule, as well as any endorsement(s) that may be included, if necessary, to modify or alter these documents.

Policy Effective Date means the date when this Policy takes effect. This date is stated on the Policy Specification Schedule.

Policy Expiry Date: The date on which the Insured's cover under this Policy will lapse and cease to be effective.

Policy Owner: The person that applies for and accepts this Policy and who is legally bound to the obligations of this Policy, with the exception of the obligations that due to their nature affect the Insured and is aged twenty-one (21) years & above.

Policy Specification Schedule: Document which forms part of this Policy and shows the Insured's and Policy Owner's details, as well as Sum Insured, Premium, Policy Effective Date and renewal date.

Premium: The price of the insurance, the amount due to the Company. The frequency of the payment is detailed in the Policy Specification Schedule. The receipt will include VAT, surcharges and taxes (if applicable).

Second Medical Opinion service: A Second Medical Opinion in respect of covered conditions. This involves the provision of a second medical opinion report, following the collection and a detailed review of the Insured's medical records, by an expert medical specialist.

Sum Insured: The maximum amount payable in the event of a Covered Disease or Medical Procedure stated under Clause III of this Policy ie. USD 1,000,000 per year (USD 2,000,000 for lifetime).

Terrorism means an act or threat of violence or an act harmful to human life, tangible or intangible property or infrastructure with the intention or effect of influencing any government or commercial enterprise, or of putting the public or any section of the public in fear.

The Gulf Region: Bahrain, Kuwait, Oman, Qatar and the United Arab Emirates.

VAT means any Value Added Tax payable on the supply of goods, services or other things in accordance with the provisions of VAT Law.

VAT Law means the federal law number (8) of 2017 on Value Added Tax, as amended in the United Arab Emirates.

War means War or Warlike operations (whether War be declared or not) or invasion, act of foreign enemy, hostilities, mutiny, riot, civil commotion, civil War, rebellion, revolution, insurrection, conspiracy, military or usurped power, martial law or state of siege or any of the events or causes which determine the proclamation or maintenance of martial law or state of siege.

B) Medical Definitions

Alternative Medicine: Medical and health care systems, practices, and products that are not presently considered to be part of conventional medicine or the standard treatments, including but not limited to: acupuncture, aromatherapy, chiropractic medicine, homeopathic medicine, naturopathic medicine, Ayurveda, traditional Chinese medicine and osteopathic medicine.

Cognitive Disorders: Disorders that significantly impairs the cognitive function of the Insured to the point where normal functioning in society is impossible without treatment, as defined by the latest version of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V).

Experimental Treatment: A treatment, procedure, course of treatment, equipment, medicine or pharmaceutical product, intended for medical or surgical use, which:

- has not been universally accepted as safe, effective and appropriate for the treatment of Diseases, or Injuries by the various scientific organizations recognized by the international medical community, or
- which is undergoing study, research, testing or is at any stage of clinical experimentation.

Follow-up Care: Any medical care, treatment, Medication or screening service post Treatment Abroad used to:

- identify whether the Insured is likely to suffer from a Disease or Medical Condition in the future: or
- prevent the Disease or Medical Condition from occurring or reoccurring in the future but where no clinical and/or apparent symptoms and/or findings (signs) are currently present.

Hospital: A private or public organization legally authorized to provide medical treatment for Diseases or bodily Injuries, equipped with the material/technological means and adequate staff to provide diagnosis and surgical interventions, and attended by Doctors and medical staff 24 hours a day.

Hospitalization: Treatment for Covered Diseases and/or Medical Procedures with at least one overnight stay at a Hospital or clinic.

Injury: Physical damage inflicted to the body of the Insured.

Disease: Any disorder of the body, system, or organ structure or function with identifiable and characteristic set of signs and symptoms, or consistent anatomic alterations. Additionally, a diagnosis has to be made by a Doctor legally registered in his practice.

A Disease will be considered as all the Injuries and effects arising from the same diagnosis, as well as all the ailments due to the same cause or related causes. If an ailment is due to the same cause that produced a previous Disease or a related cause, the Disease shall be considered as a continuation of the previous one and not as a separate Disease.

Medically Necessary: Healthcare services or supplies which are:

- prescribed to the Insured for the purpose of treating a Covered Disease or arranging a Covered Medical Procedure with the aim to improve the Insured's medical condition and;
- recognized as effective in improving health outcomes following treatment plans that are consistent in type, frequency and duration with the diagnosis according to published medical literature and investigations or scientifically based US, UK and or European guidelines (specifically, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology will be applied with respect to Cancer Treatment: Clause III-A) and;
- cost-effective compared to alternative treatments that result in similar outcomes, including no treatment and
- required for reasons other than the convenience of the Insured or his/her Doctor.

The fact that a Doctor may recommend, prescribe, order or approve, a service or supply does not, in and of itself, necessarily establish that such service or supply is Medically Necessary under this Policy.

Medication: Any substance or combination of substances which may be used in, or administered to the Insured either with a view to restoring, correcting or improving physiological functions, or with the purpose of contributing to establishing a medical diagnosis. The Medication must be only obtainable with a medical prescription given by a Doctor and dispensed by a licensed pharmacist.

A prescription made for a brand-name Medication is valid for a generic Medication with the same active ingredients, strength and dosage form as the brand-name version.

Non-invasive or "in situ" Cancer: Malignant tumour which is limited to the epithelium where it originated and did not invade the stroma or the surrounding tissues.

Pre-Existing Diseases: Any Diseases or medical condition of the Insured which were reported, diagnosed, treated or which showed related medically documented symptoms or findings (signs) within the 10 years prior to the Coverage Commencement Date.

Preliminary Medical Certificate: Written approval, issued by the Company, which includes confirmation of cover under this Policy prior to the Treatment Abroad being performed in the indicated Hospital, for any treatment, services, supplies or prescriptions relating to a Claim.

Prosthesis: A device which replaces all or part of an organ or replaces all or part of the function of an inoperative or malfunctioning part of the body.

Reconstructive Surgery: Procedures that are intended to rebuild a structure in order to correct its loss of function.

Surgery: All operations with a diagnostic or therapeutic purpose, carried out through incision or other means of internal entry, by a surgeon at a Hospital and which normally requires the use of an operating theatre.

Treatment Abroad: Medically Necessary treatment arranged by the Company, out of [the Gulf Region](#) and paid for by this Policy.

Clause II: Object of the Insurance

The object of this Policy is to provide the Insured with cover for the services and medical expenses in respect of treatment for Covered Diseases and Medical Procedures, when all the following conditions are met:

- The procedure is performed during the period of cover;
- The Disease is not a Pre-Existing Disease or condition;
- The Disease is not diagnosed or treated, and no related symptoms or findings (signs) are medically documented during the Exclusion Period;
- The treatment is Medically Necessary;
- The expenses and monetary Benefits are within the limits of the Sum Insured;
- The treatment is arranged by the Company in accordance with the Claims Procedure set out in Clause VI;
- The medical expenses arise outside [the Gulf Region](#) with the exception of the Medication expenses covered in Clause IV Section 5 Point A.
- The expenses for any medical diagnostic procedures, treatment, services, supplies or prescriptions are covered by this Policy as stated in Clause IV.

Clause III: Covered Diseases and Medical Procedures

The following Diseases and Medical Procedures are covered by this Policy:

A - Cancer

The treatment of:

1. Any malignant tumour including leukaemia, sarcoma and lymphoma characterised by the uncontrolled growth and spread of malignant cells and the invasion of tissues;
2. Any In-situ Cancer which is limited to the epithelium where it originated and did not invade the stroma or the surrounding tissues;

3. Any pre-cancerous change in the cells that are cytologically or histologically classified as high grade dysplasia or severe dysplasia.

However, please note treatment for the following forms of cancer will be excluded:

- Any tumour in the presence of Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS).
- Any non-melanoma skin cancer that has not been histologically classified as having caused invasion beyond the epidermis (the outer layer of the skin).

B - Coronary artery by-pass Surgery

The undergoing of Surgery on the advice of a Consultant Cardiologist to correct narrowing or blockage of one or more coronary arteries with by-pass grafts.

Please note the following treatments will be excluded:

Any coronary Disease treated using techniques other than the by-pass of the coronary arteries, like any kind of angioplasty Surgery, stents.

C - Heart valve Surgery

The invasive replacement or repair of one or more heart valves, independent whether this is performed with open chest Surgery, minimally invasive or by means of cardiac catheter treatment on the advice of a Consultant Cardiologist.

D - Benign Brain Tumour

- Any surgical intervention of the brain or any other intracranial structures;
- Treatment of benign tumours located in the spinal cord (Medulla spinallis).

E - Live-donor organ Transplant

Surgical transplant in which the Insured receives a kidney, a segment of liver, a pulmonary lobe or a section of pancreas from another living compatible donor.

Please note the following treatments will be excluded:

- Any transplant when the need for a transplant arises as a consequence of alcoholic liver Disease;
- Any transplant when the transplant is conducted as a self-transplant;
- Any transplant when the Insured is a donor for a third-party (not covered by this Policy);
- Any transplants from a dead donor;
- Any organ transplant that involves stem cells treatment;
- The transplant made possible by the purchase of donor organs.

F - Bone Marrow Transplant

Bone Marrow Transplantation (BMT) or Peripheral Blood Stem Cell Transplantation (PBSCT) of bone marrow cells to the Insured originating from:

- the Insured (Autologous bone marrow transplant); or
- from a living compatible donor (allogeneic bone marrow transplant).

Please note that Haemopoietic Stem Cell transplantation (HCT) using the umbilical cord blood will be excluded.

Clause IV: Services, Expenses and Monetary Benefits Covered

1. Services Covered prior to receiving Treatment Abroad

Second Medical Opinion service: The Insured will be entitled to request the Company, at the point of Claim notification, a Second Medical Opinion service for confirmation of the diagnosis of a Covered Disease or Medical Procedure and the assessment of the optimal treatment plan.

The Second Medical Opinion service can only be requested once per Claim.

2. Medical Expenses Covered during Treatment Abroad

This Policy will pay the following medical expenses for Treatment Abroad (up to the limits specified under Sum Insured) arising in connection with the Medically Necessary treatment of Covered Diseases and Medical Procedures, as per the terms set in the Preliminary Medical Certificate.

- By a Hospital, in respect of:
 - Accommodation, meals and general nursing services provided during the Insured's stay in a room, ward or section of the Hospital or in an intensive care or monitoring unit;
 - Other Hospital services including those provided by a Hospital outpatient department (including a medical interpreter), as well as expenses relating to the cost of an extra or companion's bed if the Hospital provides this service;
 - The use of an operating room and all the services included in it.
- By a day clinic or independent welfare centre, but only if the treatment, Surgery or prescription would have been covered under this Policy if provided in a Hospital.
- By a Doctor, in respect of examination, treatment, medical care or Surgery.
- For Doctors' visits during Hospitalization.
- For the following medical services, treatments or prescriptions:
 - For anaesthesia and administration of anaesthetics, provided they are performed by a qualified anaesthetist;
 - Laboratory analysis, pathology and X-rays for treatment preparation purposes, radiotherapy, radioactive isotopes, chemotherapy, electrocardiograms, echocardiography, myelograms, electroencephalograms, angiograms, computerized tomography and other similar tests and treatments required for the treatment of a Covered Disease or Medical Procedure, when performed by a Doctor or under medical supervision;
 - Blood transfusions, administration of plasma and serum;
 - Expenses relating to the use of oxygen, application of intravenous solutions and injections.
 - Radiation therapy: high-energy radiation to shrink tumours and kill cancer cells by X-rays, gamma rays, and charged particles are types of radiation used for cancer treatment either delivered by a device outside the body (external-beam radiation therapy), or by radioactive material placed in the body near cancer cells (internal radiation therapy, brachytherapy).
 - Reconstructive Surgery to repair or rebuild a structure damaged or removed by the Medical Procedures arranged and paid for by this Policy.
 - Treatment for complications or side-effects directly associated with the Medical Procedures arranged and paid for by this Policy that:
 - demand immediate medical attention in a Hospital or clinical setting; and
 - require to be addressed prior to the Insured being declared medically fit to travel to return to the Gulf Region after the completion of the stage of Treatment Abroad.
- For Medication applied by medical prescription while the Insured is Hospitalized for treatment of a Covered Disease or Medical Procedure. Medication prescribed for post-operative treatment are covered for 30 days from the date the Insured has completed the Treatment Abroad and only when these are purchased prior to returning to the Gulf Region.

7. For transfers and transportation by ground or air ambulances where their use is indicated and prescribed by a Doctor and pre-approved by the Company.
8. For services provided to a living donor during the process of removal of an organ to be transplanted to the Insured, arising from:
 - The cost of the analysis and test performed to identify the suitable donor within the family members of the Insured;
 - Hospital services provided to the donor, including accommodation in a Hospital room, ward or section, meals, general nursing services, regular services provided by Hospital staff, laboratory tests and use of equipment and other Hospital facilities (excluding items for personal use which are not required during the process of removal of the organ or tissue to be transplanted);
 - For Surgery and medical services for the removal of a donor's organ or tissue to be transplanted to the Insured.
9. For services and materials supplied for bone marrow cultures in connection with a tissue transplant to be applied to the Insured. Cover will only be provided for expenses incurred from the date of issue of the Preliminary Medical Certificate.

3. Non-Medical Expenses Covered during Treatment Abroad

This Policy will cover the following non-medical expenses (up to the limits shown in the Policy Specification Schedule) arising in connection with the travel, accommodation arrangements made by the Company in order to provide the Insured with access to the medical treatment as per the terms set in the Preliminary Medical Certificate.

A) Travel Expenses for Treatment Abroad

For travel outside [the Gulf Region](#) of the Insured, travelling companion (or two companions, when the Insured receiving treatment is a minor) and where applicable the living donor in the case of transplant with the sole purpose of receiving Treatment Abroad as approved by the Company in the Preliminary Medical Certificate. All travel arrangements must be made by the Company and the Company will not pay for any travel arrangements made by the Insured or any third party on the Insured's behalf.

The Company will be responsible for deciding the travel dates based on the approved treatment schedule. These dates will be communicated to the Insured to allow for sufficient time for the Insured to make all the necessary personal arrangements.

In the event that the Insured changes the travel dates from those communicated by the Company, the Insured will need to compensate the Company for all the associated costs of organizing and providing new travel arrangements, unless the changes have been confirmed by the Company as necessary from a medical standpoint.

The travel expenses covered will include:

- Transportation from the Insured's permanent address to the designated airport or international rail station.
- Economy class rail or air ticket to the city of treatment destination and the transportation to the designated hotel.
- Transportation from the designated Hotel or Hospital to the designated airport or international rail station.
- Economy class rail or air ticket and subsequent transportation to the city of the Insured's permanent address.

[The travel expenses covered will not include regular transfers from the Hotel to the Hospital or treating Doctor during the duration of the Treatment Abroad.](#)

B) Accommodation Expenses during Treatment Abroad

For the accommodation, outside [the Gulf Region](#), of the Insured, travelling companion (or two companions, when the Insured receiving treatment is a minor) and the living donor in the case of transplant, with the sole purpose of receiving Treatment Abroad as approved by the Company in the Preliminary Medical Certificate. All accommodation arrangements must be made by the Company and the Company will not pay for any accommodation arrangements made by the Insured or any third party on the Insured's behalf.

The Company will be responsible for deciding the accommodation booking dates based on the approved treatment schedule. These dates will be communicated to the Insured to allow for sufficient time for the Insured to make all the necessary personal arrangements.

The Company will provide a return date based on the completion of the treatment and the agreement with the treating Doctor that the Insured is fit to travel.

In the event that the Insured changes the dates of travel from those booked and communicated by the Company, the Insured will need to compensate the Company for all the associated costs of organizing and providing new accommodation arrangements, unless the changes have been confirmed by the Company as necessary from a medical standpoint.

The accommodation arrangements will include:

- Bookings for a double room or twin bed room in a three or four-star hotel, including breakfast.

(The choice of hotel will be subject to availability and based on the proximity to the Hospital or treating Doctor within a radius of 10 km.)

Meals (excluding breakfast) and incidental costs at the hotel are not covered. Upgrades in the hotel cannot be financed by the Insured.

C) Repatriation Expenses

In the event the Insured (and/or living donor in the case of transplant) dies outside [the Gulf Region](#) while receiving Treatment Abroad, the Company will pay for the repatriation of the deceased's remains to [the Gulf Region](#).

This coverage is limited to only those services and supplies necessary to prepare the deceased's body and to transport to [the Gulf Region](#), including:

- The services provided by the funeral company providing the international repatriation, including embalment and all administrative formalities.
- The minimum obligatory coffin.
- The transport of the deceased's remains from the airport to the designated place of burial in [the Gulf Region](#).

4. Monetary Benefits Covered during Treatment Abroad

A) Daily Hospitalization Indemnity

For each full 24-hour period of confinement to the Hospital approved by the Company in the Preliminary Medical Certificate and paid for under this Policy for Treatment Abroad of a Covered Disease or Medical Procedure.

5. Medical Expenses Covered after returning from Treatment Abroad

A) Medication Expenses after returning from Treatment Abroad

For the cost of Medication purchased in [the Gulf Region](#), following Treatment Abroad with a duration of more than 3 nights of Hospitalization approved by the Company in the Preliminary Medical Certificate and paid for under this Policy.

Cover under this Policy for this Benefit is only available on the following basis:

- That the Medication has been recommended through the Company by the international Doctor(s) that treated the Insured, as necessary for on-going treatment.
- The Medication has been licensed and approved by the corresponding medical authority or agency in the Gulf Region, and its prescription and administration is regulated.
- The Medication requires prescription by a Doctor in the Gulf Region.
- The Medication is available for purchase in the Gulf Region.
- That no prescription exceeds a dose for consumption longer than 2 months.

The purchase of the Medication for this section 5) needs to be arranged and paid directly by the Insured. The Company will reimburse the Insured upon receipt of the relevant prescription, original invoice and proof of payment.

Where the cost of Medication has been funded in part by the Public Health Service of the country of residence of the Insured in the Gulf Region or an insurance Policy, the reimbursement request should clearly differentiate those costs partially funded by the Insured.

B) Follow-up Care after returning from Treatment Abroad

Follow-up Care can be arranged by the Company at the request of the Insured to be performed by the international Doctor(s) that treated the Insured or their medical team.

Follow-up Care is covered for 180 days from the date the Insured returns to the Gulf Region after having completed the stage of Treatment Abroad and only when the treatment is prescribed or recommended through the Company and by the international Doctor(s) that treated the Insured.

Should the Insured make this request, the Company will also arrange the necessary travel and accommodation arrangements on the terms described in Clause IV Section 3 Points A) & B) for the Insured and designated companion(s).

Clause V: Exclusions

This Policy excludes expenses in respect of:

1) Generic Exclusions

1. Expenses derived from all Diseases or Medical Procedures not specifically contemplated under Clause III.
2. Any expenses for Diseases or Injuries produced as a result of Wars, acts of Terrorism, seismic movements, commotions, riots, floods, volcanic eruptions, as well as the direct or indirect consequences of nuclear reaction and any other extraordinary or catastrophic phenomena; as well as officially declared epidemics.
3. Alcoholism, drug addiction and/or intoxicants caused by the abuse of alcohol and/or the use of psychoactive, narcotic or hallucinogenic drugs.
4. The consequences and Diseases arising from attempted suicide and self-harm.
5. Expenses derived from all Diseases or conditions caused intentionally or fraudulently or derived from acts of negligence or criminal imprudence by the Insured or resulting when committing a crime.

6. A Claim where the Insured, prior to, during or after the Claim assessment process established by the Company:
 - has not followed the advice, prescriptions or established treatment plan of the treating Doctor or;
 - refuses to receive any medical treatment or be subject to additional diagnostic analysis or tests necessary to establish a definitive diagnosis or treatment plan.
7. Loss, damage, cost or expense of whatsoever nature directly or indirectly caused by, resulting from or in connection with any action taken in controlling, preventing, suppressing or in any way relating to:
 - Work related accidents which are otherwise indemnified by Workmen's Compensation programs or insurances.
 - Naval, Military or Air Force Service or operations.

2) Medical Exclusions

1. Treatment for Pre-Existing Diseases.
2. Treatment for Diseases which were diagnosed, treated or which showed related medically documented symptoms or findings (signs) during the Exclusion Period.
3. Experimental Treatment as well as those diagnostic, therapeutic and/or surgical procedures whose security and reliability have not been widely recognized by the international science community.
4. Medical procedures needed as a result of AIDS (acquired immune deficiency syndrome), HIV (human immunodeficiency virus) or any condition arising from them (including Kaposi's sarcoma), or any treatment for AIDS or HIV.
5. Any health care service or supply that is not Medically Necessary for the treatment of a Covered Disease or Medical Procedure.
6. Any alternative treatment, service, supply or medical prescription for a Disease or Medical Condition for which the best treatment is a transplant covered by this Policy (Clause III E) and Clause III-F).
7. Any Disease or Medical Condition which has been caused by the Medical Procedures arranged and paid for by this Policy where the Disease or Medical Condition in question is a Covered Disease or requires a Covered Medical Procedure contemplated under Clause III.
8. Treatment for long-term side effects, relief of chronic symptoms, or rehabilitation (including but not limited to physiotherapy, mobility rehabilitation, and language and speech therapy).
9. In relation to the Medication expenses covered after returning from Treatment Abroad (Clause IV- Section 5-Point 1), the following Exclusions apply:
 - Any cost of Medication which is totally funded by the Public Health Service of the country of residence of the Insured in the Gulf Region or that is covered by any other insurance policy held by the Insured.
 - The cost of the administration of the Medication.
 - Any purchase of Medication incurred outside the Gulf Region.
 - Invoices submitted to the Company more than 180 days after purchase of the Medication.

3) Excluded Expenses

1. Any expenses incurred in connection with or derived from any diagnostic procedures, treatment, service, supply or medical prescription of any nature incurred in the Gulf Region with the exception of the Medication expenses covered in Clause IV Section 5 Point A.
2. Any expenses incurred in connection with or derived from any diagnostic procedures, treatment, service, supply or medical prescription of any nature incurred worldwide when the Insured, at the point of the relevant Claim notification date, cannot be considered a permanent/legal resident in one of the countries included in the Gulf Region.

3. Any expense incurred before the issuance of the Preliminary Medical Certificate.
4. Any expense incurred in a Hospital other than the one authorized and mentioned in the Preliminary Medical Certificate.
5. Any expense incurred without following Clause VI: Claims Procedure.
6. Any expense incurred in respect of confinement services, health resorts, nature cure clinics, home health care or services provided in a convalescence centre or institution, hospice or old people's home, even where such services are required or necessary as a result of a Covered Disease or Medical Procedure.
7. Any expense incurred in the purchase (or hire) of any type of prosthesis or orthopaedic appliances, corsets, bandages, crutches, artificial members or organs, wigs (even where their use is considered necessary during chemotherapy treatment), orthopaedic footwear, dentures, trusses and other similar equipment or items, with the exception of breast prostheses -after mastectomy Surgery- and prosthetic heart valves needed as a result of Surgery arranged and paid for by this Policy.
8. Any expense incurred in the purchase or hire of wheelchairs, special beds, air conditioning appliances, air cleaners and any other similar items or equipment.
9. All Medication which has not been dispensed by a licensed pharmacist or which are obtainable without a medical prescription.
10. Any changes made for the use of Alternative Medicine, even where specifically prescribed by a Doctor.
11. Any charges for medical attention or confinement in cases of Cognitive Disorders, senility or cerebral impairment, regardless of the status of their development.
12. Interpreter's fees, telephone and other charges in respect of items for personal use or which are not of a medical nature, or for any other service provided to relatives, companions or escorts.
13. Any expense incurred by the Insured or the relatives, companions or escorts, except those expressly covered.
14. Any medical expense that is not a customary and reasonable charge.
15. Any expenses in respect of accommodation or transportation arranged by the Insured, travelling companion or a living donor.

Clause VI: Claims Procedure

Prior to receiving any treatment, service, supply or medical prescription in relation to a Covered Disease or Medical Procedure, as defined in Clause III, the Insured, or any person acting legally on his/her behalf, must comply with the following procedure:

1 Notification

Contact the Company within Thirty (30) days to notify a potential Claim.

The Insured will be informed of the steps required to provide the Company with all the relevant diagnostic tests and medical documents necessary to evaluate the validity of the Claim.

Should the Insured request the Second Medical Opinion service, this service will need to be completed prior to confirmation of cover of the Claim under this Policy.

2 Obligation of the Insured

The Insured is obliged to cooperate with the Company providing free access to medical documents in the possession of the Insured or the Doctors, Hospitals or other medical facilities responsible for treatment up to the date the potential Claim was notified.

Any Claim request will only be evaluated for cover under this Policy when all the necessary information has been received from the Insured and respective Doctors, Hospitals or other medical facilities.

3 Claim Assessment and Proposal of Hospital for Treatment

Upon receipt of all the relevant diagnostic tests and medical history as requested by the Company, the Insured will be notified if the Claim is covered under this Policy.

In the event that the Insured wishes to consider Treatment Abroad, the Insured will be provided with a list of recommended Hospitals.

4 Treatment Abroad: The Preliminary Medical Certificate

Upon receipt of the Insured's confirmation of his/her decision to receive treatment abroad at a Hospital selected from the list of recommended Hospitals for treatment, the Company will arrange through the Medical Concierge service the necessary logistical and medical arrangements for the correct admission of the Insured and a Preliminary Medical Certificate will be issued valid only for that Hospital.

The list of recommended Hospitals and the Preliminary Medical Certificate are issued on the basis of the medical condition of the Insured at the time of issue. Since the health condition of the Insured may change over time, both documents will have a validity of three months.

In the event that the Insured does not select a Hospital from the list of recommended Hospitals or does not initiate treatment at the approved Hospitals stated in the Preliminary Medical Certificate within three months of issue, new versions of these documents may be reissued based on the health condition of the Insured at that time.

As long as the terms of the Preliminary Medical Certificate are met, the Company, under the Benefits of this Policy, will directly assume the medical expenses covered in Clause IV Section 2 and the necessary travel and accommodation arrangements detailed in Clause IV Section 3 Points A) & B) subject to the limitations, Exclusions and conditions detailed in this Policy.

5 Return from Treatment Abroad

The Treatment Abroad stage of treatment will end on the confirmation by the Company that no further Medically Necessary treatment is prescribed by the international Doctor(s).

Following the completion of the Treatment Abroad stage of the treatment the Company will arrange for the final return of the Insured and companion(s) to [the Gulf Region](#), and will present the Insured with the guidelines to benefit from the covered medical expenses after returning from Treatment Abroad detailed in Clause IV. These guidelines will be based on the recommendations from the international Doctor(s).

Upon arrival of the Insured to [the Gulf Region](#), the Insured will be entitled to:

- be refunded for the Medication expenses detailed in Clause IV- Section 5-Point A and;
- request the Company to arrange for Follow-up Care as detailed in Clause IV- Section 5-Point B during the following 180 days.

6 Assessment of Claims after return from Treatment Abroad

Upon the final return of the Insured to [the Gulf Region](#), after receiving Treatment Abroad as detailed in Section 5, the evolution of the Insured's health state may determine that a new assessment for further Medically Necessary treatment may be required. Provided the Insured's Policy is still active at this time, the Insured will be entitled to contact the Company to complete this assessment.

The Company will then confirm again to the Insured of the steps required to provide the Company with all the relevant diagnostic tests and medical documents necessary to complete this assessment.

- In the event that the assessment by the Company confirms that further Medically Necessary treatment is required due to the same Disease or Covered Medical Procedure previously treated by this Policy, this will be assessed by the Company (as detailed in Clause VI- Section 3), confirmed to the Insured by issuing a new Preliminary Medical Certificate, with the resulting list of recommended Hospitals and potential Treatment Abroad (as detailed in Clause VI- Section 3 and 4), being considered as a continuation of the same Claim.

The assessment may require, when medically justified in the view of the Company, the completion of a new Second Medical Opinion service.

After the final return of the Insured to [the Gulf Region](#) after receiving this new episode of Treatment Abroad, a new period of 180 days will be established for Follow-up Care as detailed in Clause IV- Section 5-Point B.

- In the event that the assessment by the Company establishes that this new request is related to a different Disease or Medical Procedure and therefore unrelated to the previous Claim, this scenario will be considered as a new and separate potential Claim, and the entire process detailed in this Clause VI will need to be followed.

7 Collaboration

The Insured and his/her relatives must allow visits by Doctors working for the Company and any enquiries considered necessary by the Company, for which purpose the Doctors who have visited and attended the Insured shall be released from the obligation to maintain professional secrecy.

Failure to allow these visits will be considered by the Company as an express waiver of the right to provide the Benefits on the relevant Claim covered by this Policy.

Clause VII: Uniform Provisions

1. **The Policy, its Provisions and Limitations:** This Policy, the original Application Form for it as submitted to the Company and, any endorsements made by the Company, together with any original amendments signed by the Policy Owner and filed with the Company, constitute the entire contract. All original statements made in applying for this Policy will be deemed, in the absence of fraud, representations and not warranties. No statement will be used to invalidate this Policy nor to defend against a claim under it unless contained in the original Application Form submitted to the Company and/or in any written and signed amendment to the Application Form filed with the Company.

No change in this Policy shall be valid until approved by an officer of the Company and unless such approval be endorsed hereon or attached hereto.

2. **Consideration:** This Policy is issued on the basis of the declarations made in the Application Form for insurance, and in consideration of the payment in advance of the Premium specified in the Policy Specification Schedule.

Concealment of facts or false statement in the declarations made by the Policy Owner / Insured which affect the acceptance of risk by the Company shall invalidate this Policy from its inception.

3. **Free Look Period:** The Policy Owner is entitled to a free trial period of thirty (30) days effective from the Policy date of issue as defined in the Policy Specification Schedule, during which time, the Policy Owner may cancel this Policy by sending a written request of cancellation, which must be received by the Company at any time within the first thirty (30) days following the Policy date of issue. During this free look period any cancellation request will be subject to a full refund of Premium paid. No refund will be made if a claim has already been paid.
4. **Policy Effective Date:** This Policy takes effect on the Policy Effective Date stated in the Policy Specification Schedule. After taking effect this Policy continues in effect until the Renewal Date specified in the Policy Specification Schedule and may continue in effect thereafter subject to the "Grace Period" and "Renewal Conditions" set forth herein. All periods of insurance shall begin on the day following the Policy Effective Date at 00:01 hours and expire at 23:59 hours of the Policy Expiry Date at the residence of the Insured.
5. **Renewal Conditions:** Following the expiry of the period of coverage as stated in the Policy Specification Schedule, this Policy may be renewed on each anniversary from term to term by payment in advance of the total Premium specified by the Company, which Premium shall be at the Company's Premium rate in force at the time of renewal, subject to the "Grace Period" and all other terms and conditions of this Policy. Unless renewed as herein provided, this Policy shall terminate at the expiration of the period for which the Premium has been paid, subject to the "Grace Period". Notwithstanding the aforesaid, the Company at the expiry of each period of coverage may decide to change the Premium rate at its own discretion, and it shall provide the Insured with prior written notice delivered to the Insured or mailed to the last address as shown by the records of the Company, thirty (30) days in advance. In such case, payment of the same Premium that the Insured used to pay during the validity of the previous period of coverage will not renew this Policy and this Policy will terminate at the end of the period of coverage, and renewal of this Policy will only take effect upon payment of the increased Premium rate as communicated by the Company in the written notice mentioned above.

Irrespective of the above, Premium will increase when the Insured attains age nineteen (19) years, fifty (50) years, fifty-five (55) years, sixty (60) years, sixty-five (65) years and seventy (70) years respectively.

6. **Grace Period:** A grace period of thirty-one (31) days will be granted for the payment of each Premium falling due after the first Premium, during which time this Policy shall be continued in force, unless this Policy has been cancelled in accordance with "Cancellation" clause. However, if loss occurs within the grace period, any Premium then due and unpaid will be deducted in settlement.
7. **Reinstatement:** When this Policy terminates by reason of nonpayment of Premium, this Policy may be reinstated with the consent of the Company within ninety (90) days after the due date of the Premium in default subject to:
 - a) A written application for reinstatement;
 - b) Production of evidence of insurability satisfactory to the Company; and
 - c) Payment of the applicable Premium at the time of reinstatement.

Such reinstatement shall only cover a Covered Disease or Covered Medical Procedure, occurring more than ninety (90) days after the date of reinstatement.

8. **Cancellation:** The Company may cancel this Policy at any time by written notice delivered to the Policy Owner, or mailed to the last address as shown by the records of the Company, stating when, not less than thirty (30) days thereafter, such cancellation shall be effective. The Policy Owner may also cancel this Policy by written notice delivered to the Company at least thirty (30) days prior to the date of cancellation. If the said Policy is cancelled by the Policy Owner or by the Company, any Premium paid will not be refunded.

9. Misstatement of Age: If the age of the Insured has been understated, all amounts payable under this Policy shall be such as the Premium paid would have purchased at the correct age. In the event the age of the Insured has been overstated, the Company will refund the excess Premium paid. If according to the correct age of the Insured, the coverage provided by this Policy would not have become effective, or would have ceased prior to the acceptance of such Premium or Premiums, then the liability of the Company during the period the Insured is not eligible for coverage shall be limited to the refund, upon written request, of all Premiums paid for the period not covered by this Policy.

10. Change of Address: The Company must be immediately informed of any change in the Insured's residence and/or business addresses within the Gulf Region. If the Insured sustains a loss after having changed his/ her residence and/or business address to a country other than the one declared at the time of Policy issuance, then the Company will apply the relevant rules of the insurance coverage terms of that new country, including but limited to the Premium rate applicable to that new country, starting from the date of the change. If under the new insurance coverage terms the Premium rate is higher than the Premium rate applicable to the country declared at the time of Policy issuance, then the Insured must pay the difference in Premium as determined by the Company. If the Insured did not pay the full Premium, including the difference mentioned above, the Company shall have the right to terminate this Policy effective from the date of change. Through this provision, the Company's insurance coverage terms in the new country shall be applied before the occurrence of the loss by the Insured under this Policy, or prior to the date where the proof of change of residence and/or business address was received by the Company.

11. To whom Indemnities are Payable: All indemnities of this Policy are payable to the Insured or to the Beneficiary(ies) designated under this Policy.

12. Termination of the Policy: The coverage under this Policy shall automatically terminate on the earliest of the following dates:

- a) Any premium on this Policy remains unpaid at the end of the Grace Period; or
- b) On the Policy anniversary date of this Policy immediately following the eighty-fifth (85th) birthday of the Insured; or
- c) Death of the Insured; or
- d) Upon payment of the lifetime Sum Insured (USD 2,000,000); or
- e) Upon relocation of the Insured outside the Gulf Region.

Termination of this Policy shall be without prejudice to any claim arising prior to such termination. The payment to or acceptance of any Premium hereunder subsequent to termination of this Policy shall not create any liability but the Company shall refund any such Premium.

13. Consent of Beneficiary: Consent of the Beneficiary, if any, shall not be requisite to change of Beneficiary or to any other changes in this Policy.

14. Change of Beneficiary: No change of Beneficiary under this Policy shall bind the Company, unless consent thereto is formally endorsed thereon by an officer of the Company.

15. Assignment: The Benefits under this Policy shall be non-assignable. No assignment of interest under this Policy shall be binding upon the Company.

16. Conformity with Country Statutes: Any provision of this Policy, which, on the Policy Effective Date, is in conflict with the statutes of the jurisdiction in which this Policy is delivered, is hereby amended to conform to the minimum requirements of such statutes.

17. Legal Action: All rights, legal actions and any other lawsuits or claims under this Policy shall lapse after the expiration of the legal period prescribed by the statute of limitations of the Governing Law.

18. Non-Participation: This Policy has no surrender value or paid up value, and does not participate in the profits or surplus of the Company.

19. Data Transfer: The Policy Owner hereby gives the Company unambiguous consent, to process, share and transfer his / her personal data to any recipient whether inside or outside the country, including but not limited to the Company's Headquarters in the USA, its branches, affiliates, reinsurers, business partners, professional advisers, insurance brokers and/or service providers where the Company believes that the transfer or share, of such personal data is necessary for: (i) the performance of this Policy;(ii) assisting the Company in the development of its business and products;(iii) improving the Company's customers experience;(iv) for the compliance with the applicable laws and regulations; or (v) for the compliance with other law enforcement agencies for international sanctions and other regulations applicable to the Company.

The Company will ensure that such recipients will have sufficient confidentiality obligations to procure the confidentiality of the personal information and provided that the Company complies with applicable laws in respect of such processing, sharing and transferring of that personal data. For clarity, personal data means any data/information related to the Policy Owner and/or the Policy Owner's family which might include any health, identity and financial information or contact details, disclosed to the Company at any time.

20. International and Local Sanction and Exclusion Clause:

MetLife is bound by and must comply with all applicable trade and economic sanctions laws and regulations, including those set forth by the U.S. Department of Treasury, Office of Foreign Assets Control (OFAC) and the United Nations. MetLife will not provide coverage and/or payment under this Policy and/or any supplementary contract if the Policy Owner, Insured, or person entitled to receive such payment is:

- (I) Residing in any sanctioned country;
- (II) Listed on the Office of Foreign Asset Control (OFAC) Specially Designated Nationals (SDN) list or any other international or local sanction list; or
- (III) Claiming the payment for any services received in any sanctioned country.

The Company shall not be liable to pay any Claim or provide any coverage or benefit to the extent that the provision of such coverage or benefit would expose the Company to any sanction under applicable laws.

21. VAT Treatment:

- Notwithstanding any other provision to the contrary stated in this Policy, the Policy Owner agrees that the Premium is exclusive of VAT as may be applicable under the provision of the VAT Law.
- If any supply or benefit provided under or in connection with this Policy is or become subject to VAT, the Company shall have the right to increase the Premium by the amount of the VAT and recover that additional amount from the Policy Owner in addition to the Premium.
- For the avoidance of doubt, if any supply or benefit provided under or in connection with this Policy becomes subject to VAT, any Premium payment the Company receives from the Policy Owner without the VAT additional amount will be considered unpaid until such time the Policy Owner pays the VAT additional amount in full.

Clause VIII: Discrepancy

In case of discrepancy between English and Arabic Policy wording, the latter shall prevail.

metlife.ae

MetLife, Inc. (NYSE: MET), through its subsidiaries and affiliates (“MetLife”), is one of the world’s leading financial services companies, providing insurance, annuities, employee benefits and asset management to help its individual and institutional customers navigate their changing world.

Founded in 1868, MetLife has operations in more than 40 countries and holds leading market positions in the United States, Japan, Latin America, Asia, Europe and the Middle East. For more information, visit www.metlife.com.

MetLife is a pioneer of life insurance with a presence of nearly 65 years in the Gulf. Through its branches, MetLife offers life, accident and health insurance along with retirement and savings products to individuals and corporations.

For more information, visit www.metlife-gulf.com.



MetLife | UAE
© 2021 METLIFE, INC.

التغطية الصحية في الخارج



التغطية الصحية في الخارج

إن شركة اميركان لايف انشورنس كومباني (متلايف)، (المشار إليها فيما بعد بـ "الشركة")

تؤمن الشركة بموجب هذه الوثيقة المؤمن عليه ضد الخسارة المغطاة حسب هذه الوثيقة ووفقاً للشروط والأحكام والتحديدات والنماذج والإستثناءات المتضمنة هنا. إن التأمين بموجب هذه الوثيقة يشمل فقط مبلغ التأمين المذكور أدناه.

صدرت هذه الوثيقة بناء على الطلب المقدم الخاص بهذه الوثيقة و لقاء الدفع المسبق للأقساط وفقاً لما هو منصوص عليه في هذه الوثيقة.

إن المنافع المبينة في جدول مواصفات الوثيقة إلى جانب الأحكام والشروط المبينة في هذه الصفحة والصفحات التالية لها تعتبر جزءاً من هذه الوثيقة.

التأمينات الأخرى لدى الشركة: إذا وجدت وثيقة مماثلة لوثيقة "التغطية الصحية في الخارج" أو منفعة إضافية صادرة سابقاً عن الشركة للمؤمن عليه ويكون سريانها متزامناً مع سريان هذه الوثيقة مما يجعل التعويض الإجمالي يفوق إجمالي الحد الأقصى للحماية التأمينية وهو ٢,٠٠٠,٠٠٠ دولار أمريكي، فإن الحماية التأمينية الفائضة عن الحد الأقصى تعتبر لاغية وتعاد جميع الأقساط التي دفعت مقابل هذه الحماية الفائضة إلى المؤمن عليه أو إلى تركته. إن إجمالي الحد الأقصى للحماية التأمينية يبلغ ٢,٠٠٠,٠٠٠ دولار أمريكي ويطبق هذا الحد على جميع وثائق التغطية الصحية في الخارج أو المنافع الإضافية، بغض النظر عن أية منافع مشابهة في أي وثائق أخرى (حياة أو تأمين جماعي) صادرة عن الشركة على حياة المؤمن عليه.

إن جميع المبالغ المستحقة الدفع بموجب هذه الوثيقة من قبل الشركة أو للشركة تدفع بالعملة المذكورة في جدول مواصفات الوثيقة وفي مكتب الشركة في البلد المذكور في جدول مواصفات الوثيقة.

القانون المطبق: تخضع هذه الوثيقة لأحكام القوانين والأنظمة الخاصة بدولة الإمارات العربية المتحدة و للقانون الاتحادي رقم (٦) لسنة ٢٠٠٧ في شأن إنشاء هيئة التأمين وتنظيم أعمالها، وكذلك تسري عليها كافة تلك القوانين والأنظمة. إن جميع المنازعات الناتجة عن هذه الوثيقة سوف تحال إلى محاكم دولة الإمارات العربية المتحدة.

قانون الضرائب: إن وجدت تدفع من قبل المؤمن عليه وفقاً لقوانين الضرائب النافذة أو التعديلات المطبقة عليها أو أي رسوم أو ضرائب جديدة تم فرضها على المنافع التي تقدمها الوثيقة، حيث يتم تحصيلها من المؤمن عليه أو اقتطاعها من المنافع القابلة للدفع وذلك بحسب القوانين المطبقة.

شهادة على ما تقدم جعلت اميركان لايف انشورنس كومباني (متلايف) هذه الوثيقة نافذة بتاريخ الإصدار المذكور في جدول مواصفات الوثيقة.



ديمتريوس مازاراكيس
مدير عام - الخليج

اميركان لايف انشورنس كومباني (متلايف) فرع الإمارات العربية المتحدة

المكتب التنفيذي - الخليج

ص.ب. ٣٧١٩١٦ دبي - إ.ع.م.

ملاحظات هامة

هذه الوثيقة هي عقد طويل الأمد ملزم قانونياً. يجب على مالك الوثيقة قراءة بنود هذه الوثيقة بشكل كامل ليضمن أنها مناسبة وتفي بجميع متطلباته/متطلباتها.

ويجب على مالك الوثيقة التأكد أن نسخة منها، إلى جانب أية وثائق أخرى قد زودتها الشركة لمالك الوثيقة، محفوظة لديه في مكان آمن للرجوع إليها في المستقبل.

تستند هذه الوثيقة إلى فهم الشركة للقانون والإجراءات المتبعة في بلد الدفع المذكور في جدول مواصفات الوثيقة من تاريخ نفاذ الوثيقة. وفي حال طرأت:

- أية تعديلات على القانون الضريبي أو فرضت رسوم أو ضرائب جديدة على شركة التأمين، أو

- تم تغيير أي قانون أو اللوائح التي تحكم عمل شركات التأمين في بلد الدفع؛

من الممكن أن تعدل الشركة منافع وشروط وأحكام هذه الوثيقة، بعد أخذ الموافقة المسبقة عليها من قبل هيئة التأمين، ووفقاً لما تراه مناسباً. وسوف يتم إخطار مالك الوثيقة كتابياً بأي تعديلات على آخر عنوان قام مالك الوثيقة بإبلاغه للشركة.

إن هذه الوثيقة هي عقد صادر بناء على حسن نية. وهذا يعني أن مالك الوثيقة ملزم بأن يكشف لشركة التأمين عن جميع المعلومات المطلوبة لشركة التأمين لضمان اكتساب هذه الوثيقة على نحو دقيق وكامل. في ما عدا حالات الغش، سوف تعتبر جميع التصريحات المقدمة من أجل الحصول على هذه الوثيقة بيانات وليست إثباتات. لن يستخدم أي تصريح لإبطال هذه الوثيقة أو رفض أي مطالبة مقدمة بموجبه إلا إذا كان مصرحاً به في طلب التأمين المقدم إلى شركة التأمين و/أو أي تعديل كتابي لهذا الطلب أو أية خطاب كتابي موثق ومثبت بسجلات الشركة.

المحتويات

٤	تعريفات	البند ١
٤	(أ) تعريفات عامة	
٤	(ب) تعريفات طبية	
٥	موضوع التأمين	البند ٢
٥	الأمراض والإجراءات الطبية المشمولة بالتغطية التأمينية	البند ٣
٦	الخدمات والنفقات والمنافع النقدية المشمولة بالتغطية التأمينية	البند ٤
٦	١. الخدمات المشمولة بالتغطية التأمينية قبل تلقي العلاج بالخارج	
٦	٢. النفقات الطبية المشمولة بالتغطية التأمينية أثناء العلاج بالخارج	
٧	٣. النفقات غير الطبية المشمولة بالتغطية التأمينية أثناء العلاج بالخارج	
٧	(أ) نفقات السفر للعلاج في الخارج	
٧	(ب) نفقات الإقامة أثناء العلاج بالخارج	
٧	(ج) نفقات إعادة رفات المتوفى إلى الوطن	
٧	٤. المنافع النقدية المشمولة بالتغطية التأمينية أثناء العلاج بالخارج	
٧	(أ) تعويض يومي للعلاج في المستشفى	
٧	٥. النفقات الطبية المشمولة بالتغطية التأمينية بعد العودة من العلاج بالخارج	
٧	(أ) النفقات المتعلقة بالأدوية بعد العودة من العلاج بالخارج	
٨	(ب) رعاية المتابعة بعد العودة من العلاج بالخارج	
٨	الاستثناءات	البند ٥
٨	١. الاستثناءات العامة	
٨	٢. الاستثناءات الطبية	
٨	٣. النفقات المستثناة	
٩	إجراء المطالبات	البند ٦
١٠	الأحكام الموحدة	البند ٧
١١	التعارض	البند ٨

البند ١: تعريفات

أ) تعريفات عامة

نموذج الطلب: نموذج يجب على المؤمن عليه و/أو مالك الوثيقة تعبئته لتقديم بطلب هذه الوثيقة، وهو الأساس لتحليل المخاطر الذي أجرته الشركة. في حالة الفاصرين، يمكن تعبئة النموذج وتوقيعه من قبل مالك الوثيقة أو الوصي القانوني للمؤمن عليه.

المستفيد (المستفيدون): الشخص (الأشخاص) المحدد اسمه (أسمائهم) في طلب التأمين ما لم يتم تغييرهم لاحقاً وفقاً لأحكام الوثيقة ووافقت عليهم الشركة. في حال عدم تعيين أي مستفيد في طلب التأمين يكون الورثة الشرعيين هم المستفيدون.

استشاري أمراض القلب: طبيب متخصص ومعترف به رسمياً بوصفه أخصائي أمراض قلب من جانب المجلس الطبي المحلي فيما يتعلق بتشخيص وعلاج أمراض و حالات القلب والأوعية الدموية.

المنافع: مدى أو درجة الخدمة والتغطية التأمينية التي يحق للمؤمن عليه الحصول عليها بموجب الوثيقة.

المطالبة: الإخطار الذي يقدمه المؤمن عليه للشركة بشأن مرض مؤكد وفقاً للإجراء الوارد في البند (٣) بوصفه أحد الأمراض المشمولة بالتغطية التأمينية أو التي تتطلب أحد الإجراءات الطبية المشمولة بالتغطية التأمينية، والذي يتيح للمؤمن عليه الحصول على منافع الوثيقة.

الشركة تعني أميركان لايف إنشورنس كومباني (متلايف).

تاريخ بداية التغطية أينما وردت في هذه الوثيقة تعني تسعين يوماً (٩٠) بعد: (أ) تاريخ نفاذ الوثيقة؛ (ب) التاريخ المذكور على أي تظهير على الوثيقة نتيجة تغيير في التغطية؛ أو (ج) تاريخ إعادة سريان هذه الوثيقة في حال إعادة السريان، أيهم اللاحق.

الطبيب: أخصائي مخول قانوناً لمزاولة مهنة الطب.

الاستثناء: هو حالة محددة لا تغطيها هذه الوثيقة ولا تلتزم الشركة بسداد أي مدفوعات في حال تقديم مطالبة بشأنها. وترد الاستثناءات في البند (٥) من هذه الوثيقة.

الفترة المستثناة: تسعين (٩٠) يوماً، اعتباراً من تاريخ نفاذ الوثيقة، والتي خلالها لا يخضع أي مرض مشخص أو معالج أو تظهر أعراضه الأولى ذات الصلة والموتقة طبيياً لأي من منافع الوثيقة خلال مدة سريان الوثيقة.

المؤمن عليه: الشخص المحدد في جدول مواصفات الوثيقة الذي صيغت هذه الوثيقة لصالحه، والمستفيد من الحقوق المكتسبة بموجب هذه الوثيقة، ولكنه يتحمل أيضاً الالتزامات الواردة في العقد في حال غياب/تخلف مالك الوثيقة ويكون عمره بين ستة (٦) أشهر وأربعة وستين (٦٤) عاماً عند التقدم بالطلب لهذه الوثيقة.

خدمة مسؤول الخدمات الطبية: خدمة ترتب الشركة بموجبها، فيما يتعلق بمطالبة موافق عليها، جميع التفاصيل المرتبطة بالعلاج الطبي لأحد الأفراد، ويشمل هذا الإشراف على الحالة والمساعدة في ترتيبات السفر والإقامة للفرد وأي مرافق مؤهل.

الوثيقة: المستند المكتوب الذي يفصل شروط عقد التأمين، بما فيها الشروط والأحكام العامة للوثيقة، ونموذج الطلب، وجدول مواصفات الوثيقة، فضلاً عن أي تظهير/تظهيرات يمكن تضمينه/تضمينها، إذا لزم الأمر، لإجراء تعديل أو تغيير في هذه المستندات.

تاريخ نفاذ الوثيقة: يعني التاريخ الذي يسري مفعول هذه الوثيقة فيه. إن تاريخ نفاذ الوثيقة المذكور في جدول مواصفات الوثيقة.

تاريخ انتهاء الوثيقة: هو التاريخ الذي تنتهي فيه تغطية المؤمن عليه بموجب هذه الوثيقة و تتوقف عن كونها فعالة.

مالك الوثيقة: الشخص الذي يتقدم بطلب للوثيقة ويوافق عليها والذي يكون ملزماً قانوناً بأداء الالتزامات الواردة في الوثيقة، باستثناء الالتزامات التي تؤثر على المؤمن عليها نظراً لطبيعتها. و الذي يكون عمره واحد و عشرين (٢١) عاماً وما فوق.

جدول مواصفات الوثيقة: مستند يشكل جزءاً من الوثيقة ويوضح تفاصيل المؤمن عليه ومالك الوثيقة، فضلاً عن مبلغ التأمين وقسط التأمين وتاريخ نفاذ الوثيقة وتاريخ التجديد.

القسط: سعر التأمين، وهو المبلغ المستحق للشركة. ومعدل السداد مفصل في جدول مواصفات الوثيقة. وسيضمن الإيصال ضريبة القيمة المضافة والضرائب (إن وجدت).

خدمة الرأي الطبي الثاني: هي رأي طبي ثاني فيما يتعلق بالحالات المشمولة بالتغطية التأمينية، ويشمل هذا تقديم تقرير لرأي طبي ثاني، وذلك بعد جمع السجلات الطبية للمريض ومراجعتها مراجعةً تفصيليةً، من جانب أخصائي طبي خبير.

مبلغ التأمين: أقصى مبلغ مستحق في حالة أحد الأمراض المشمولة بالتغطية أو أحد الإجراءات الطبية المنصوص عليها في البند (٣) من هذه الوثيقة بمعنى ١٠,٠٠٠,٠٠٠ دولار أمريكي في السنة (٢,٠٠٠,٠٠٠ دولار أمريكي لمدى الحياة).

الإرهاب: يعني أحد أعمال العنف أو التهديد بارتكابها أو فعل يضر بحياة البشر أو الممتلكات المادية أو غير المادية أو البنية التحتية أو بهدف التأثير على أي حكومة أو مشروع تجاري، أو إخافة العامة أو أي قسم منهم.

منطقة الخليج: البحرين، الكويت، عمان، قطر والإمارات العربية المتحدة.

ضريبة القيمة المضافة تعني أي ضريبة قيمة مضافة مستحقة الدفع عن توريد البضائع أو تقديم الخدمات أو غيرها بما يتفق مع الأحكام الواردة في قانون ضريبة القيمة المضافة.

قانون ضريبة القيمة المضافة يعني القانون الاتحادي رقم (٨) لسنة ٢٠١٧ في شأن ضريبة القيمة المضافة وتعديلاته في الإمارات العربية المتحدة.

الحرب تعني الحرب أو العمليات شبه الحربية (سواء أكانت حرب معلنة) أم لا أو غزو أو عمل عدو خارجي أو أعمال عنوانية أو تمرد أو فتنة أو هيجان أو شغب أهلي أو حرب أهلية أو عصيان أو ثورة أو أعمال عنف أو مؤامرة أو حكم مغتصب أو حكم عرفي أو قانون عرفي أو حالة حصار أو أي من الاحداث أو الاسباب التي تحمل على اعلان أو ابقاء القانون العرفي أو حالة الحصار.

ب) تعريفات طبية

الطب البديل: الأنظمة والممارسات والمنتجات الطبية والصحية التي لا تُعتبر في الوقت الحالي جزءاً من الطب التقليدي أو العلاجات العادية، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر: الوخز بالإبر، العلاج بالاعشاب، طب العلاج اليدوي، طب المعالجة المثلية، المداواة الطبيعية، الأيورفيدا (علم الحياة)، الطب الصيني التقليدي، والطب التقيومي.

الاضطرابات المعرفية: الاضطرابات التي تضعف بشكل كبير الوظيفة المعرفية للمؤمن عليه إلى الحد الذي يكون عنده أداء الأعمال العادية في المجتمع مستحيلاً دون علاج، وذلك على النحو المحدد في النسخة الأخيرة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-V).

العلاج التجريبي: علاج أو إجراء أو برنامج علاجي أو أجهزة أو دواء أو منتج صيدلاني، مخصص للاستخدام الطبي أو الجراحي، الذي:

الأمراض الموجودة مسبقاً: أي أمراض أو حالة طبية لدى المؤمن عليه تم الإبلاغ عنها أو تشخيصها أو علاجها أو أظهرت أعراض أو نتائج (علامات) ذات صلة موثقة طبياً في غضون العشرة أعوام التي تسبق تاريخ بداية التغطية.

الشهادة الطبية الأولية: موافقة مكتوبة، صادرة من الشركة تتضمن تأكيد على التغطية التأمينية بموجب هذه الوثيقة قبل تلقي العلاج بالخارج في المستشفى الموضحة، وذلك لأي علاج أو خدمات أو مستلزمات أو صفات تتعلق بإحدى المطالبات.

الجهاز التعويضي: هو جهاز بديل لعضو بالكامل أو جزء منه أو بديل لكل أو جزء من وظيفة أحد أعضاء الجسم التي لا تعمل.

الجراحة الترميمية: عمليات جراحية يُستهدف منها إعادة بناء هيكل لتصحيح وظيفته المفقودة.

الجراحة: جميع العمليات التي تُجرى بغرض تشخيصي أو علاجي من خلال شق أو طرق أخرى للوصول إلى داخل الجسم، وذلك من جانب أحد الجراحين في أحد المستشفيات والتي عادةً ما تتطلب استخدام غرفة عمليات.

العلاج بالخارج: علاج ضروري من الناحية الطبية تجري الشركة الترتيبات له خارج منطقة الخليج وتُسد قيمته عن طريق هذه الوثيقة.

البند ٢: موضوع التأمين

موضوع هذه الوثيقة هو تقديم تغطية تأمينية للمؤمن عليه للخدمات والنفقات الطبية فيما يتعلق بعلاج الأمراض والإجراءات الطبية المشمولة بالتغطية التأمينية، وذلك عند توافر جميع الشروط التالية:

- الخضوع للإجراء الطبي أثناء مدة التغطية التأمينية؛
- المرض ليس مرض أو حالة موجودة مسبقاً؛
- لم يجر تشخيص المرض أو علاجه، ولم تُوثق أي أعراض أو نتائج (علامات) ذات صلة به توثيقاً طبياً أثناء الفترة المستثناة؛
- العلاج ضروري من الناحية الطبية؛
- النفقات والمنافع المالية تقع ضمن حدود مبلغ التأمين؛
- تجري الشركة الترتيبات للعلاج وفقاً للإجراءات المتعلقة بالمطالبات الموضحة في البند (٦)؛
- تنشأ النفقات الطبية خارج منطقة الخليج باستثناء نفقات الأدوية المشمولة بالتغطية التأمينية في البند (٤) القسم (٥) النقطة (أ).
- تغطي الوثيقة نفقات أي إجراءات تشخيصية أو علاج أو خدمات أو مستلزمات أو صفات طبية على النحو الوارد في البند (٤).

البند ٣: الأمراض والإجراءات الطبية المشمولة بالتغطية التأمينية

الأمراض والإجراءات الطبية التالية مشمولة بالتغطية التأمينية الخاصة بهذه الوثيقة:

أ - السرطان

علاج:

١. أي ورم خبيث بما في ذلك ابيضاض الدم والسااركوما واللمفوما التي تتسم بنمو وانتشار غير منضبط للخلايا السرطانية الخبيثة وغزو الأنسجة المجاورة؛
٢. أي سرطان موضعي منحصراً في الظهارة حيث ظهر ولم يغزو السدى أو الأنسجة المحيطة؛

• لم توافق عليه عالمياً المنظمات العلمية المختلفة التي يعترف بها المجتمع الطبي الدولي بوصفه علاج آمن وفعال وملئم للأمراض أو الإصابات، أو

• مازال قيد الدراسة أو البحث أو الاختبار أو في أي مرحلة من مراحل التجارب السريرية.

رعاية المتابعة: أي رعاية طبية أو علاج أو دواء أو خدمة فحص بعد تلقي العلاج بالخارج والمستخدم في التالي:

• تحديد إذا ما كان من المحتمل أن يعاني المؤمن عليه من أحد الأمراض أو الحالات الطبية في المستقبل، أو

• الوقاية من الإصابة أو تكرار الإصابة بالمرض أو الحالة الطبية في المستقبل ولكن ذلك حين لا توجد في الوقت الحالي أي أعراض و/أو نتائج (علامات) سريرية و/أو ظاهرة.

المستشفى: مؤسسة خاصة أو عامة معتمدة قانوناً لتقديم العلاج الطبي للأمراض أو الإصابات الجسدية، ومجهزة بوسائل مادية/تكنولوجية وبطاقم مناسب للقيام بالتشخيص والتدخلات الجراحية، ويقوم على إدارتها أطباء وطواقم طبي على مدار ٢٤ ساعة في اليوم.

العلاج في المستشفى: العلاج المقدم لأحد الأمراض و/أو الإجراءات الطبية المشمولة بالتغطية التأمينية مع الإقامة في أحد المستشفيات أو العيادات الليلة واحدة على الأقل.

الإصابة: ضرر جسدي أصاب جسد المؤمن عليه.

المرض: أي اضطراب يصيب نظام الجسم أو هيكل أعضائه أو وظائفها بمجموعة محددة ومعينة من العلامات والأعراض، أو التغييرات التشريحية المتسقة. وإلى جانب ذلك، يجب أن يجري التشخيص طبيب مسجل بشكل قانوني في تخصصه.

ويعتبر المرض جميع الإصابات والتأثيرات الناشئة عن نفس التشخيص، فضلاً عن جميع الاعتلالات العائدة لنفس السبب أو الأسباب ذات الصلة. وإذا كان الاعتلال نتيجة نفس السبب الذي أدى إلى المرض السابق أو سبب ذي صلة به، فيعتبر المرض استمراراً للمرض السابق وليس مرضاً منفصلاً.

الضروري من الناحية الطبية: خدمات أو مستلزمات الرعاية الصحية التي تكون:

- موصوفة للمؤمن عليه لغرض علاج أحد الأمراض المشمولة بالتغطية التأمينية أو الترتيب لأحد الإجراءات الطبية المشمولة بالتغطية التأمينية بهدف تحسن الحالة الطبية للمؤمن عليه؛ و
- معترف بها بوصفها فعالة في تحسين النتائج الصحية بعد الخطط العلاجية المتسقة في النوع والمعدل والمدة مع التشخيص وفقاً للمطبوعات والتحقيقات الطبية المنشورة أو المبادئ التوجيهية الأمريكية، البريطانية و/أو الأوروبية القائمة على أساس علمي (ولاسيما، المبادئ التوجيهية للشبكة الوطنية الشاملة للسرطان للممارسات السريرية في علم الأورام والتي ستطبق في علاج السرطان: البند (٣) - أ)؛ و

• فعالة من حيث التكلفة مقارنةً بالعلاجات البديلة التي تؤدي إلى نتائج مماثلة، بما في ذلك عدم الخضوع للعلاج من الأساس، و

• مطلوبة لأسباب أخرى بخلاف ملاءمتها للمؤمن عليه أو طبيبه.

حقيقة أن أحد الأطباء يمكن أن يوصي بإحدى الخدمات أو المستلزمات أو يصفها أو يأمر بالحصول عليها أو يوافق عليها لا تجعل بالضرورة، في حد ذاتها، هذه الخدمة أو المستلزم ضروري من الناحية الطبية.

الدواء: أي مادة أو مجموعة مواد يمكن أن تُستخدم في استعادة الوظائف الفسيولوجية وتصحيحها وتحسينها، أو تُعطى للمؤمن عليه بهدف ذلك، أو بهدف المساهمة في إثبات تشخيص طبي. ويجب أن يكون الدواء متاحاً فقط على أساس وصفة طبية من أحد الأطباء ويصرفه صيدلي مرخص له.

والوصفة المكتوبة لأحد الأدوية التي تحمل اسم علامة تجارية تصلح لعلاج دوائي عام بنفس المكونات الفعالة والتركيز والجرعة للدواء الذي يحمل اسم علامة تجارية.

السرطان غير الغزوي أو "اللابد": ورم خبيث يقتصر على الظهارة التي نشأ منها ولا يغزو اللخمة أو الأنسجة المحيطة.

٣. أي تغيير محتمل التسرطن في الخلايا المصنفة من ناحية علم الخلايا أو علم الأنسجة على أنها خلل تنسج عالي أو خلل تنسج حاد من درجة مرتفعة.

مع ذلك، الرجاء أخذ العلم أن هناك حالات استثناء لعلاج الأشكال التالية من السرطان:

- أي ورم في وجود متلازمة العوز المناعي المكتسب (الإيدز).
- أي سرطان جلدي غير قنامي غير المصنف من ناحية علم الأنسجة على أنه قد تسبب في حدوث غزو خارج البشرة (الطبقة الخارجية للجلد).

ب - جراحة فتح مجرى جانبي للشریان التاجي

الخضوع لجراحة بناءً على مشورة استشاري أمراض القلب لتصحيح ضيق أو انسداد شريان تاجي أو أكثر باستخدام ترقيع جانبي.

يرجى العلم أن العلاجات التالية ستكون مستثناة:

أي أمراض متعلقة بالشریان التاجي تخضع للعلاج باستخدام أساليب أخرى بخلاف ترقيع لشرایين التاجية، شأنها شأن أي نوع من جراحة الأوعية الدموية والدعامات.

ج- جراحة صمام القلب

استبدال داخلي أو إصلاح لصمام قلب أو أكثر، بصورة مستقلة عما إذا تم إجراؤها مع جراحة الصدر المفتوح أو بأدنى حد من التدخل الجراحي أو عن طريق علاج قسطرة القلب بناءً على مشورة استشاري أمراض القلب.

د - ورم الدماغ الحميد

- أي تدخل جراحي في الدماغ أو أي هياكل أخرى داخل الجمجمة؛
- علاج الأورام الحميدة الموجودة في النخاع الشوكي (النخاع).

هـ - زراعة عضو من متبرع حي

جراحة زراعة الأعضاء التي يحصل فيها المؤمن عليه على كلية أو جزء من الكبد أو فص رئوي أو قسم من البنكرياس من متبرع آخر.

يرجى أخذ العلم أن العلاجات التالية ستكون مستثناة:

- أي جراحة زراعة أعضاء عندما تنشأ الحاجة إلى إجرائها نتيجة لأمراض الكبد الكحولية.
- أي جراحة زراعة أعضاء يتم إجراؤها كجراحة زراعة ذاتية.
- أي جراحة زراعة أعضاء يكون فيها المؤمن عليه متبرعاً لطرف آخر (غير مشمول بوثيقة التأمين هذه).
- أي جراحة زراعة أعضاء من متبرع ميت.
- أي جراحة زراعة أعضاء تحتوي على علاج الخلايا الجذعية.
- جراحة زراعة الأعضاء التي تتم من خلال شراء أعضاء المتبرع.

و - زراعة النخاع العظمي

زراعة النخاع العظمي (BMT) أو زراعة الخلايا الجذعية الدموية الطرفية (PBST) لخلايا النخاع العظمي للمؤمن عليه المستمدة من:

- المؤمن عليه (زراعة النخاع العظمي الذاتية)؛ أو
- من متبرع حي متوافق مع المؤمن عليه (زراعة النخاع العظمي الخيفية).

يرجى أخذ العلم أنه سيتم استثناء زراعة الخلايا الجذعية المكونة للدم (HCT) باستخدام دم الحبل السري.

البند ٤: الخدمات والنفقات والمنافع النقدية المشمولة بالتغطية التأمينية

١. الخدمات المشمولة بالتغطية التأمينية قبل تلقي العلاج بالخارج

خدمة الرأي الطبي الثاني: سيحق للمؤمن عليه أن يطلب من الشركة، عند الإخطار بالمطالبة، خدمة الرأي الطبي الثاني لتأكيد تشخيص المرض أو الإجراء الطبي المشمولين بالتغطية التأمينية وتقييم خطة العلاج المثل.

يمكن طلب خدمة الرأي الطبي الثاني مرة واحدة فقط في كل مطالبة.

٢. النفقات الطبية المشمولة بالتغطية التأمينية أثناء العلاج بالخارج

ستغطي هذه الوثيقة النفقات الطبية التالية للعلاج في الخارج (حتى الحدود المذكورة بموجب مبلغ التأمين) والتي تنشأ فيما يتصل بالعلاج الضروري من الناحية الطبية للأمراض والإجراءات الطبية المشمولة بالتغطية التأمينية وفقاً للشروط المنصوص عليها في الشهادة الطبية الأولية.

١. النفقات التي تطلبها المستشفى، فيما يتعلق بما يلي:

- الإقامة والوجبات وخدمات التمريض العامة المقدمة أثناء إقامة المؤمن عليه في غرفة أو جناح أو قسم بالمستشفى أو في وحدة العناية المركزة أو وحدة المراقبة؛
- خدمات المستشفى الأخرى بما يشمل تلك الخدمات التي يقدمها قسم مرضى العيادات الخارجية بالمستشفى (بما في ذلك المترجم الطبي)، فضلاً عن النفقات المتعلقة بتكاليف سرير إضافي أو سرير المرافق في حالة كان المستشفى يقدم هذه الخدمة؛
- استخدام غرفة العمليات وجميع الخدمات المشمولة فيها.

٢. النفقات التي تطلبها عيادة نهارية أو مركز رعاية صحية مستقل، لكن فقط في حالة كان العلاج أو الجراحة أو الوصفة الطبية مشمولاً بموجب هذه الوثيقة في حالة تقديمها في أحد المستشفيات.

٣. النفقات التي يطلبها طبيب فيما يتعلق بالفحص أو العلاج أو الرعاية الطبية أو الجراحة.

٤. مقابل زيارات الطبيب أثناء العلاج بالمستشفى.

٥. مقابل الخدمات الطبية، العلاجات، الوصفات الطبية التالية:

- مقابل التخدير وإعطاء مواد التخدير، شريطة إتمامه بمعرفة طبيب تخدير مؤهل؛
- التحاليل المخبرية وقسم الأمراض والأشعة السينية لأغراض الإعداد للعلاج والعلاج الإشعاعي والنظائر المشعة والمعالجة الكيميائية ومخطط كهربية القلب وتخطيط صدى القلب وتصوير النخاع ومخطط كهربية الدماغ والصورة الوعائية والتصوير المقطعي المحوسب وغيرها من الفحوصات المماثلة والعلاجات اللازمة لعلاج الأمراض أو الإجراءات الطبية المشمولة بالتغطية التأمينية، عند إتمامها بمعرفة طبيب أو تحت إشراف طبي؛
- نقل الدم وإعطاء البلازما ومصل الدم؛
- النفقات المتعلقة باستخدام الأكسجين وإعطاء المحاليل والحقن الوريدية.
- العلاج الإشعاعي: الإشعاع عالي الطاقة لتقليص الأورام والقضاء على الخلايا السرطانية بالأشعة السينية وأشعة جاما والجسيمات المشحونة هي أنواع من الإشعاع المستخدم لعلاج السرطان سواء عن طريق جهاز خارج الجسم (العلاج الإشعاعي بالإشعاع الخارجي) أو بوضع مواد مشعة في الجسم بالقرب من الخلايا السرطانية (العلاج الإشعاعي بالإشعاع الداخلي، العلاج الإشعاعي الموضعي).
- الجراحة الترميمية لإصلاح أو إعادة بناء هيكل متضرر أو مستأصل عن طريق الإجراءات الطبية المرتب لها والمدفوع مقابلها بموجب هذه الوثيقة.
- علاج المضاعفات أو الآثار الجانبية المرتبطة ارتباطاً مباشراً بالإجراءات الطبية المرتب لها أو المدفوع مقابلها بموجب هذه الوثيقة والتي:

١. تتطلب رعاية طبية فورية في مستشفى أو بيئة سريرية؛ و

٢. تتطلب معالجتها قبل إعلان أن المؤمن عليه جاهز من الناحية الطبية للسفر إلى منطقة الخليج بعد إتمام مرحلة العلاج بالخارج.

٦. مقابل الدواء المصروف بوصفة طبية عندما يكون المؤمن عليه خاضعاً للعلاج بالمستشفى من مرض أو إجراء طبي مشمول بالتغطية التأمينية. الدواء الموصوف لعلاج ما بعد الجراحة مشمول بالتغطية لمدة ٣٠ يوماً من تاريخ استكمال المؤمن عليه لمرحلة العلاج بالخارج فقط عند شرائه قبل العودة إلى منطقة الخليج.

ب) نفقات الإقامة أثناء العلاج بالخارج

مقابل إقامة المؤمن عليه ومرافق السفر (أو مرافقي سفر، عندما يكون المؤمن عليه الذي يتلقى العلاج قاصراً) والمتبرع الحي في حالة جراحة زراعة الأعضاء خارج منطقة الخليج وذلك لغرض وحيد ألا وهو تلقي العلاج بالخارج على النحو المعتمد من جانب الشركة في الشهادة الطبية الأولية. ويجب أن تتولى الشركة جميع ترتيبات الإقامة ولن تدفع الشركة مقابل أي ترتيبات إقامة قام بها المؤمن عليه أو أي طرف خارجي نيابة عن المؤمن عليه.

ستكون الشركة مسؤولة عن تحديد مواعيد الحجز للإقامة استناداً إلى جدول العلاج المعتمد. وسيُبلغ المؤمن عليه بهذه المواعيد لمنحه وقت كافٍ لاتخاذ جميع الترتيبات الشخصية اللازمة.

ستحدد الشركة تاريخ العودة استناداً إلى إكمال العلاج والاتفاق مع الطبيب المعالج على أن المؤمن عليه جاهز للسفر.

في حالة غير المؤمن عليه مواعيد السفر عن تلك المواعيد التي حجزتها الشركة وأبلغته بها، فسيتمتع على المؤمن عليه تعويض الشركة عن جميع تكاليف التنظيم ذات الصلة واتخاذ ترتيبات إقامة جديدة ما لم تؤكد الشركة أن تلك التغييرات ضرورية من وجهة نظر طبية.

ستتضمن ترتيبات الإقامة ما يلي:

- الحجوزات للغرف المزدوجة أو الغرف المزودة بسريرين في فندق ثلاث أو أربع نجوم، بما يشمل وجبة الإفطار.
- (سيتوقف اختيار الفندق على التوافر ويستند إلى قربه من المستشفى أو الطبيب المعالج في محيط ١٠ كيلومترات).
- الوجبات (باستثناء وجبة الإفطار) والتكاليف العرضية في الفندق غير مشمولة بالتغطية التأمينية. ولا يمكن للمؤمن عليه دفع مقابل ترقية الإقامة داخل الفندق.

ج) نفقات إعادة رفات المتوفى إلى الوطن

في حالة وفاة المؤمن عليه (و/أو المتبرع الحي في حالة زراعة الأعضاء) خارج منطقة الخليج أثناء تلقي العلاج بالخارج، ستدفع الشركة مقابل عودة رفات المتوفى إلى منطقة الخليج.

تقتصر هذه التغطية فقط على تلك الخدمات والإمدادات الضرورية لتجهيز جثمان المتوفى ونقله إلى منطقة الخليج، بما في ذلك:

- الخدمات التي تقدمها شركة الجنازات التي تتولى إعادة الجثمان إلى أرض الوطن، بما في ذلك التحنيط وجميع الإجراءات الإدارية.
- الحد الأدنى للنعش الإلزامي.
- نقل رفات المتوفى من المطار إلى المكان المعين لدفنه في منطقة الخليج.

٤. المنافع النقدية المشمولة بالتغطية التأمينية أثناء العلاج بالخارج

أ) تعويض يومي للعلاج في المستشفى

لكل يوم كامل من الإقامة بالمستشفى المعتمدة من جانب الشركة في الشهادة الطبية الأولية والمدفوع مقابلها بموجب الوثيقة للعلاج بالخارج من مرض أو إجراء طبي مشمول بالتغطية التأمينية.

٥. النفقات الطبية المشمولة بعد العودة من العلاج بالخارج

أ) النفقات المتعلقة بالأدوية بعد العودة من العلاج بالخارج

مقابل تكاليف الأدوية التي يتم شراؤها في منطقة الخليج، بعد العلاج بالخارج بفترة تزيد عن ٣ ليالي من العلاج بالمستشفى التي اعتمدها الشركة في الشهادة الطبية الأولية ودفعت مقابلها بموجب هذه الوثيقة.

٧. مقابل الانتقالات أو النقل بالإسعاف الأرضي أو الجوي والذي يحدد استخدامه الطبيب وتعتمده الشركة مسبقاً.

٨. مقابل الخدمات المقدمة إلى متبرع حي أثناء عملية استئصال عضو لزراعته في جسم المؤمن عليه الناشئة عن:

- تكاليف التحاليل والفحوصات المنفذة لتحديد المتبرع المناسب من ضمن أفراد عائلة المؤمن عليه؛

- خدمات المستشفى المقدمة للمتبرع، بما في ذلك الإقامة في غرفة أو جناح أو قسم بالمستشفى بالإضافة إلى الوجبات وخدمات التمريض العامة والخدمات المنتظمة المقدمة من جانب طاقم عمل المستشفى والفحوصات المخبرية واستخدام المعدات وغيرها من مرافق المستشفى (باستثناء الأشياء المخصصة للاستخدام الشخصي غير المطلوبة أثناء عملية استئصال العضو أو النسيج المقرر زراعته في جسم المؤمن عليه)؛

- مقابل الجراحة والخدمات الطبية الخاصة باستئصال عضو أو نسيج المتبرع المقرر زراعته في جسم المؤمن عليه.

٩. مقابل الخدمات والمواد المقدمة لمستشفيات النخاع العظمي فيما يتصل بالنسيج المقرر زراعته في جسم المؤمن عليه. وستشمل التغطية النفقات المتكبدة من تاريخ إصدار الشهادة الطبية الأولية.

٣. النفقات غير الطبية المشمولة بالتغطية التأمينية أثناء العلاج بالخارج

ستغطي هذه الوثيقة النفقات غير الطبية التالية (لغاية الحدود المبينة في جدول مواصفات الوثيقة) الناشئة فيما يتصل بالسفر وترتيبات الإقامة التي تتولاها الشركة من أجل السماح للمؤمن عليه بالحصول على العلاج الطبي وفقاً للشروط المنصوص عليها في الشهادة الطبية الأولية.

أ) نفقات السفر للعلاج في الخارج

مقابل سفر المؤمن عليه ومرافق السفر (أو مرافقي سفر، عندما يكون المؤمن عليه الذي يتلقى العلاج قاصراً) وعند الاقتضاء المتبرع الحي في حالة جراحة زراعة الأعضاء خارج منطقة الخليج وذلك لغرض وحيد ألا وهو تلقي العلاج بالخارج على النحو المعتمد من جانب الشركة في الشهادة الطبية الأولية. ويجب أن تتولى الشركة جميع ترتيبات السفر ولن تدفع الشركة مقابل أي ترتيبات سفر قام بها المؤمن عليه أو أي طرف خارجي نيابة عن المؤمن عليه.

ستكون الشركة مسؤولة عن تحديد مواعيد السفر استناداً إلى جدول العلاج المعتمد. وسيُبلغ المؤمن عليه بهذه المواعيد لمنحه وقت كافٍ لاتخاذ جميع الترتيبات الشخصية اللازمة.

في حالة غير المؤمن عليه مواعيد السفر عن تلك التي أبلغته به الشركة، فسيتمتع على المؤمن عليه تعويض الشركة عن جميع تكاليف التنظيم ذات الصلة واتخاذ ترتيبات سفر جديدة ما لم تؤكد الشركة أن تلك التغييرات ضرورية من وجهة نظر طبية.

سوف تتضمن نفقات السفر المشمولة بالتغطية ما يلي:

- النقل من عنوان السكن الدائم للمؤمن عليه إلى المطار أو محطة السكة الحديد الدولية المعينة.
- تذكرة سكة حديد أو طيران على الدرجة الاقتصادية إلى المدينة المقرر بها العلاج والنقل إلى الفندق المعين.
- النقل من الفندق أو المستشفى المعين إلى المطار أو محطة سكة الحديد الدولية المعينة.
- تذكرة سكة حديد أو طيران على الدرجة الاقتصادية والنقل بعد ذلك إلى عنوان سكن المؤمن عليه الدائم.

لن تشمل نفقات السفر المشمولة بالتغطية الانتقالات العادية من الفندق إلى المستشفى أو الطبيب المعالج أثناء فترة العلاج بالخارج.

لا تتوافر التغطية بموجب هذه الوثيقة لهذه المنفعة إلا بناءً على الأسس التالية:

- أن يكون الدواء قد أوصى به طبيب (أطباء) دولي تولى علاج المؤمن عليه من خلال الشركة، حسب الضرورة للعلاج المستمر.
- أن يكون الدواء مرخصاً ومعتمداً من جانب السلطة أو الوكالة الطبية المقابلة في منطقة الخليج وأن يكون خاضعاً للتنظيم من حيث وصفه وإعطائه.
- أن يتطلب صرف الدواء وصفة طبية من جانب طبيب في منطقة الخليج.
- أن يكون الدواء متوفراً للشراء في منطقة الخليج.
- ألا تتجاوز أي وصفة طبية الجرعة المحددة للاستهلاك أكثر من شهرين.

على المؤمن عليه الترتيب لشراء الدواء (فيما يخص القسم ٥ هذا) وسداد ثمنه مباشرةً. وسوف ترد الشركة المبلغ للمؤمن عليه فور استلام الوصفة الطبية ذات الصلة والفاتورة الأصلية ووثيقة إثبات السداد.

إذا تم تمويل تكاليف الدواء جزئياً من جانب هيئة الصحة العامة ببلد إقامة المؤمن عليه في منطقة الخليج أو وثيقة تأمين، يجب أن يحدد طلب سداد التكاليف بوضوح التكاليف التي يحملها جزئياً المؤمن عليه.

ب) رعاية المتابعة بعد العودة من العلاج بالخارج

يمكن للشركة الترتيب لرعاية المتابعة بناءً على طلب المؤمن عليه على أن يتولاه الطبيب (الأطباء) الدولي المعالج للمؤمن عليه أو فريقه الطبي.

تكون رعاية المتابعة مشمولة بالتغطية التأمينية لمدة ١٨٠ يوماً من تاريخ عودة المؤمن عليه إلى منطقة الخليج بعد الانتهاء من مرحلة العلاج بالخارج و فقط في حالة وصف العلاج من خلال الشركة وبمعرفة الطبيب (الأطباء) الدولي الذي تولى علاج المؤمن عليه أو بتوصية منها.

إذا قدم المؤمن عليه هذا الطلب، ستجهز الشركة أيضاً لترتيبات السفر والإقامة اللازمة بناءً على الشروط المنصوص عليها في البند ٤ من القسم ٣ النقطنان (أ) و(ب) للمؤمن عليه والمرافق (المرافقين) المعين.

البند ٥: الاستثناءات

هذه الوثيقة لا تشمل النفقات المتعلقة بما يلي:

١) الاستثناءات العامة

١. النفقات الناجمة عن جميع الأمراض أو الإجراءات الطبية غير المحددة بشكل خاص في البند ٣.
٢. أي نفقات خاصة بالأمراض أو الإصابات الناتجة عن الحروب، والأعمال الإرهابية، والاهتزازات الزلزالية، والاضطرابات والإضرابات، وأعمال الشغب، والفيضانات، والانفجارات البركانية، والعواقب المباشرة أو غير المباشرة للتفاعلات النووية وأي ظواهر أخرى استثنائية أو كارثية؛ وكذلك الأوبئة المعلنة رسمياً.
٣. إدمان الكحول، إدمان المخدرات و/أو المسكرات الناتجة عن الإفراط في تناول الكحول و/أو استخدام الأدوية النفسية أو المخدرة أو المسببة للهوس.
٤. العواقب والأمراض الناجمة عن محاولة الانتحار وإيذاء النفس.
٥. النفقات الناجمة عن جميع الأمراض أو الظروف الناتجة - عن قصد أو عن طريق الاحتيال - عن إهمال أو تهور جنائي من جانب المؤمن عليه أو الناتجة عن ارتكاب جريمة.

٦. مطالبة يقوم المؤمن عليه، قبل أو أثناء أو بعد عملية تقييمها من قبل الشركة، بأي مما يلي:

- عدم اتباع النصيحة أو الوصفات الطبية أو خطة العلاج المقررة المقدمة من الطبيب المعالج؛ أو
- رفض الحصول على أي علاج طبي أو الخضوع لتحاليل أو فحوصات تشخيصية إضافية ضرورية لوضع خطة تشخيص أو علاج نهائية.

٧. الخسارة أو الضرر أو التكلفة أو المصاريف أياً كانت طبيعتها الناتجة بشكل مباشر أو غير مباشر عن، أو الناتجة عن أو فيما يتعلق بأي إجراء تم اتخاذه للسيطرة على أو منع أو قمع أو بأي طريقة تتعلق بـ:

- حوادث العمل التي يتم تعويضها من خلال برامج تعويض العمال أو التأمينات.
- الخدمات أو العمليات البحرية أو العسكرية أو الجوية.

٢) الاستثناءات الطبية

١. علاج الأمراض الموجودة مسبقاً.
٢. علاج الأمراض التي تم تشخيصها أو معالجتها أو التي أدت إلى ظهور علامات أو أعراض موتقة طبيياً ذات صلة أثناء الفترة المستثناة.
٣. العلاج التجريبي بالإضافة إلى الإجراءات التشخيصية، العلاجية و/أو الجراحية التي لم يعترف المجتمع العلمي الدولي بأمنها وموثوقيتها على نطاق واسع.
٤. الإجراءات الطبية اللازم تنفيذها نتيجةً لمتلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) أو فيروس نقص المناعة البشري (HIV) أو أي حالة تنشأ عنها (بما في ذلك ساركومة كابوزي)، أو أي علاج لمرض الإيدز أو فيروس نقص المناعة البشري.
٥. أي مستلزمات أو خدمات رعاية صحية غير ضرورية طبيياً لعلاج مرض مشمول بالتغطية أو لإجراء طبي مشمول بالتغطية.
٦. أي وصفة طبية، مستلزمات، خدمات، علاجات بديلة خاصة بمرض أو حالة طبية يكون أفضل علاج لها هو إجراء عملية زرع مشمولة بتغطية هذه الوثيقة (البند ٣ - هـ والبند ٣ - و).
٧. أي مرض أو حالة طبية تسببت فيها الإجراءات الطبية التي تم الترتيب لها ودفع ثمنها بموجب هذه الوثيقة في حال كان المرض أو الحالة الطبية ذات الصلة من الأمراض المشمولة بالتغطية أو تتطلب إجراءً طبيياً مشمولاً بالتغطية ومنصوصاً عليه في البند ٣.

٨. علاج الآثار الجانبية طويلة الأمد، تخفيف الأعراض المزمنة، أو إعادة التأهيل (بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر العلاج الطبيعي، إعادة التأهيل للحركة، والعلاج اللغوي وعلاج النطق).

٩. فيما يتعلق بنفقات الدواء المشمولة بالتغطية بعد العودة من العلاج بالخارج (البند ٤ - القسم ٥ - النقطة ١)، تنطبق الاستثناءات التالية:

- أي تكاليف علاج دوائي تم تمويلها بالكامل من جانب هيئة الصحة العامة ببلد إقامة المؤمن عليه في منطقة الخليج أو المشمولة بتغطية أي وثيقة تأمينية أخرى يحملها المؤمن عليه.
- تكلفة إعطاء الدواء.
- أي مشتريات أدوية تتم خارج منطقة الخليج.
- الفواتير المرسله إلى الشركة بعد أكثر من ١٨٠ يوماً من شراء الدواء.

٣) النفقات المستثناة

١. أي نفقات متكبدة ناجمة عن أو متعلقة بأي إجراءات تشخيصية أو علاجات أو خدمات أو مستلزمات أو وصفات طبية من أي نوع يتم تكبدها في منطقة الخليج باستثناء نفقات الدواء المشمولة بالتغطية في البند ٤ - القسم ٥ - النقطة ١.
٢. أي نفقات متكبدة ناجمة أو متعلقة بأي إجراءات تشخيصية، علاجات، خدمات، مستلزمات أو وصفات طبية من أي نوع يتم تكبدها في جميع أنحاء العالم عندما لا يمكن اعتبار المؤمن عليه - في تاريخ الإخطار بالمطالبة ذات الصلة - مقيماً دائماً / شرعياً في دول منطقة الخليج.

٢ التزامات المؤمن عليه

يلتزم المؤمن عليه بالتعاون مع الشركة في إتاحة الاطلاع المجاني على المستندات الطبية التي في حوزة المؤمن عليه أو الأطباء، أو المستشفيات أو المنشآت الطبية الأخرى المسؤولة عن العلاج حتى تاريخ الإخطار بالمطالبة المحتملة.

سيتم تقييم أي طلب خاص بمطالبة فقط بخصوص التغطية بموجب هذه الوثيقة في حالة الحصول على جميع المعلومات اللازمة من المؤمن عليه والأطباء أو المستشفيات أو المنشآت الطبية الأخرى ذات الصلة.

٣ تقييم المطالبة واقتراح مستشفى لتلقي العلاج

فور استلام مستندات الاختبارات التشخيصية ذات الصلة وسجل التاريخ الطبي ذي الصلة الذي طلبته الشركة، سيتم إخطار المؤمن عليه إذا كانت المطالبة مشمولة بالتغطية بموجب هذه الوثيقة أم لا.

في حال رغب المؤمن عليه في التفكير في العلاج بالخارج، سيتم تزويد المؤمن عليه بقائمة بالمستشفيات الموصى بها.

٤ العلاج بالخارج: الشهادة الطبية الأولية

فور استلام تأكيد المؤمن عليه لقراره بتلقي العلاج بالخارج في أحد المستشفيات المحددة من قائمة المستشفيات الموصى بها للعلاج، سوف تقوم الشركة بالتجهيز - من خلال خدمة مسؤول الخدمات الطبية - لجميع الترتيبات اللوجستية أو الطبية الضرورية للإدخال الصحيح للمؤمن عليه إلى المستشفى، وسيتم إصدار شهادة طبية أولية صالحة فقط لذلك المستشفى.

وسيتم إصدار قائمة المستشفيات الموصى بها والشهادة الطبية الأولية على أساس الحالة الطبية للمؤمن عليه في وقت الإصدار. ونظراً لأن الحالة الطبية للمؤمن عليه قد تتغير بمرور الوقت، فسوف تكون تلك الوثيقتان صالحتين لمدة ثلاثة أشهر.

إذا لم يختر المؤمن عليه مستشفى من قائمة المستشفيات الموصى بها أو لم يبدأ العلاج في المستشفى المعتمد المنصوص عليه في الشهادة الطبية الأولية في غضون ثلاثة أشهر من إصدار تلك الوثيقتين، يجوز حينها إعادة إصدار نسخ جديدة من تلك الوثائق على أساس الحالة الصحية للمؤمن عليه في ذلك الوقت.

طالما تم استيفاء شروط الشهادة الطبية الأولية، فإن الشركة - بموجب منافع هذه الوثيقة - سوف تتحمل مباشرة النفقات الطبية المشمولة بالتغطية في البند ٤ - القسم ٢ وكذلك ترتيبات السفر والإقامة الضرورية والمبينة بالتفصيل في البند ٤ - القسم ٣ النقطتين (أ) و (ب) رهناً بالقبول والاستثناءات والشروط المبينة بالتفصيل في هذه الوثيقة.

٥ العودة من العلاج بالخارج

سوف تنتهي مرحلة العلاج بالخارج فور تأكيد الشركة من أنه ليس هناك أي علاج ضروري من الناحية الطبية موصوف طبياً من جانب الطبيب الدولي (الأطباء الدوليين).

بعد الانتهاء من مرحلة العلاج بالخارج، ستقوم الشركة بالترتيب للعودة النهائية للمؤمن عليه والمرافق (المرافقين) إلى منطقة الخليج، وسوف تقدم للمؤمن عليه إرشادات الاستفادة من النفقات الطبية المشمولة بالتغطية بعد عودته من العلاج بالخارج الوارد ذكرها بالتفصيل في البند ٤. وسوف تكون هذه الإرشادات مستندة إلى توصيات الطبيب الدولي (الأطباء الدوليين).

فور وصول المؤمن عليه إلى منطقة الخليج، يحق للمؤمن عليه ما يلي:

- استرداد جميع نفقات الأدوية المبينة بالتفصيل في البند ٤-القسم ٥-النقطة أ؛ و
- أن يطلب من الشركة الترتيب لرعاية المتابعة حسبما هو مبين بالتفصيل في البند ٤-القسم ٥-النقطة ب أثناء فترة الـ ١٨٠ يوماً التالية.

٣. أي نفقات متكبدة قبل إصدار الشهادة الطبية الأولية.

٤. أي نفقات متكبدة في مستشفى غير المصرح به أو المشار إليه في الشهادة الطبية الأولية.

٥. أي نفقات متكبدة بدون اتباع البند ٦: إجراء المطالبات.

٦. أي نفقات متكبدة فيما يتعلق بخدمات الحجز داخل المستشفى، المنتجات الصحية، عيادات التداوي بالطبيعة، الرعاية الصحية المنزلية، الخدمات المقدمة في مركز أو مؤسسة للنقاهة، أو مأوى لرعاية العجز أو دار المسنين، حتى عندما تكون تلك الخدمات مطلوبة أو ضرورية نتيجة لمرض مشمول بالتغطية أو إجراء طبي مشمول بالتغطية.

٧. أي نفقات متكبدة في شراء (أو استئجار) أي نوع من الأجهزة التعويضية أو أجهزة تقويم العظام أو الكورسيهات أو الضمادات أو العكازات أو الأعضاء الاصطناعية أو الشعر المستعار (حتى إذا كان استخدامها ضرورياً أثناء العلاج الكيميائي) والأحذية التقويمية وأطقم الأسنان وأحزمة الفتق وغيرها من المعدات أو الأدوات المماثلة، باستثناء الندي الاصطناعي - بعد جراحة استئصال الثدي - وصمامات القلب الاصطناعية اللازمة نتيجة لعملية جراحية تم الترتيب لها وسداد ثمنها بموجب هذه الوثيقة.

٨. أي نفقات متكبدة في شراء أو استئجار كراسي متحركة أو أسرة خاصة أو أجهزة تكييف هواء أو منطقات هواء وأي أجهزة أو أدوات أخرى مماثلة.

٩. جميع الأدوية التي لم يتم صرفها من خلال صيدلي مرخص له أو التي يمكن الحصول عليها بدون وصفة طبية.

١٠. أي تغييرات تم إجراؤها لاستخدام الطب البديل، حتى إذا كان ذلك بمقتضى وصفة طبية محددة مقدمة من طبيب.

١١. أي رسوم للحجز في المستشفى أو العناية الطبية في حالات الاضطرابات المعرفية أو الشيخوخة أو الاختلال الدماغي، بغض النظر عن حالة تطورها.

١٢. رسوم المترجم الفوري والرسوم الهاتفية والرسوم الأخرى المتعلقة بالأشياء المخصصة للاستخدام الشخصي أو التي ليست ذات طبيعة طبية، أو المتعلقة بأي خدمة أخرى مقدمة للأقارب أو المرافقين.

١٣. أي نفقات يتكبدها المؤمن عليه أو الأقارب أو المرافقين، باستثناء تلك النفقات المشمولة صراحةً بالتغطية.

١٤. أي نفقات طبية ليست من المصاريف المتعارف عليها والمقولة.

١٥. أي نفقات تخص الإقامة أو التنقلات التي تم الترتيب لها بمعرفة المؤمن عليه، أو مرافق السفر أو متبرع حي.

البند ٦: إجراء المطالبات

قبل تلقي أي علاج أو خدمة أو مستلزمات أو وصفة طبية فيما يتعلق بأحد الأمراض المشمولة بالتغطية أو الإجراءات الطبية المشمولة بالتغطية، على النحو المحدد هو محدد في البند ٣، يجب على المؤمن عليه - أو أي شخص يتصرف بشكل قانوني نيابة عنه - الامتنال للإجراءات التالية:

١ الإخطار

الاتصال بالشركة خلال ثلاثين (٣٠) يوماً للإخطار بمطالبة محتملة.

سيتم إخبار المؤمن عليه بالخطوات المطلوبة لتزويد الشركة بجميع الوثائق الطبية ومستندات الاختبارات التشخيصية ذات الصلة المطلوبة لتقييم صلاحية المطالبة.

في حال طلب المؤمن عليه خدمة الرأي الطبي الثاني، يجب إكمال هذه الخدمة قبل تأكيد تغطية المطالبة بموجب هذه الوثيقة.

٦ تقييم المطالبات بعد العودة من العلاج بالخارج

فور العودة النهائية للمؤمن عليه إلى منطقة الخليج، بعد تلقيه العلاج بالخارج على النحو المبين بالتفصيل في القسم ٥، فإن مدى تطور الحالة الصحية للمؤمن عليه قد يحدد ما إذا كان يلزم إجراء تقييم جديد لعلاج إضافي ضروري من الناحية الطبية. يحق للمؤمن عليه الاتصال بالشركة لإكمال هذا التقييم، فقط إذا كانت وثيقة المؤمن عليه سارية المفعول في هذا الوقت.

بعد ذلك، سوف تؤكد الشركة للمؤمن عليه الخطوات اللازمة لتزويد الشركة بجميع الوثائق الطبية ومستندات الاختبارات التشخيصية ذات الصلة المطلوبة لإكمال هذا التقييم.

● في حال كان التقييم المجرى من جانب الشركة يؤكد الحاجة إلى علاج إضافي ضروري من الناحية الطبية بسبب نفس المرض أو الإجراء الطبي المجرى مسبقاً بموجب هذه الوثيقة، فستقوم الشركة بتقييم هذا الأمر (على النحو المبين بالتفصيل في البند ٦-٣ القسم ٣)، وتأكيد المؤمن عليه عن طريق إصدار شهادة طبية أولية جديدة، مع اعتبار القائمة الجديدة للمستشفيات الموصى بها والعلاج الجديد المحتمل في الخارج (على النحو المبين بالتفصيل في البند ٦ - القسم ٣ و٤) أنها استمراراً للمطالبة نفسها.

قد تتطلب عملية التقييم - عندما تكون مبررة من الناحية الطبية في رأي الشركة - إتمام خدمة رأي طبي ثاني جديدة.

بعد العودة النهائية للمؤمن عليه إلى منطقة الخليج بعد الحصول على هذه الحلقة الجديدة من العلاج بالخارج، سيتم تحديد فترة جديدة تبلغ ١٨٠ يوماً لرعاية المتابعة على النحو المبين تفصيلاً في البند ٤-٤ القسم ٥-النقطة ب.

● في حال كان التقييم الذي أجرته الشركة يثبت أن هذا الطلب الجديد يتعلق بمرض أو إجراء طبي مختلف وبالتالي ليس متعلقاً بالمطالبة السابقة، فسيتم اعتبار هذا السيناريو بمثابة مطالبة محتملة جديدة ومنفصلة، ويلزم حينها اتباع كامل الإجراءات المبينة بالتفصيل في البند ٦ هذا.

٧ التعاون

يجب أن يسمح المؤمن عليه وأقاربه بزيارات من جانب الأطباء العاملين لصالح الشركة وأي استعلامات تعتبرها الشركة ضرورية، ولهذا الغرض يتم إبراء الأطباء الذين زاروا المؤمن عليه من الالتزام بالحفاظ على السرية المهنية.

سوف تعتبر الشركة عدم السماح بهذه الزيارات بمثابة تنازل صريح عن الحق في تقديم المنافع المتعلقة بالمطالبة ذات الصلة التي تغطيها هذه الوثيقة.

البند ٧: الأحكام الموحدة

١. الوثيقة ونصوصها وتحديثاتها: إن هذه الوثيقة وأصل الطلب المقدم للشركة من أجل الحصول عليها وأية تظهيرات عليها صادرة عن الشركة وأية تعديلات على الوثيقة موقعة من مالك الوثيقة، موافق عليها ومحفوطة لدى الشركة، تشكل كامل العقد. تعتبر جميع التصريحات المقدمة من أجل الحصول على هذه الوثيقة، في ماعدا حالات الغش، بيانات وليست إثباتات. لن يستخدم أي تصريح لإبطال هذه الوثيقة أو رفض أي مطالبة مقدمة بموجبها إلا إذا كان مصرحاً به في طلب التأمين المقدم إلى الشركة و/أو أي تعديل كتابي لهذا الطلب موثق ومثبت بسجلات الشركة.

لا يعتبر أي تغيير في هذه الوثيقة نافذاً ما لم يوافق عليه مسؤول إداري في الشركة و ما لم يجر تظهير تلك الموافقة على هذه الوثيقة أو يرفق بها.

٢. أساس إصدار الوثيقة: لقد صدرت هذه الوثيقة على أساس التصريحات الواردة في طلب التأمين لقاء الدفع سلفاً للقسط المحدد في جدول مواصفات الوثيقة.

إن إخفاء المؤمن عليه وقائع في التصريحات التي قدمها أو الإدلاء ببيانات مغلوطة تؤثر في قبول الشركة للخطر المؤمن عليه تبطل هذه الوثيقة منذ نشوئها.

٣. فترة المراجعة المجانية: يكون لدى مالك الوثيقة فترة مراجعة مجانية مدتها ثلاثين (٣٠) يوماً اعتباراً من تاريخ الإصدار المذكور في جدول مواصفات الوثيقة، يحق له فيها القيام بإلغاء الوثيقة عن طريق إرسال طلب خطي بذلك، تستلمه الشركة في أي وقت خلال الثلاثين (٣٠) يوماً الأولى التي تلي مباشرة تاريخ الإصدار. إن مالك الوثيقة مؤهل للحصول على إعادة كاملة للأقساط التي دفعت في حال تم الإلغاء خلال فترة المراجعة المجانية هذه. لن يتم إعادة أي قسط إذا تم بالفعل دفع مطالبة.

٤. تاريخ نفاذ الوثيقة: يسري مفعول هذه الوثيقة في تاريخ نفاذ الوثيقة المذكور في جدول مواصفات الوثيقة. بعد أن تصبح هذه الوثيقة نافذة، تبقى الوثيقة سارية المفعول حتى تاريخ التجديد المحدد في جدول مواصفات الوثيقة ويجوز استمرار سريانها فيما بعد وفقاً للأحكام الواردة في فقرة "فترة السماح" وفقرة "شروط التجديد" أدناه. إن أي مدة للتأمين تبدأ من أول اليوم التالي لتاريخ نفاذ الوثيقة الساعة ٠٠:٠١ وتنتهي في الساعة ٢٣:٥٩ من تاريخ انتهاء الوثيقة في محل إقامة المؤمن عليه.

٥. شروط التجديد: بعد إنتهاء مدة التغطية المبينة في جدول مواصفات الوثيقة، يجوز تجديد هذه الوثيقة في كل ذكرى سنوية لها من مدة إلى مدة أخرى وذلك بالدفع المسبق للقسط الكامل المحدد من قبل الشركة الساري المفعول وقت التجديد، ووفقاً لفقرة "فترة الإمهال" و لأحكام وشروط هذه الوثيقة. إذا لم تجدد الوثيقة كما هو منصوص عليه هنا، فإن الوثيقة تنتهي بانتهاء المدة التي دفع عنها القسط وفقاً لفقرة "فترة الإمهال". على الرغم من ذلك فإنه يحق للشركة عند انتهاء مدة التغطية أن تغير معدل القسط بناء على تقديرها الخاص، وسوف تقوم بإبلاغ المؤمن عليه بإرسال إبلاغ خطي يسلم للمؤمن عليه أو يرسل بالبريد إلى آخر عنوان له في سجلات الشركة قبل ثلاثين (٣٠) يوماً.

و في هذه الحالة، فإن دفع نفس القسط الذي كان المؤمن عليه يقوم بدفعه خلال مدة التغطية السابقة لن يكون له أثر على تجديد الوثيقة و التي سوف ينتهي مفعولها بانتهاء مدة التغطية، وإن الطريقة الوحيدة لتجديد هذه الوثيقة سوف تكون بقيام المؤمن عليه بدفع معدل القسط في الإبلاغ الخطي كما هو مذكور أعلاه.

بغض النظر عما سبق، سيزيد القسط عند بلوغ المؤمن عليه تسعة عشر (١٩) عاماً، خمسين (٥٠) عاماً، خمسة وخمسين (٥٥) عاماً، ستين (٦٠) عاماً، خمسة وستين (٦٥) عاماً، وسبعين (٧٠) عاماً على التوالي.

٦. فترة الإمهال: تعطى مهلة واحد وثلاثون يوماً (٣١) لدفع أي من قسط يستحق بعد القسط الأول و تبقى خلالها هذه الوثيقة سارية المفعول ما لم تفسخ الوثيقة بموجب الفقرة "فسخ الوثيقة". أما إذا حصلت الخسارة خلال الفترة المذكورة، يحسم أي قسط متوجب الدفع و غير مسدد من المبالغ المستحقة الدفع بموجب الوثيقة.

٧. إعادة سريان الوثيقة: عندما تنتهي هذه الوثيقة لسبب عدم دفع القسط، يمكن إعادة سريانها بموافقة الشركة خلال تسعين (٩٠) يوماً من تاريخ إستحقاق القسط الغير المدفوع وفقاً للشروط التالية:

أ- طلب خطي لإعادة السريان؛

ب- تقديم إثبات على أهلية المؤمن عليه مرضياً للشركة؛ و

ج- دفع كامل القسط المطبق وقت إعادة السريان.

إن إعادة السريان لا تغطي إلا مرض أو أمراض مستعصية و الجراحة التي تبدأ بعد تسعين (٩٠) يوماً من تاريخ إعادة السريان.

٨. الفسخ: يجوز للشركة أن تفسخ هذه الوثيقة في أي وقت كان وذلك بإرسال بلاغ خطي يسلم لمالك الوثيقة أو يرسل بالبريد إلى آخر عنوان له في سجلات الشركة على أن يبين في الإشعار متى يصبح الفسخ نافذ المفعول وذلك بعد مهلة لا تقل عن ثلاثين (٣٠) يوماً من ذلك الإشعار. يجوز لمالك الوثيقة أيضاً أن يقوم بفسخ هذه الوثيقة وذلك عن طريق إرسال طلب خطي إلى الشركة قبل ثلاثين (٣٠) يوماً من تاريخ الفسخ. في حال تم إلغاء الوثيقة المذكورة من قبل مالك الوثيقة أو من قبل الشركة فلن يتم إعادة أي قسط مدفوع.

٩. **تصريح خاطئ عن السن**: إذا كان التصريح المعطى عن سن المؤمن عليه أقل من سنه الصحيح فإن أي مبلغ يستحق دفعه بموجب هذه الوثيقة يعدل بحيث يصبح مناسباً للمبلغ الذي كان يمكن شراؤه بالقسط المدفوع لو ذكر السن الصحيح. إذا كان التصريح المعطى عن سن المؤمن عليه أكثر من سن المؤمن عليه الصحيح، تعيد الشركة المبلغ المدفوع الزائد عن القسط المناسب. أما في حال إعطاء تصريح خاطئ عن سن المؤمن عليه، و في حال أن التأمين المنصوص في الوثيقة لم يسر مفعوله وفقاً للسن الصحيح للمؤمن عليه أو يكون قد انتهى مفعوله قبل قبول القسط أو الأقساط، فإن التزام الشركة خلال الفترة التي لا يكون المؤمن عليه أهلاً للتأمين يقتصر على إعادة جميع الأقساط المدفوعة خلال المدة التي لا تغطيها هذه الوثيقة. تعاد تلك الأقساط لدى تقديم الطلب الخطي بذلك.
١٠. **تغيير العنوان**: يجب إعلام الشركة فوراً بأي تغيير لعناوين إقامة و/ أو مكان عمل المؤمن عليه ضمن منطقة الخليج. في حال وقوع خسارة للمؤمن عليه بعد تغيير عنوان إقامته و/ أو مكان عمله إلى بلد غير مصرح عنه بموجب الوثيقة، عندها ستطبق الشركة قائمة الأحكام السائدة والخاصة بشروط تغطية التأمين في البلد الجديد، بما ذلك على سبيل المثال لا الحصر نسبة أقساط التغطية التأمينية المطبقة على البلد الجديد، بدءاً من تاريخ التغيير. في حال كانت نسبة أقساط التغطية التأمينية للبلد الجديد هي أعلى من نسبة أقساط التغطية التأمينية للبلد المصرح عنه بموجب الوثيقة، فإنه يجب على المؤمن عليه دفع الفرق في الأقساط كما تحدده الشركة. وفي حال لم يقدّم المؤمن عليه بدفع كامل مبلغ الأقساط، بما في ذلك الفرق المذكور أعلاه، فإنه يحق للشركة إنهاء هذه الوثيقة من تاريخ التغيير. لغايات تطبيق هذا البند، ستقوم الشركة بتطبيق القواعد الخاصة والسائدة لتغطية التأمين في البلد الجديد قبل حدوث الخسارة المغطاة بموجب هذه الوثيقة أو قبل تاريخ استلام الشركة لإثبات تغيير عنوان الإقامة و/ أو مكان العمل.
١١. **لمن تدفع التعويضات**: تدفع كافة التعويضات بموجب هذه الوثيقة إلى المؤمن عليه أو إلى المستفيد/ المستفيدين المعيّنين بموجب هذه الوثيقة.
١٢. **إنهاء الوثيقة**: تنتهي التغطية التأمينية بموجب هذه الوثيقة تلقائياً في أي من التواريخ التالية أيهم الأسبق:
- أ - إذا بقي أي قسط مستحق بموجب هذه الوثيقة غير مدفوع في نهاية فترة الإمهال؛ أو
- ب - أول ذكرى سنوية للوثيقة التي تلي بلوغ المؤمن عليه الخامسة و الثمانين (٨٥) من العمر؛ أو
- ج - تاريخ وفاة المؤمن عليه؛ أو
- د - عند دفع مبلغ التأمين لدى الحياة (٢,٠٠٠,٠٠٠ دولار أمريكي)؛ أو
- هـ - عند انتقال المؤمن عليه إلى خارج منطقة الخليج.
- إن انتهاء هذه الوثيقة لا يؤثر على أية مطالبة نشأت قبل تاريخ الإنهاء. إن تسديد أي قسط عائد للوثيقة أو قبلة الشركة أي قسط عنها بعد تاريخ الإنهاء سوف لن ينشأ أي التزام على الشركة باستثناء إعادة هذا القسط.
١٣. **موافقة المستفيد**: إن موافقة المستفيد ليست شرطاً للتنازل عن هذه الوثيقة لتغيير المستفيد أو لإجراء أية تعديلات أخرى في هذه الوثيقة.
١٤. **تغيير المستفيد**: لا يلزم تغيير المستفيد بموجب هذه الوثيقة الشركة، ما لم يوافق عليه من قبل مسؤول إداري في الشركة و بشكل تظهير على الوثيقة.
١٥. **التحويل**: لا يجوز تحويل هذه الوثيقة أو أية منفعة ناشئة عنها لشخص ثالث. إن أي تحويل كهذا لن يكون ملزماً للشركة.
١٦. **التوافق مع قوانين الدولة**: إن أي من أحكام هذه الوثيقة الذي يكون بتاريخ نفاذ الوثيقة يتعارض مع قوانين الدولة حيث سلمت الوثيقة يعدل ليتوافق مع المتطلبات الدنيا لتلك القوانين.
١٧. **الإدعاء القانوني**: يسقط الحق بأية مطالبة أو حق أو بإقامة أية دعوى أو إجراء قانوني أو قضائي بموجب وثيقة التأمين هذه بعد انقضاء المدة القانونية المحددة وفقاً للقوانين المطبق بها.
١٨. **عدم الاشتراك في الأرباح**: ليس لهذه الوثيقة أية قيمة إسترداد أو أية قيمة نقدية كما لا تشترك الوثيقة في أية أرباح أو أي فائض دخل للشركة.
١٩. **تحويل البيانات**: يمنح مالك الوثيقة الشركة موافقة صريحة لتحويل ومعالجة ومشاركة بياناته الشخصية إلى أي متلق سواء كان داخل أم خارج الدولة، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر مقر الشركة في الولايات المتحدة الأمريكية، فروعها، الشركات الشقيقة، شركات إعادة التأمين، الشركاء في الأعمال، المستشارين، وسطاء التأمين و/ أو مزودي الخدمات عندما تعتقد الشركة بأن نقل أو مشاركة هذه البيانات الشخصية لازم ل (أ) تنفيذ التزاماتها بموجب وثيقة التأمين، (ب) مساعدة الشركة في تطوير منتجاتها وأعمالها، (ج) تحسين تجربة العملاء لدى الشركة، (د) للإلتزام بالقوانين والأنظمة المطبقة (هـ) للإلتزام بتنفيذ القوانين الأخرى لدى جهات تنفيذ القانون ذات الصلة بالعقوبات الدولية والأنظمة الأخرى المطبقة بالنسبة إلى الشركة.
- تضمن الشركة بأن يلتزم المتلقي بالالتزامات تعاقدية كافية للمحافظة على ولضمان سرية البيانات الشخصية، كذلك فإنها تؤكد التزامها بجميع القوانين المطبقة والمتعلقة بهذا التحويل والمعالجة والمشاركة لتلك البيانات الشخصية. لغايات التوضيح، تعني البيانات الشخصية أي بيانات/معلومات متعلقة بمالك الوثيقة و/ أو عائلته والتي قد تحتوي على أي معلومات صحية، معلومات تدل عن هويته، معلومات مالية أو معلومات الاتصال والتي تم الإفصاح عنها في أي وقت.
٢٠. **الاستثناءات المتعلقة بالعقوبات الدولية والمحلية**:
- "تخضع متلايف ويجب عليها الإلتزام بكافة القوانين والأنظمة والعقوبات التجارية والاقتصادية النافذة بما في ذلك القوانين والأنظمة والعقوبات الصادرة من قبل وزارة الخزانة الأمريكية ومكتب الرقابة على الأصول الأجنبية والأمم المتحدة". لن تقوم متلايف بتوفير التغطية التأمينية و/ أو سداد دفعات وفقاً للوثيقة و/ أو أي عقد تكميلي في حال كان مالك الوثيقة أو المؤمن عليه أو الشخص المؤهل لتلقي هذه الدفعات:
١. مقيماً في أي دولة مفروض عليها عقوبات.
 ٢. مُدرجاً اسمه على قائمة المنظمات أو الأشخاص المحظور التعامل معهم تجارياً الخاصة بمكتب الرقابة على الأصول الأجنبية أو أي قائمة عقوبات دولية أو محلية أخرى.
 ٣. كانت المطالبة لسداد قيمة أي خدمات متلقاة في أي دولة خاضعة للعقوبات.
- لا تكون الشركة مسؤولة عن سداد قيمة أي مطالبة أو توفير أي تغطية تأمينية أو دفع منفعة في حال أن هذه التغطية أو دفع المنفعة أو المطالبة سوف يُعرض الشركة لأي عقوبات بموجب أي قوانين نافذة.
٢١. **ضريبة القيمة المضافة**:
- على الرغم من أي نص مخالف في هذه الوثيقة، فإن مالك الوثيقة يوافق أن يكون القسط التأميني غير شامل لضريبة القيمة المضافة كما هو معمول به وفقاً لأحكام قانون ضريبة القيمة المضافة.
 - إذا كانت أو أصبحت أي منفعة أو خدمة توفرها هذه الوثيقة أو ما يتصل بها خاضعة لضريبة القيمة المضافة يحق للشركة زيادة القسط التأميني المستحق بنسبة مبلغ ضريبة القيمة المضافة واستعادة ذلك المبلغ الإضافي من مالك الوثيقة بالإضافة إلى القسط التأميني.
 - منعاً لأي شك، إذا أصبحت أي منفعة أو خدمة توفرها هذه الوثيقة أو ما يتصل بها خاضعة لضريبة القيمة المضافة، فإن أي قسط تأميني تستلمه الشركة من قبل مالك الوثيقة دون مبلغ ضريبة القيمة المضافة سيتم اعتباره غير مكتمل حتى قيام مالك الوثيقة بسداد كامل المبلغ الإضافي المتعلق بضريبة القيمة المضافة.
- البند ٨: التعارض**
- في حال التعارض أو الإختلاف بين اللغتين الإنجليزية والعربية للوثيقة، يعتمد نص اللغة العربية

metlife.ae

شركة متلايف إنك (رمزها MET في بورصة نيويورك) من خلال فروعها والشركات التابعة لها ("متلايف")، هي شركة رائدة عالمياً في مجال التأمين على الحياة ودفعات الراتب السنوي والتأمين الجماعي للموظفين وإدارة الأصول، وتساعد عملائها من الأفراد والشركات على المضي في دروب حياتهم المتغيرة. تأسست متلايف في عام ١٨٦٨، ولها عمليات في أكثر من ٤٠ بلداً وتتبعها متلايف مواقع ريادية في أسواق الولايات المتحدة و اليابان وأمريكا اللاتينية و آسيا وأوروبا والشرق الأوسط. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة www.metlife.com

متلايف هي شركة رائدة في مجال التأمين على الحياة موجودة في منطقة الخليج منذ قرابة ٦٥ عاماً. ومن خلال الفروع التابعة لها، تقدم شركة متلايف تأمين على الحياة، الحوادث وتأمين صحي، بالإضافة إلى برامج وخدمات التقاعد والادخار للأفراد والشركات. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة: www.metlife-gulf.com