

فردى
التأمين الطبى
كتب السياسات



وثيقة تأمين صحي للأفراد – البنود والأحكام

البنود والأحكام المهمة حول هذا التأمين:

(يرجى قراءة التفاصيل الواردة في هذه الوثيقة بحرص والتحقق منها لضمان صحتها والتأكد من أنها تلي متطلباتكم)

المقدمة:

الوثيقة هي إثبات للعقد المبرم بين طالب التأمين (يشار إليه فيما بعد في هذه الوثيقة بـ "المؤمن له") والوطنية للحياة والعام (يشار إليها في هذه الوثيقة فيما بعد بـ "شركة التأمين") وهي شركة تأمين تأسست بموجب قوانين سلطة عمان.

تعتبر الوثيقة وشهادة التأمين وجدول الفوائد ولانحة مقدمي الخدمات المحددين وأي ملحق لعقد لوثيقة التأمين بمثابة مستند واحد وأي كلمة أو تعبير حدد لها/له معنى محدد في أي من تلك الوثائق فتحمل/يحمل نفس المعنى في جميع الوثائق الأخرى.

تغطية التأمين بموجب هذه الوثيقة الممنوحة للشخص المؤمن له تكون لغاية مبلغ التأمين المحدد في جدول الفوائد وتخضع إلى ما يلي (أ) البنود والأحكام والاستثناءات المنصوص عليها في هذه الوثيقة و(ب) استلام مبلغ أقساط التأمين حتى تاريخه دون أن يكون هناك أي قسط تأمين مستحق ومتأخر الدفع و(ج) المعلومات المقدمة بواسطة المؤمن له إلى شركة التأمين (بما في ذلك تلك المعلومات الواردة في نموذج/استمارة طلب التأمين). تستند الشركة على المعلومات المقدمة بواسطة المؤمن له في نموذج طلب التأمين وتلك الواردة في أي مستند/مستندات وكشف/كشوفات حساب التي طلبتها الشركة وقام بتقديمها المؤمن له والتقارير المقدمة إلى الطبيب الفاحص وتلك المعلومات هي الأساس الذي أدى إلى اصدار هذه الوثيقة. تعتبر وثيقة التأمين لاغية وباطلة في حال أن أي من المعلومات المقدمة إلى شركة التأمين كانت غير مكتملة أو غير دقيقة أو غير صحيحة أو مضللة أو تم حجب معلومات جوهرية أو في حال اكتشاف أنه قد تم منح الوثيقة بناء على وثائق/أدلة مزيفة.

تم منح التأمين بموجب هذه الوثيقة رهنًا بأي ملاحق تأمين إذا وجدت أو الاستثناءات أو البنود والأحكام المبينة أدناه وأن الاخفاق في الالتزام بها قد يؤدي إلى رفض المطالبة.

يعتبر أن الشخص المؤمن له قد فهم بنود وأحكام واستثناءات هذه الوثيقة والشروط المسبقة لمنح هذه الوثيقة وبند الاستثناءات والاستثناءات الأخرى لهذه الوثيقة.

مهلة الإلغاء:

يحق للشخص المؤمن له الحصول على استرجاع كامل لقسط التأمين في حال تم الغاء تغطية وثيقة التأمين بموجب طلب خطي من قبل الشخص المؤمن له خلال ١٥ يومًا من تاريخ بدء التغطية. تحتفظ الشركة بالحق في رفض الطلب الثاني للحصول على التأمين بعد الغاء نموذج طلب التأمين الأول. يخضع استرجاع قسط التأمين إلى التحصيل الفعلي لقسط التأمين بواسطة شركة التأمين وكذلك يخضع إلى عدم حصول المؤمن له على مطالبته خلال تلك الفترة. يتم استرجاع مبلغ قسط التأمين إذا وجد خلال ستين (٦٠) يومًا من تاريخ الطلب.

تعريفات:

لغرض هذه الوثيقة، يكون للتعبيرات المحددة أدناه نفس المعنى المنسوب لها أدناه كلما وردت في هذه الوثيقة أو في أي من ملاحقها ويجب أن تقرأ التعريفات التالية مع البنود والأحكام والاستثناءات المنصوص عليها في هذه الوثيقة أو في أي من ملاحقها أو جدول الفوائد أو شهادة التأمين.

تعريفات مهمة:

حدث تعني الإصابة الناتجة من حدث مفاجئ أو غير متوقع أو طارئ ومرني وخارجي ومستقل من رغبة المؤمن له والذي

قد ينشأ لأسباب تقع خارج نطاق تحكم الأفراد. يجب أن يكون بالإمكان تحديد الحادث وأعراض الحادث من الناحية الطبية والموضوعية.

العمر يعني السنوات المكتملة في تاريخ البدء.

رسوم الإيواء: هي الرسوم الخاصة بالعضو المؤمن له المفروضة من قبل المستشفى/العيادة للمرضى الداخليين أو العلاج اليومي بما في ذلك رسوم السرير والتمريض الدوري وخدمات الرعاية والتنظيف والأدوية والغيار والعلاج .. الخ. أي تكاليف تتعلق بالمصروفات المتنوعة على سبيل المثال الطعام (باستثناء الطعام إلى المؤمن له) ورسوم الهاتف ورسوم الصحف والمجلات ... الخ غير مشمولة في التأمين.

المدير يعني أي شخص أو شركة تم تعيينه بواسطة شركة التأمين لتقديم الخدمات الإدارية نيابة عن شركة التأمين ووفقاً لتقديرها.

العلاج البديل يعني أنواع الرعاية الصحية البديلة للعلاج التقليدي المغطى بموجب هذه الوثيقة. وتشمل تلك العلاجات على سبيل المثال لا الحصر تقويم العمود الفقري وتجبير العظام والوخز بالإبر والأدوية الصينية والأدوية العشبية والتدليك ... الخ.

الحد الأقصى السنوي/مبلغ التأمين هو المبلغ الاجمالي الذي يجوز المطالبة به في أي مدة وثيقة تأمين بواسطة العضو المؤمن له. وهذه الحدود مبنية في جدول الفوائد وتمثل المسؤولية القصوى لشركة التأمين عن كل شخص مؤمن له عن أي من وكافة الفوائد المستحقة والمطالب بها خلال فترة سريان وثيقة التأمين.

الإصابة الجسدية هي الإصابة الجسدية التي يمكن تحديدها في جسم المؤمن له والتي نتجت بسبب حادث وتتطلب معالجة فورية من قبل الطبيب والتي تقع خلال فترة سريان الوثيقة حسبما محدد في الجدول وجدول الفوائد.

العيب الخلفي هو أي تشويه يحدث خلال مرحلة الحمل وما قبل الولادة أو يحدث أثناء الولادة.

الحالة المرضية المزمنة معرفة بالمرض أو الداء أو الإصابة التي لديها واحدة أو أكثر من الخصائص التالية:

- ذات طبيعة متكررة.
- ليس لديها علاج معروف أو معترف به بشكل عام.
- لا تستجيب بشكل عام على العلاج الجيد.
- تتطلب اشراف ومراقبة طويلة.
- تتطلب علاج مسكن للألم.
- تؤدي إلى عاقبة دائمة.
- تاريخ البدء هو تاريخ بدء هذه الوثيقة.

التشوهات الخلقية تعني الحالات الموجودة منذ الولادة التي تشكل انحراف جوهري من الشكل العام أو الطبيعي لغرض هذه الوثيقة تشمل التشوهات الخلقية الانحرافات المرئية والكامنة علاوة على شذوذ الكروموسومات. كذلك يجب أن تشمل الحالات الخارجية غير الطبيعية والتي تكون موجودة منذ الولادة في الأجزاء المرئية للجسم أو التي يسهل الوصول إليها أو الحالات التي تكون موجودة منذ الولادة سواء كانت موروثية أو خالفة ولكنها داخلية وليست مرئية.

جراحات التجميل: أي عملية أو جزء من أي عملية تم عملها لتحسين المظهر الخارجي و/أو لمعالجة حالة عقلية/نفسية عن طريق تغيير شكل الجسم.

التأمين المشترك/الدفع المشترك: هي نسبة مئوية محددة من تكاليف الدخول يجب على العضو المؤمن له دفعها لإنفاذ متطلب تقاسم التكلفة بموجب هذه الوثيقة.

بلد الإقامة هو البلد الذي يعيش فيه المؤمن له معظم فترة سريان وثيقة التأمين.

المطالبة هي طلب يتم تقديمه إلى شركة التأمين لسداد النفقات المتكبدة بموجب فوائد هذه الوثيقة.

العلاج عبر الرعاية النهارية هي العلاج الذي يتلقاه المؤمن له في المستشفى أو مرافق الرعاية النهارية خلال فترة اقامته فيها بما في ذلك غرفة المستشفى أو التمريض الذي لا يتطلب بأن يمكث المريض خلال الليل وعندما يتم منح تصريح بالخروج.

مبلغ التحمل/المبلغ الزائد هو متطلب تقاسم التكلفة بموجب الوثيقة وهو المبلغ الأول من المطالبة والذي يجب أن يتحملة المؤمن له قبل أن تكون الفوائد ذات الصلة مستحقة الدفع بموجب الوثيقة. يجب أن يتم ذكر مبلغ التحمل/المبلغ الزائد بشكل محدد في جدول الفوائد و/أو شهادة التأمين. وفي حال أن التكلفة الاجمالية للعلاج تقل عن مبلغ التحمل/المبلغ الزائد عندئذ يجب على المؤمن له دفع كافة النفقات المتكبدة.

المعال: تعني زوجة/زوج المؤمن له شريطة استمرار العلاقة الزوجية والأطفال الذين يتم تبنيهم بشكل قانوني.

مقدمو الخدمات الصحية المحددون تعني المستشفيات أو المراكز الصحية أو الصيدليات أو مراكز التشخيص المحددة ضمن شبكة المؤمن له المنطبقة أو مقدمي الرعاية الصحية الذين تعاقبت معهم شركة التأمين أو ممثلها المفوض لتمكين المؤمن له من الحصول على العلاج وفقاً لوثيقة التأمين. كذلك تشمل مقدم خدمات صحية واحد أو أكثر من لائحة مقدمي الخدمات الطبية المحددين الذين يتم اختيارهم بموجب هذه الوثيقة بواسطة المؤمن له والذين يستفيد المؤمن له من خدماتهم الصحية بموجب هذه الوثيقة. مقدم الخدمة المنطبق على المؤمن له بموجب هذه الوثيقة يجب أن يكون حسبما هو محدد في جدول الفوائد أو شهادة التأمين. لائحة مقدمو الخدمات الصحية متاحة لدى الشركة وتخضع إلى التعديل من وقت لآخر.

إجراءات التشخيص أي فحص أو اختبارات لتشخيص المرض بما في ذلك علم الأمراض والمعمل والأشعة السينية ورسم القلب والمسح الطبي وتقنيات التصوير وتفسير النتائج بواسطة الطبيب أو الاخصائي.

الطبيب/الطبيب الممارس/الطبيب الشرعي هو الشخص الذي يحمل تسجيل/رخصة سارية صادرة من سلطة مختصة ويحق له بموجبه ممارسة الطب داخل المنطقة المصرح له بها ويتصرف وفقاً لنطاق واختصاص رخصته. ويشمل التعبير الطبيب الاختصاصي الذي يحمل مؤهل متخصص في مجال أو خبرة في علاج المرض أو الإصابة التي يتم علاجها ويستثنى أي شخص يكون من ضمن العائلة أسرة الشخص المؤمن له، الأسرة تشمل زوج/زوجة المؤمن له وأطفاله المعالين وأخوانه وأخواته والديه.

تاريخ الاستحقاق فيما يتعلق بتحويل مبلغ قسط التأمين بواسطة المؤمن له إلى شركة التأمين فيكون هو تاريخ البدء حسبما محدد في جدول أقساط التأمين والتواريخ التي تصادف الذكرى السنوية لتاريخ البدء أو التاريخ البديل الآخر المتفق عليه خطأً بين شركة التأمين والمؤمن له.

الطلبات المؤهلة هي النفقات الطبية المستحقة والمغطاة بموجب وثيقة التأمين وصافية من مبلغ التحمل/مبلغ الزيادة و/أو التأمين المشترك و/أو أي خصومات أخرى دال حدود مسؤولية شركة التأمين حسبما مبين في جدول الفوائد.

النفقات المؤهلة هي النفقات الفعلية المتكبدة بواسطة العضو المؤمن له والمعقولة والمتعارف عليها للحصول على العلاج الطبي الضروري/الرعاية والخدمات تحت إشراف أو أوامر طبيب مؤهل ومرخص له بمزاولة المهنة.

الطوارئ بالإمكان تأكيدها في حال وقوع حادث أو كارثة أو بذه أي مرض حاد أو تفاقمه مما قد يؤدي إلى حالة طبية تمثل تهديد مباشر للعضو المؤمن له ولديه تتطلب اتخاذ إجراءات طبية فورية. فقط ستتم تغطية العلاج الذي يتم عن طريق طبيب أو طبيب ممارس أو اختصاصي أو الاستشفاء الذي يبدأ خلال ٢٤ ساعة من حادثة الطوارئ المغطاة.

تاريخ الانتهاء هو التاريخ المبين في جدول وثيقة التأمين وفي بطاقة العضوية (في حال تم منحها إلى المؤمن له) ويتوقف فيه سريان تغطية التأمين بموجب هذه الوثيقة.

الاستثناءات العامة الاستثناءات هي الأمراض والبود والعلاجات والنفقات ذات الصلة أو اللاحقة لها غير المغطاة في هذه الوثيقة. هذه الاستثناءات مبينة في لائحة الاستثناءات العامة.

مهلة السماح تعني الفترة الزمنية المحددة التي تلي تاريخ استحقاق قسط التأمين والتي بالإمكان سداد ادفعية فيها لتجديد أو لاستمرار سريان وثيقة التأمين دون فقدان استمرارية الفوائد مثل فترة الانتظار وتغطية الحالات القائمة مسبقاً تغطية التأمين غير متاحة للفترة التي لم يتم استلام اقساط تأمين لها.

المستشفى تعني المؤسسة المرخصة قانوناً في بلد العلاج والتي تكون مستشفى طبي أو جراحي وتقدم علاج تقليدي.

الاستشفاء/المعالجة في المستشفيات تعني دخول الأشخاص المؤمن لهم إلى المستشفى أو إلى مقدم الخدمات الصحية الآخر لإجراء العلاجات الطبية الضرورية مقابل النفقة المغطاة بموجب هذه الوثيقة كمرضى داخلي لمدة مستمرة وقدرها ٢٤ ساعة بعد المرض أو الحادث الذي يقع خلال فترة سريان وثيقة التأمين.

الإيواء في المستشفيات والخدمات تعني كافة العلاجات والخدمات الطبية الضرورية التي يتم تقديمها بواسطة أو بأمر الطبيب أو الإخصائي إلى العضو المؤمن له عند دخوله إلى المستشفى كمرضى داخلي مسجل للرعاية النهارية.

مجموعة المستشفيات تعني واحد أو أكثر من مقدمي الخدمات الطبية الذين يتم تجميعهم وتصنيفهم بواسطة شركة التأمين أو مديرها بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر المرافق الصحية المتاحة وتكلفة المطالبات .. الخ. يجب تحديد مجموعة المستشفيات في جدول الفوائد بموجب الوثيقة ويحق للمؤمن عليه الاستفادة من الخدمات الطبية المؤهلة بموجب الوثيقة والحصول عليها فقط من قبل مقدمي الخدمات الطبية المحددين.

المرض يعني أي حالة مرضية لم يتم استثنائها في الوثيقة تعرض لها العضو المؤمن له خلال فترة سريان وثيقة التأمين والحالات التي يكون فيها من الضروري للمؤمن عليه الحصول على الرعاية الصحية ومقابلة طبيب أو اختصاصي أو جراح.

الاصابة تعني أي إصابة جسدية تحدث بسبب أي حادث يقع خلال فترة سريان الوثيقة والتي تتطلب الحصول على علاج طبي من قبل طبيب ممارس ولكنها لا تنطوي على أي مرض.

علاج المريض الداخلي عندما يحتاج المؤمن له إلى الاستشفاء لمدة ليلة واحدة كحد أدنى والحصول على رعاية طبية متخصصة وعناية سواء قبل أو أثناء أو بعد العلاج وليس بالإمكان إجراء تلك العلاجات على أسا مريض خارجي.

مانحة التأمين/نحن/لنا/شركة التأمين/الشركة تعني شركة الوطنية للحياة للعام

العضو المؤمن له أي مؤمن له أساسي أو من يعولهم (إذا كان مؤمن عليهم) الذي قام بالوفاء بكافة الشروط المؤهلة وأن اسمه مذكور في جدول الوثيقة وبطاقة العضوية (في حال تم تقديمها بواسطة شركة التأمين).

وحدة العناية المركزة تعني القسم المحدد أو العنبر أو الجناح في المستشفى الذي يكون تحت الإشراف المستمر والمتواصل من قبل أطباء يكرسون كامل وقتهم والمعد بشكل خاص للمراقبة المستمرة وعلاج المرضى الذين يكونون في حالة حرجة أو يحتاجون إلى أجهزة دعم الحياة وعندما يكون مستوى الرعاية والإشراف أكثر تعقيداً وبتركيز أكثر مقارنة مع الحالات الاعتيادية والعنابر/الغرف الأخرى.

العلاجات الطبية الضرورية تعني أي خدمات طبية أو جراحية أو خلافها يحتاج إليها المؤمن له شريطة أن تكون تلك الخدمات:

- ضرورية وتتعلق بالمرض.
- يتم تقديمها وفقاً للممارسات الطبية المتعارف عليها والمعايير المهنية المعترف بها.
- العلاجات التي لا تعتبر بشكل عام بأنها تجريبية أو غير متعمدة.
- لا تتجاوز مستوى الرعاية الضرورية التي تقدم الرعاية الآمنة والكافية والمناسبة في نطاق وفترة الرعاية أو الرعاية المركزة.

بطاقة العضوية هي بطاقة شخصية صادرة من قبل شركة التأمين باسم كل عضو مؤمن عليه محدد فيها هوية المؤمن له وتسهل حصوله على الفوائد المغطاة بموجب هذه الوثيقة والمقدمة بواسطة مقدمي الخدمات المحددين.

فترة الانتظار والتعليق هي الفترة التي يجب على المؤمن له الانتظار فيها إلا أن يصبح مؤهلاً للحصول على أي فائدة. يتم قياس فترة الانتظار من أول تاريخ انضمام المؤمن له.

مقدمو الخدمات الصحية غير المحددين تعني المستشفيات والعيادات ومراكز التشخيص والصيدليات التي ليس لشركة التأمين اتفاق معها لتقديم الفوائد المغطاة بموجب لبنود وأحكام هذه الوثيقة إلى الأعضاء المؤمن لهم و/أو غير المدرجة في لائحة مقدمي الخدمات في وثيقتكم. الفوائد التي يتم الحصول عليها من مقدمي الخدمات من هذا القبيل ستكون على أساس التعويض وتخضع إلى التأمين المشترك حسبما مذكور في الجدول.

التعمير في المنزل يعني تقديم الخدمات الطبية وذلك بتوفير ممرضة في منزل المؤمن له في بلد إقامته عندما يشير إلى ذلك الإخصائي وفيما يتعلق مباشرة بالمرض الذي تلقى المؤمن له العلاج لذلك المرض كمرضى داخلي بموجب بنود وأحكام هذه الوثيقة. وهذه الفائدة يتم تقديمها بدلاً من الدخول إلى المستشفى عندما يكون بالإمكان توفير ممرضة ذات خبرة وتحت إشراف الطبيب المعالج لتقديم الرعاية الضرورية في المنزل للفترة المتبقية للمكوث من النوع المعين للمريض بالمستشفى.

تلقي العلاج كمرضى خارجي تعني كافة العلاجات الضرورية والخدمات التي لا تتطلب مكوث المريض بالمستشفى خلال النهار أو الليل لغرض العلاج ولا تتطلب رعاية طبية متخصصة أو مكوث المريض للعلاج النهاري بالمستشفى.

الطبيب هو الطبيب الممارس الذي يحمل ترخيص قانوني لممارسة مهنة الطب داخل الدولة التي يتم فيها تقديم العلاج والذي يقوم أثناء مزاولته ذلك العلاج بممارسة أعماله ضمن نطاق الرخصة والتدريب.

مدة الوثيقة مدة هذه الوثيقة المذكورة في جدول الوثيقة وبطاقة العضوية اعتباراً من تاريخ البدء وحتى تاريخ الانتهاء وتخضع إلى سداد قسط التأمين بالكامل.

سنة الوثيقة تعني فترة اثنا عشر شهراً تبدأ من تاريخ البدء وتنتهي في آخر يوم من مدة الاثني عشر شهراً تلك. وفيما يتعلق بالسنوات اللاحقة فإنها تخضع لاستلام اقساط التأمين، وتعني "سنة الوثيقة" للسنوات اللاحقة مدى اثني عشر شهراً ابتداءً من نهاية سنة الوثيقة السابقة وتنتهي في آخر يوم من فترة الاثني عشر شهراً تلك وحسبما محدد في جدول الفوائد و/أو شهادة التأمين.

التصريح المسبق مراجعة والحصول على الموافقة بشأن العلاجات من قبل شركة التأمين أو المشرف لدى شركة التأمين قبل أو بالتزامن مع تاريخ العلاج للتأكد من أن العلاجات يتم أخذها داخل نطاق تغطية الوثيقة ووفقاً لبنود وأحكام الوثيقة وفوائدها واستثناءاتها.

الحالة المرضية المسبقة تعني أي إصابة أو مرض أو أعراضه ذات الصلة أو الأمراض الموجودة مسبقاً قبل تاريخ البدء والتي يعاني منها المؤمن له سواء كانت معروفة له أو غير معروفة والتي من الضروري للمؤمن له تلقي الرعاية والعلاج بشأنها. قسط التأمين يعني المبلغ الذي يدفعه المؤمن له في مقابل تغطية التأمين.

استمارة المطالبة المبدئية تعني استمارة المطالبة المطبوعة مسبقاً والمستخدمه لعلاج المريض الداخلي والطوارئ. كذلك يتم استخدامها للتصريح المسبق الخاص بطلبات العلاج حسبما مطلوب بموجب أحكام وبنود هذه الوثيقة.

المؤمن له الرئيسي يعني الشخص الذي استوفى شروط الأهلية وأن اسمه مذكور في شهادة التأمين وبطاقة العضوية.

الرسوم المعقولة والمعتادة تعني المبلغ الذي تعترف به شركة التأمين لسداد تكاليف علاج/معالجة معينة. ويستند المبلغ الذي يعتبر "معقولاً" (حسبما مبين في تكلفة نفقات العلاج الواردة في البنود والأحكام العامة) لذلك العلاج/المعالجة على سعر السوق في البلد الذي تم فيه تقديم العلاج أو تكلفة المستشفى المعمول بها لدى مجموعة مزودي الخدمة المحددين (حسبما محدد في جدول الفوائد) في بلد إقامة المريض، أيهما أقل.

الحالة المرضية ذات الصلة تعني أي مرض يعتبر إما بسبب يعود أو يعزى مباشرة إلى مرض محدد آخر.

شهادة التأمين تعني الشهادة الصادرة من قبل شركة التأمين وفي حال أن هناك أكثر من شهادة تعني الشهادة التي تحمل آخر تاريخ والتي تشكل دائماً جزء من مستندات الوثيقة.

الرعاية الثانوية تعني العلاج الذي يقدمه الاختصاصي بعد الإحالة من قبل الطبيب لمزيد من العلاج.

الحد الأقصى للفوائد تعين أقصى حد سنوي يمكن المطالبة به فيما يتعلق بأي فائدة واحدة. وفي حال أن أي حد تعويض مذكور بأن يتم تعويضه بالكامل عندئذ فإن المسؤولية القصوى للفائدة يجب أن تكون هي الحد الأقصى الإجمالي لوثيقة التأمين.

الجراحة/العمليات الجراحية تعني العملية الجراحية لتصحيح التشويه والعيوب وعلاج الإصابات والأمراض ومعالجة المعاناة وإطالة الحياة.

جدول الفوائد يعني الجدول الصادر بواسطة شركة التأمين الذي يوضح مدى وطبيعة الفوائد ومبلغ التحمل والنسبة المنوية للمشاركة المنطبقة بموجب الوثيقة وملاحقها.

مرض الوفاة الأخير يعني المرض المتسارع والعضال والذي لا يكون هناك أمل في علاجه خلال مدة الوثيقة وعندما يكون وفقاً ل رأي الطبيب المعالج أو الاختصاصي والمسؤول الطبي لدى شركة التأمين أن توقعات حياة المريض لن تتجاوز ١٢ شهراً.

الحدود الجغرافية تعني الحدود الجغرافية التي يمكن تلقي العلاج داخلها والمنصوص عليها في شهادة التأمين و/أو جدول الفوائد.

العلاج يعني الاجراءات الطبية أو العمليات الجراحية والتي يكون الغرض الوحيد منها هو علاج مرض ما وليس لغرض تخفيف حالة مرضية مزمنة طويلة الأجل.

الاختصاصي الزائر يجب أن يكون طبيب ممارس مسجل وليس معين بشكل منتظم و براتب لدى مقدم الخدمات الطبية المحدد أو الذي يكون غير مقيم داخل سلطنة عمان في معظم أيام السنة أو ليس من المقيمين في سلطنة عمان أو هو طبيب ممارس زائر من دولة أجنبية.

نطاق الوثيقة:

١- حيث أن المؤمن له المبينة تفاصيله في جدول/شهادة التأمين قد قام بموجب طلب وإقرار المبين بشكل أكثر في العقد والذي يعتبر جزءاً من هذه الوثيقة، قد قام بالتقديم إلى شركة التأمين عن طريق طلب للحصول على تغطية التأمين المبينة في هذه الوثيقة فيما يتعلق بشخصه أو بصفته وصي وتم ذكر اسمه في الوثيقة التي والجدول وقد دفع قسط التأمين كمقابل لذلك التأمين.

٢- وبناءً عليه تشهد هذه الوثيقة أنه رهناً بالبنود والأحكام والاستثناءات والتعريفات المتضمنة فيها أو الملحقة بها أو خلاف ذلك المبينة بشكل صريح في هذه الوثيقة أنه في حال تعرض أي شخص مؤمن له خلال المدة المنصوص عليها في الجدول أو خلال فترة استمرار سريان هذه الوثيقة إلى أي مرض أو عاني من أي مرض أو تكبد إصابة جسدية عن طريق حادث وإذا كان ذلك المرض أو الإصابة تحتاج من ذلك الشخص المؤمن له.

٣- (أ) أن يقوم بصفته مريض خارجي بمقابلة طبيب ممارس مسجل وأن يقوم بناءً على نصيحة ذلك الطبيب الممارس بإجراء أي تشخيص/فحص وشرء الأدوية/العقاقير الطبية و/أو؛

(ب) بناءً على نصيحة من قبل الطبيب الممارس المسجل أن يمكث بالمستشفى والاستشفاء/الحصول على علاج جراحي في أي عيادة أو التمريض بالمنزل أو المستشفى (يشار إليها فيما بعد في هذه الوثيقة بـ "المستشفى")

خلال تلك الفترة تعمل هذه الوثيقة على دفع مبالغ النفقات التي يتكبدها الشخص المؤمن له بشكل معقول وضروري والمتعلقة بذلك الشخص المؤمن له؛ على أن لا تتجاوز تلك النفقات في أي مدة تأمين معينة الحدود المشار إليها في جدول الفوائد وداخل الحدود الجغرافية حسبما مبينة في جدول الفوائد وبما يتوافق مع الأحكام الأخرى للوثيقة.

٤- شرط الأهلية: العمر في بداية سريان الوثيقة يجب أن يكون ١٤ يوماً كحد أدنى وحتى ٦٠ سنة.

٥- من أجل أن تكون مؤهلاً للاستفادة من وثيقة التأمين؛ يجب أن يكون المؤمن له من مواطني سلطنة عمان أو يحمل تأشيرة سارية المفعول لغرض الإقامة في سلطنة عمان.

فوائد الوثيقة:

١- تغطي الوثيقة النفقات المعقولة والمعتادة التي يتم تكبدها تجاه العلاج الطبي من الداء أو المرض أو الحالة المرضية أو الإصابة التي يتعرض لها أو يعاني منها المؤمن له خلال فترة سريان الوثيقة المحددة في الجدول ورهناً بجدول الفوائد والأحكام والبنود والقيود والاستثناءات المذكورة في الوثيقة.

عند وقوع الاحداث التي تستدعي الفوائد أدناه بما في ذلك الفوائد الاختيارية في حال تم اختيارها بواسطة المؤمن له والموافقة عليها بواسطة شركة التأمين خطياً لتغطيتها خلال فترة سريان الوثيقة؛ تلتزم شركة التأمين بتعويض المؤمن له فيما يتعلق بالتكاليف الطبية الضرورية لغاية حد التعويض (مبلغ التأمين) المحدد في جدول الوثيقة وجدول الفوائد عن المصروفات المبينة أدناه ورهناً بالبنود والأحكام والاستثناءات الواردة في هذه الوثيقة.

(أ) علاج المريض الداخلي/نفقات الاستشفاء: إذا تم تشخيص المؤمن له بمرض أو تعرض لإصابة جسدية بحادث خلال فترة الوثيقة المحددة في جدول الوثيقة/ شهادة التأمين بما يستلزم مكوثه بالمستشفى، عندئذ تلتزم شركة التأمين بتعويض الشخص المؤمن له عن نفقات الاستشفاء المتعلقة بـ:

- ١- الغرفة.
- ٢- أتعاب وأجر الطبيب.
- ٣- رسوم وحدة العناية المركزة.
- ٤- مصروفات التمريض.
- ٥- رسوم العمليات الجراحية ورسوم غرفة العمليات والتخدير والأكسجين والإشراف.
- ٦- العقاقير والأدوية التي تتوافق مع التشخيص/العلاج.
- ٧- المعمل والأشعة السينية والتشخيص/الفحوصات الأخرى التي تتماشى مع التشخيص/العلاج.
- ٨- تكاليف الأعضاء الصناعية في حال تم زرعها خلال العملية الجراحية.
- ٩- الغيارات على الجروح والجبائر (الاعتيادية) والجبس.

يجب الأخذ بالعلم أن تكون حالة المريض تستدعي الاستشفاء وأن يتم إثبات وجود الداء أو المرض أو الإصابة. الشخص المؤمن له الذي يتم إدخاله إلى المستشفى ومكوثه بها لمدة بحد أدنى ٢٤ ساعة يكون للغرض الوحيد لتلقي العلاج.

(ب) إجراءات الرعاية النهارية: تلتزم شركة التأمين بتغطية إجراءات الرعاية النهارية عندما يتلقى تلك الإجراءات الشخص المؤمن له بصفته مريض داخلي في مستشفى أو مقدم خدمات صحية لمدة مستمرة تقل عن ٢٤ ساعة. أي إجراءات يتم اتخاذها بشأن على أساس أن المؤمن له مريض خارجي في أي مستشفى لن تكون مشمولة في التغطية. عندما تتم معالجة الأمراض المذكورة أدناه في مستشفى أو عيادة أو عن طريق التمريض في المنزل فيتم التخلي عن الحد الأدنى المطلوب وقدره ٢٤ ساعة للمكوث بالمستشفى حسبما محدد في الفقرة (أ) أعلاه:

- (أ) التوسيع والكحت (لعنق الرحم).
- (ب) استئصال اللوزتين.
- (ج) تفتيت الحصوات (إزالة الحصوة من الكلى).
- (د) العلاج الكيميائي/المعالجة بالإشعاع (السرطان).
- (هـ) رسم الأوعية عندما يتعلق الأمر بأمراض القلب.
- (و) البواسير (الجراحة الثابتة).
- (ز) الحوادث التي تستدعي عمل جبيرة بي أو بي/ارجاع مغلق.

(ج) المصروفات قبل إدخال المريض إلى المستشفى: إذا تم تشخيص المؤمن له بمرض ينتج عنه ضرورة المكوث في المستشفى ووافقت شركة التأمين على المطالبة ذات الصلة عندئذ تلتزم شركة التأمين بتعويض مصروفات قبل الإدخال إلى المستشفى لغاية ١٥ يوماً قبل إدخال المريض في المستشفى. يرجى الأخذ بالعلم ضرورة أن تكون تلك المصروفات الطبية متكيفة لنفس المرض الذي استدعى لاحقاً إدخال المريض إلى المستشفى وموافقة شركة التأمين على ذلك الاستشفاء كمرضى داخلي. تبدأ فترة ما قبل إدخال المريض إلى المستشفى وتنتهي خلال مدة الوثيقة المحددة في جدول الوثيقة/شهادة التأمين.

(د) المصروفات بعد إدخال المريض إلى المستشفى: في حال موافقة شركة التأمين على أي مطالبة وفي حال تتطلب الشخص المؤمن له مزيد من الرعاية الطبية مباشرة بعد خروجه من المستشفى والتي تتعلق بشكل مباشر إلى نفس الحالة المرضية التي تم إدخال المريض إلى المستشفى بسببها، عندئذ تلتزم شركة التأمين بتعويض المؤمن له عن مصروفات ما بعد المكوث بالمستشفى لغاية ٣٠ يوماً بعد تاريخ الخروج من المستشفى. تبدأ فترة ما بعد إدخال المريض إلى المستشفى وتنتهي خلال مدة الوثيقة المحددة في جدول الوثيقة/شهادة التأمين.

(هـ) مريض العيادة الخارجية (اختياري): يشمل نطاق فائدة تغطية مريض العيادة الخارجية، إذا كانت مغطاة وفقاً لجدول الوثيقة/شهادة التأمين وجدول الفوائد، ما يلي:

- رسوم وأتعاب مقابلة الطبيب.
- إجراءات التشخيص.
- العقاقير الموصوفة.
- العلاج الطبي ببناء على حالة من طبيب.
- الضمادات والجبائر والجبس فقط في حال كانت ضرورية من الناحية الطبية وموصوفة من قبل طبيب.

- (د) **الأمومة (اختياري):** نطاق تغطية فائدة الأمومة، إذا كانت مغطاة بموجب جدول الوثيقة/شهادة التأمين وجدول الفوائد، تشمل ما يلي:
- رسوم وأتعاب مقابلة الطبيب.
 - رعاية ما قبل الولادة والرعاية أثناء الولادة وبعد الولادة.
 - العملية القيصرية إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية.
 - خدمات المستشفى.
 - الفيتامينات والمعادن.
 - المضاعفات الناجمة عن الحمل.
 - الإجهاض الشرعي والموافق عليه من قبل الطبيب ومن قبلنا على أنه ضروري لأسباب طبية.
 - رعاية الطفل أثناء تواجد الام في المستشفى.
 - الفحوصات المعملية الاعتيادية الخاصة بالأطفال حديثي الولادة.

الاستثناءات: العلاجات والخدمات التالية مستثناة:

- الفحوصات أو العلاجات المتعلقة بالأمومة خلال فترة الانتظار وتعليق الوثيقة وقدرها مائتان وثمانون (٢٨٠) يوماً من تاريخ انضمام المؤمن له ما لم يتم ذكر خلاف ذلك في جدول الفوائد.
 - الاجهاض الاختياري والطوعي أو لاسباب نفسية أو اجتماعية وعواقبه.
 - الولادة القيصرية الاختيارية في حال لم تكن هناك ضرورة لها من الناحية الطبية.
- (ز) **الأسنان (اختياري):** نطاق تغطية فائدة الأسنان، إذا كانت مغطاة بموجب جدول الوثيقة/شهادة التأمين وجدول الفوائد، تشمل ما يلي:
- مقابلة طبيب الأسنان.
 - اجراءات التشخيص.
 - الوصفات الطبية ذات الصلة.
 - الخلع.
 - كافة الحشوات بما في ذلك الحشوة الفضية والحشوات المركبة وحشوات الايونومير الزجاجي.
 - علاجات اللثة وقناة الجذر.

الاستثناءات: العلاجات والخدمات التالية مستثناة:

- علاج الاسنان المنتظم والدوري بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر التنظيف والتفحيج والصفل.
 - الزارعة والتركيب من أي طبيعة كانت بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر أطقم الأسنان والجسور والتيجان.
 - العلاجات التجميلية بما في ذلك تقويم الأسنان المعوجة.
- (ح) **البصريات (اختياري):** نطاق تغطية فائدة البصريات، إذا كانت مغطاة بموجب جدول الوثيقة/شهادة التأمين وجدول الفوائد، تشمل ما يلي:

اختبارات الروية لتشخيص أخطاء الانكسار التالية:

- طول البصر.
- قصر البصر.

- اللابورية (الاستجماتيزم).
- تفاوت الانكسار.
- بصر الشيوخوخة.
- العدسات الاعتيادية فقط لتصحيح اخطاء الانكسار أعلاه.

في حال أن كل من الحالة المرضية السابقة وفائدة البصريات مشمولة في وثيقة التأمين، عندئذ فإن معالجة الحالات المرضية التالية مشمولة:

- إعتام عدسة العين.
- إعتلال الشبكية بسبب مرض السكري.
- انفصال الشبكية.
- المياه الزرقاء.
- جميع أمراض العيوب باستثناء تلك الأمراض المذكورة أدناه في الاستثناءات.

الاستثناءات: العلاجات والخدمات التالية مستثناة:

- ١- إطارات النظارات.
- ٢- العدسات اللاصقة.
- ٣- العدسات الضوئية.
- ٤- العمليات الجراحية لتصحيح اخطاء الانكسار وتصحيح البصر.
- ٥- الحول.
- ٦- إطراق
- ٧- جراحة العيون.

الحالات المرضية الموجودة سابقاً/الحالات المزمنة:

الحالات المرضية الموجودة مسبقاً: هي الحالات المرضية أو أي أمراض ذات صلة ظهرت أعراضها في وقت ما قبل بدء تغطية التأمين بغض النظر عما إذا كان تم البحث في الماضي عن أي علاج طبي أو نصيحة طبية أم لا. وأي من تلك الحالات أو الأمراض ذات الصلة التي يعرفها العضو المؤمن له أو يعرفها من يعولهم المؤمن له أو التي تمت معرفتها سابقاً أو من المفترض بشكل معقول أن تكون معروفة ستعتبر بمثابة أمراض موجودة مسبقاً.

الحالة المرضية المزمنة معرفة بالمرض أو الداء أو الإصابة التي لديها واحدة أو أكثر من الخصائص التالية:

- ذات طبيعة متكررة.
- ليس لديها علاج معروف أو معترف به بشكل عام.
- لا تستجيب بشكل عام على العلاج الجيد.
- تتطلب اشراف ومراقبة طويلة.
- تتطلب علاج مسكن للألم.
- تؤدي إلى عاقبة دائمة.

إذا كان التشخيص الأولي لأي مرض مزمن خلال فترة الوثيقة وأن الحالات المرضية المسبقة/الحالات المرضية المزمنة غير مغطاة بموجب الوثيقة؛ عندئذ فإن المصروفات المتكبدة في الفحوصات وحتى تشخيص المرض فقط هي التي ستكون مشمولة في تغطية التأمين ولن يتم دفع أي مطالبة أخرى لعلاج/الإشراف على الحالة المرضية.

(ط) الحدود الجغرافية:

تطبق هذه الوثيقة على المصروفات الصحية المستحقة والمتكبدة داخل الحدود الجغرافية المحددة في جدول الوثيقة وفي جدول الفوائد.

(ي)

التصريح المسبق:

التصريح المسبق مطلوب قبل خضوع المؤمن له لأي علاج أو حصوله على الخدمات المذكورة في الملحق الأول من هذه الوثيقة.

يجب أخذ الموافقة المسبقة قبل بدء الإجراءات أو العمليات أو أخذ العلاجات. على شركة التأمين منح الموافقة لتلك العلاجات عندما تقع ضمن نطاق الوثيقة. وفيما يتعلق بالعلاج والتطبيق طويل الأجل؛ تحتفظ شركة التأمين بالحق في الموافقة على فترة العلاج على أساس دوري قابل للتجديد. تم وضع التسيقات مع مقدمي الخدمات المحددين لتسهيل عملية التصريح المسبق ولكن عندما يتم السعي والبحث للعلاج خارج نطاق شبكة مقدمي الخدمات المحددين فمن مسؤولية المؤمن له الحصول على تصريح مسبق والتقييد بالإجراءات المطلوبة وذلك لضمان تعويض المطالبة وفقاً للوثيقة. فيما يتعلق بالأعضاء الذي يحق لهم الحصول على الخدمات من مجموعة محددة من شبكة مقدمي الخدمات فإن الإحالة لتلقي مزيد من العلاج من قبل أي من مقدمي الخدمة المحددين سيكون مقيداً بمقدمي خدمات محددين داخل نفس المجموعة المحددة. وفي تلك الحالة فإن تسوية المطالبة تكون على أساس الرسوم المعقولة والمتعارف عليها لدى تلك المجموعة المنطبقة من مقدمي الخدمات وحسبما يبين تحت تكلفة النفقات الطبية. وفي حال غياب أي مرفق لدى المجموعة المنطبقة من مقدمي الخدمة فيكون للأعضاء المؤمن لهم خيار اختيار مقدم خدمة محدد/غير محدد متاح داخل الحدود الجغرافية التي تنطبق على العضو المؤمن له والمحددة في جدول الفوائد. كذلك تحتفظ شركة التأمين بالحق في اعتماد الخيار الثاني قبل منح الموافقة بالعلاج.

لا يحتاج علاج حالات الطوارئ الحصول على أي تصريح مسبق. وعلى الرغم من ذلك، وفي حال تلقي علاج الطوارئ يجب على المؤمن له إخطار شركة التأمين خلال ثمانية وأربعين (٤٨) ساعة من وقت ادخاله أو قبل خروجه أيهما أكبر. تحتفظ شركة التأمين بالحق في رفض طلب منح التصريح المسبق لعلاج حالة الطوارئ، بعد فترة الثماني وأربعين (٤٨) ساعة المذكورة، في حال لم يتم تقديم ذلك الإخطار.

يسري التصريح المسبق بالعلاج لمدة أربعة عشر (١٤) يوماً كحد أقصى من تاريخ إصداره. على العضو المؤمن له الحصول على تصريح مسبق جديد في حال عدم استخدام التصريح خلال مدة الأربعة عشر (١٤) يوماً المذكورة.

التصريح المسبق ليس هو ضمان بسداد التكلفة أو دفع مبلغ المطالبة. أهلية لسداد مبلغ المطالبة يخضع لمراجعة التقارير الطبية التفصيلية ونتائج الفحوصات ونتائج التشخيص وتقرير خروج المريض من المستشفى والعلاج الطبي الضروري وكافة بنود وأحكام واستثناءات الوثيقة.

تخضع جميع الفوائد أعلاه إلى جدول الفوائد المرفق بطيه والذي يشكل جزءاً لا يتجزأ من هذه الوثيقة.

الاستثناءات العامة:

لا يحق للمؤمن له بموجب هذه الوثيقة تقديم أي مطالبة تتصل أو تتعلق بما يلي:

(١) الأمراض الموجودة مسبقاً/الأمراض المزمنة أو أي مرض أو داء أو حالة مرضية أو إصابة هي مضاعفات للمرض الموجود مسبقاً قبل تاريخ بدء الوثيقة.

(٢) المصرفات المتكبدة خلال الإثني عشر شهراً الأولى من تاريخ بدء الوثيقة ذات الصلة بعلاج تضخم البروستاتا الحميد واستئصال الرحم بسبب غزارة الطمث أو الورم العضلي وباسور الجهاز البولي/

الأعضاء داخل البطن ومرض الفتاق والأدره والتحصن الصفراوي واستبدال الركبة بسبب التهاب المفاصل واستبدال مفصل الورك والروماتزم والاضطرابات التنكسية الخرى ونزيف الرحم المختلف وظيفياً وبطانة الرحم والحصوات في الجهاز البولي والصفراوي والعمليات الجراحية في الأذنين والعمليات الجراحية في الجلد والمتعلقة بالأورام الداخلية والخراجات والعقيدات والأورام في الأنف وعلاج أمراض الأورام الحميدة أو الخبيثة أو علاج تضخم الأعضاء أو العمليات الجراحية في المفاصل أو علاج باسور الغضاريف الفقارية أو العمليات الجراحية الخاصة بالمعدة أو قرحة الإثني عشر أو ناسور الشرج أو البواسير أو التهاب الجيوب والاضطرابات ذات الصلة.

٣- تكون كافة الأمراض أو العيوب أو الاصابات أو التدخلات الجراحية التي كانت موجودة مسبقاً وقبل بداية تغطية التأمين لأول مرة وكافة المضاعفات اللاحقة لتلك الأمراض مستثناة من تغطية التأمين. ولهذا الغرض، فإن الوثيقة التي تبدأ بتاريخ ما بعد توقف سريان الوثيقة السابقة سوف يتم التعامل معها باعتبارها وثيقة جديدة وينطبق استثناء فترة الاثني عشر شهرا الأولى المذكورة أعلاه من تاريخ البداية الجديدة للوثيقة.

٤- إذا تم زيادة مبلغ التأمين عند تجديد الوثيقة بواسطة المؤمن له وكان قد تم التعرض لأي مرض خلال فترة الوثيقة السابقة فإن حد التعويض سيكون هو المذكور في الوثيقة السابقة وليس مبلغ التأمين الزائد بشأن ذلك المرض المعين.

٥- كافة فوائد الأسنان والبصريات والأمومة ما لم تكن مدرجة في جدول الفوائد.

٦- كافة المصروفات المتعلقة بالعيوب الخلقية عند الولادة واضطرابات النمو والأمراض الوراثية والأمراض الخلقية بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر عيب الحاجز الأذني والعمليات الجراحية لتصحيح انحراف الحاجز الانفي والزوائد الأنفية/تضخم القرينات سواء كانت داخلية أو خارجية وسواء كان يعلمها المؤمن له أم ليس له علم بها.

٧- المطالبات المتعلقة بالاضطرابات الوراثية/الجينية أو الحفظ بالتبريد وزراعة خلايا حية أو أعضاء حية سواء كانت ذاتية أو مقدمة من قبل متبرع والمصروفات مقابل التشخيص/العلاج بالخلايا الجذعية.

٨- العلاج التجميلي أو الختان ما لم يكن ضرورياً لعلاج مرض ما غير مستثنى في هذا القسم أو كانت مطلوبة نتيجة لإصابة الجسم بحادث وتم منح التصريح المسبق المتعلق بها بواسطة شركة التأمين.

٩- فحص الأذن الدوري ورعاية القدم بشكل منتظم والفحوصات الطبية الدورية وأتعاب الطبيب لاكمنا استمارة المطالبية أو الرسوم الإدارية الأخرى والشهادات الطبية والفحوصات لفرض الإقامة أو العمل أو السفر والتطعيم والتلقيح وعلاجات التجميل (بما في ذلك علاج أي مضاعفات تنشأ من أو تعود بأي كيفية كانت إلى العلاجات التجميلية أو استبدال أو زراعة الثدي) وعلاجات التجميل والتجريبية والإجراءات أو العلاجات الاستقصائية أو غير المعتمدة والأجهزة والنظم الدوائية من أي وصف.

١٠- المصروفات على الفيتامينات والمقويات ما لم تشكل جزءاً ضرورياً من العلاج المغطى بموجب هذه الوثيقة فيما يتعلق بالإصابة أو المرض وحسبما مصادق عليه بواسطة الطبيب المعالج.

١١- كافة العلاجات/النفقات المتصلة بأمراض المناعة الذاتية.

- ١٢- العلاج الذي لم يتم إصداره أو الحصول عليه من قبل طبيب مسجل وتطبيقات الطب التكميلي بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر تقويم العمود الفقري والعظام والأدوية الصينية.
- ١٣- رسوم النقاهاة أو كافة الفحوصات الطبية أو الوهن العام أو الإرهاق أو الاستراحة أو العلاج أو الخدمات أو الإقامة أو العلاج المتكبدة في المصحات المائية أو المنتجعات أو عيادات العلاج الطبيعي أو بيوت الراحة أو أي مكان مماثل حتى لو كان مسجلاً كمستشفى أو المكوث في مستشفى أو أي مؤسسة مماثلة لأسباب تعود كلياً أو جزئياً لظروف خاصة ليس لها علاقة مباشرة بالعلاج أو تجاوزت فترة المكوث الفترة اللازمة للعلاج أو الخدمات التي تم الحصول عليها قبل تاريخ نفاذ التغطية أو أن تاريخ النفاذ بدء أثناء مكوث المريض الداخلي أو الخدمات التي تم الحصول عليها بعد انتهاء تغطية التأمين.
- ١٤- الحاق الأذى بالنفس/الإصابة المتعمدة والانتحار وإدمان الكحول أو المخدرات وتعاطي أو تناول المواد المسكرة وضعف ذهن الأشخاص المؤمن لهم بسبب سوء استعمال المنشطات أو مهذبات الأعصاب أو بسبب الاستخدام غير المشروع للمواد الصلبة أو السائلة أو الغازية (سواء تم وصفها ام لا).
- ١٥- علاج فقدان الشهية العصبي والشراهة وفقدان الشهية وغيرها من اضطرابات الأكل والأمراض النفسية والاضطرابات النفسية والسلوكية أو أي شكل من أشكال العلاج من قبل طبيب نفسي بما في ذلك سبيل المثال لا الحصر القلق والأرق والحنين للوطن.
- ١٦- فحوصات وعلاج السمنة (بما في ذلك السمنة المرضية) وأي برامج أخرى تتعلق بالسيطرة على وتغيير والحفاظ على الوزن والخدمات أو الامدادات ذات الصلة.
- ١٧- الأجهزة الاصطناعية والتصحيحية والمستلزمات/المعدات الطبية بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر سماعات الأذن وإطارات النظارات أو العدسات اللاصقة وكراسي المقعدين والعكازات والأطراف الاصطناعية وما شابه ذلك. الأجهزة طبية خارجية من أي نوع كان التي تستخدم في المنزل ولغرض الرعاية التي تلي العلاج في المستشفيات بما في ذلك تكلفة الأداة المستخدمة في علاج متلازمة توقف التنفس أثناء النوم والغسيل البريتوني المستمر المتنقل ومكثف الاوكسجين لحالة الربو القلبي.
- ١٨- الرسوم التي تم تكبدها في المستشفى أو تجاه التمريض المنزلي أو في العيادة في المقام الأول لغرض التشخيص والأشعة السينية أو الفحوصات المعملية أو غيرها من الدراسات التشخيصية أو العلاج / الإجراءات التي لا تتماشى وتتوافق مع التشخيص. أي علاج لا يعتبر ضروري من الناحية الطبية أو أي مادة لا تعتبر دواءً على سبيل المثال لا الحصر المقويات وحبوب التحسيس ومستحضرات التجميل بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر مزيلات الشعر ومنتجات العناية بالبشرة وغسول الترطيب والكريمات وغيرها من المنتجات المماثلة ومستحضرات الشعر وفروة الرأس وتساقط الشعر والشعر المستعار / الباروكه والشامبو.
- ١٩- العلاج بسبب الاشرتك في السباقات من أي نوع وعلاج الإصابات التي تنشأ بسبب مشاركة المؤمن له في أي أنشطة خطيرة بما في ذلك ولكن لا تقتصر على الغوص وسباقات السيارات والنزول بالمظلات (الباراشوت) والطيران الشراعي وتسلق الصخور أو الجبال والأنشطة المماثلة سواء كانت كهنية أو كتناسل تقنضية وقت الفراغ وسواء بدوام جزئي أو دوام كامل وسواء كانت طوعية أو مدفوعة الأجر.

- ٢٠- أي تكاليف أو نفقات سفر أو ترحيل ما لم يتم النص والتحديد في جدول الفوائد بأنها مشمولة في التغطية.
- ٢١- أي منتجات صيدلانية التي ليست مدرجة في القائمة المعتمدة للأدوية والتي ليست ضرورية من الناحية الطبية لعلاج الحالة المرضية المحددة أو الإصابة الجسدية. والإمدادات الطبية لمرضى العيادة الخارجية، سواء كانت موصوفة أو غير موصوفة من قبل الطبيب، التي بالإمكان شراؤها مباشرة من الصيدلية دون أي وصفة طبية على سبيل المثال لا الحصر الجوارب المطاطية والضمادات والشاش والمحاقن شرائط اختبار السكري والمنتجات المماثلة والأدوية بدون وصفة طبية والعلاجات والاستثناءات الصيدلانية الأخرى المبينة في الملحق الثاني.
- ٢٢- علاج أي أمراض أو إصابات ناتجة من الاشتراك الإيجابي أو السلبي في الحروب أو أعمال الشغب أو أي نشاط غير قانوني أو الغزو أو تصرفات الأعداء الأجانب أو الأعمال العدائية سواء كانت حرب معلنة أم لا والحرب الأهلية والثورات والعصيان المدني والتمرد وحالة الطوارئ والإرهاب أو الأعمال الإرهابية ومخاطر الحرب السلبية.
- ٢٣- علاج أي مرض أو إصابات ناجمة عن التلوث الكيميائي أو الإشعاع المؤين أو التلوث الإشعاعي الناتج عن التفجيرات النووية أو أي من احتراق وقود نووي أو غير ذلك أو المواد المشعة أو السامة أو المتفجرة أو غيرها من المواد الخطرة أو العناصر النووية المتفجرة أو التليف أو أي حالة مرضية ذات صلة ناجمة عن وجود أو إنتاج أو التعامل في أو تجهيز أو تصنيع أو بيع أو توزيع أو تخزين أو استخدام الاسبيستوس أو منتجات الاسبيستوس.
- ٢٤- نفقات/علاج الحمل الصناعي (الحمل في المختبر) ونقل الأعراس عبر قناة فالوب ونقل اللاحقة (زيجوت) داخل قناة فالوب ونقل الجنين ونقل البويضة والسائل المنوي والتكاليف ذات الصلة ونفقات معالجة العقم أو العقم النسبي أو الحمل بمساعدة أو التعقيم والنفقات المتعلقة بإجراءات تنظيم الأسرة وعمليات تغيير الجنس والعلاجات ذات الصلة.
- ٢٥- أي علاج أو اختبار أو حالة مرضية ناجمة بشكل مباشر أو غير مباشر من فيروس نقص المناعة البشرية أو ابيضاض الخلايا اللمفية - تي من النوع الثالث الفيروس المرتبط بتضخم العقد اللمفية أو المسوخ المشتقة أو متلازمة خلل التنبؤ أو أي متلازمة أو مرض من نوع مماثل يشار إليه بشكل عام بالآيدز والأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي والأمراض التناسلية وكافة الحالات المرضية ذات الصلة وعواقبها ومضاعفاتها.
- ٢٦- ما لم تكن مذكورة في جدول الفوائد بأنها مغطاة، جميع التكاليف المتكبدة مقابل الايورفيدا والعلاج الطبيعي وطب الحكماء (طب سيدا) وجميع الطرق البديلة الأخرى من العلاج الطبي باستثناء الطب الإخلافي.
- ٢٧- أي حالة مرض عضال وصل إلى المرحلة التي يصادق عليها الطبيب المعالج بأنها مرحلة ذات طبيعة قد يساعد الاستمرار في العلاج الطبي على تحقيق استقرار أو البقاء ولكن من غير المرجح أن يؤدي إلى تحسين جوهري خلال إطار زمني معقول.

- ٢٨- اضطرابات الجلد مثل البثور والجذرة وحب الشباب والرخويات المعدية.
- ٢٩- الفوائد المستحقة بموجب قانون/تأمين تعويض العمال أو التأمين على السيارات أو التأمين الخاص أو تأمين الحوادث الشخصية للعمال.
- ٣٠- الرسوم المفروضة بواسطة مقدم الخدمة عن النصائح عبر الهاتف المتعلقة بالزيارات المنزلية أو الاستشارات الطبية أو التمريض الخاص.
- ٣١- رسوم سجلات المستشفى ورسوم التمريض الخاص ورسوم الترحيل والنققات الطارئة والعرضية أو المتنوعة ورسوم الهاتف ورسوم المرافق والنققات غير الطبية الأخرى. الراحة والمقتنيات الشخصية أو الخدمات على سبيل المثال التلفاز والهاتف والحلاق أو خدمات التجميل وخدمة الضيوف والخدمات والإمدادات المماثلة.
- ٣٢- العلاج بالهرمونات البديلة.
- ٣٣- الأمراض المحددة من قبل منظمة الصحة العالمية بانها وباء.
- ٣٤- العلاج الذي يتم تلقيه خارج الحدود الجغرافية المبينة في جدول الفوائد و/أو النققات التي يتم تكديدها عندما يسافر المؤمن له بخلاف المشورة الطبية. العلاج الاختياري إلا إذا تم الحصول على تصريح مسبق بشأنه من قبل شركة التأمين.
- ٣٥- التكاليف المتكبدة فيما يتصل بتحديد مكان أو حيازة عضو بديل أو أي تكاليف متكبدة لنزع عضو من الواهب وتكاليف ترحيله وكافة التكاليف الإدارية ذات الصلة.
- ٣٦- علاج أي حساسية أو اضطراب، وعلى الرغم من ذلك ستكون الزيارة الأولى لتشخيص الحساسية مغطاة.
- ٣٧- غسيل الكلى.
- ٣٨- المطالبة التي تنتج بشكل مباشر أو غير مباشر بسبب أو كنتيجة للطيران الذي لا يكون عن طريق طائرة ركاب بأجر ومصدقة بالكامل لنقل الركاب وتقوم بالطيران بموجب رخصة لنقل الركاب وبواسطة طاقم مرخص بشكل صحيح.
- ٣٩- المقابلات أو العلاج المتعلق بمشاكل التحدث والصوت.
- ٤٠- فقدان السمع ما لم يحدث بسبب حالة مرضية مغطاة بموجب الوثيقة وساعات الأذن وتنقيب الأذن والجسد.
- ٤١- العلاج التجريبي غير المثبت أو علاج أو العقاقير/الإمدادات الطبية غير الموصوفة.
- ٤٢- النققات المتكبدة بسبب المضاعفات التي تحدث لأسباب مباشرة تعود إلى مرض أو إصابة أو علاج غير مشمول في التغطية أو مقيد بموجب خطتكم.

الشروط العامة:

١- مدة الوثيقة:

ما لم يتم تحديد خلاف ذلك في جدول أقساط التأمين، فإن هذه الوثيقة هي عقد سنوي وتخضع لسداد أقساط التأمين المطلوبة بواسطة المؤمن له وتبدأ من تاريخ البدء وتنتهي في تاريخ الانتهاء المحدد في جدول الوثيقة.

٢- الحد الأقصى لمبلغ التأمين السنوي:

مسؤولية شركة التأمين محدودة بمبلغ الحد الأقصى الشامل والحدود النسبية المنصوص عليها في جدول الوثيقة وجدول الفوائد.

٣- تكلفة المصروفات الطبية:

مسؤولية شركة التأمين فيما يتعلق بتعويض تكلفة النفقات الطبية المستحقة المطالب بها بموجب هذه الوثيقة مقصورة على التكلفة الفعلية أو الرسوم المعقولة والمتعارف عليها أيهما أقل. تكون لشركة التأمين هي الحكم المنفرد لتقرير ما الشئ الذي يشكل "رسوم معقولة ومتعارف عليها". على الأعضاء المؤمن لهم الذي لديهم شكوك القيام بتقديم عرض أسعار إلى شركة التأمين متضمنة تكلفة العلاج والسعي للحصول على التصريح المسبق قبل أخذ العلاج.

على سبيل المثال: إذا كانت رسوم العلاج بشأن المرض المغطى للمرضى الداخليين هي بتكلفة ١٠٠ في المستشفى "أ"، وبتكلفة ١٢٠ في المستشفى "ب"، وبتكلفة ٨٠٠ في المستشفى "ج". عندئذ يتم التوصل للرسوم المعقولة والمتعارف عليها باحتساب المبلغ المتوسط للمستشفى "أ"، والمستشفى "ب"، وفقاً لطريقة الاحتساب التالية:

$$\text{الرسوم المعقولة والمتعارف عليها} = 100 + \{ (120 + 800) \times 110\% \} = 121$$

تقريباً سيتم دفع ما بين ١٢١-١٢٥ في هذه الحالة.

وفي حال اختار المؤمن له أخذ العلاج في المستشفى "ج"، فسوف يتحمل الرسوم الزائدة التي تتجاوز الرسوم المعقولة والمتعارف عليها ولا تتحمل شركة التأمين أي مسؤولية تتجاوز مبلغ الرسوم المعقولة والمتعارف عليها المذكورة.

يكون للمؤمن له خيار اختيار المستشفى الذي يفضله. وعلى الرغم من ذلك فإن أقصى تعويض يكون بناء على طريق الحساب أعلاه.

٤- العلاج خارج الدولة خلافاً لحالة الطوارئ:

نطاق التغطية بشأن العلاج خارج الدولة لغير حالات الطوارئ (تعني عندما يرغب المؤمن له الحصول على علاج خارج بلد الإقامة أو خارج المنطقة الجغرافية المحددة في جدول الفوائد) في حال كانت مغطاة بموجب جدول الوثيقة وجدول الفوائد فإنها تشمل العلاجات ذات الصلة بالفوائد المغطاة وتخضع للشروط أدناه:

- الحصول على تصريح مسبق، حسبما مبين أعلاه، قبل السعي للحصول على الخدمات العلاجية.
- الإخفاق في الالتزام بهذا البند سيؤدي في نهاية المطاف إلى رفض مطالباتكم.
- تطبيق مبلغ تحمل منفصل و/أو تأمين مشترك حسبما منصوص عليه في جدول الفوائد.
- العلاج الذي يتم تلقيه خارج دولة الإقامة لن يكون مشمولاً في حال أن سفر المريض كان ليس بموجب نصيحة من قبل الطبيب المعالج أو الاختصاصي.

- ما لم يتم النص على خلاف ذلك في جدول الفوائد، يتم تعويض تكلفة العلاج الذي يتم أخذه خارج دولة الإقامة بناءً على التكلفة الفعلية أو بناءً على الرسوم المعقولة والمتعارف عليها لدى مجموعة المستشفيات المحددة لتقديم الخدمات الطبية في عمان، أيهما أقل.

٥- تكلفة السفر للعلاج بالخارج:

- إذا كانت فائدة تعويض نفقات السفر والعلاج بالخارج مشمولة وفقاً لجدول الوثيقة وجدول الفوائد، عندئذ يتم تمديد فائدة المريض الداخلي لتشمل تكاليف سفر المؤمن له ومرافق رهناً بما يلي:
- توصية وإحالة بواسطة مقدم خدمات ثانوي بشأن المرافق، و فقط في حال المؤمن له (المريض) لا يستطيع المشي.
 - الحصول على تصريح مسبق قبل تاريخ السفر.
 - المبالغ الفعلية لغاية ٥٠٠ ريال عماني كحد أقصى لكل شخص.
 - تذكرة طيران في الدرجة الاقتصادية.
 - أن تكون تكلفة العلاج زائداً أسعار التذاكر الجوية (للمؤمن له والمرافق) أكثر اقتصاداً من تلقي العلاج في عمان بموجب تكلفة مجموعة المستشفيات المحددة التي تقدم الخدمات والتي يحق للعضو الحصول على العلاج فيها والمحددة في جدول الفوائد.

٦- اجراءات المطالبات:

- (أ) يتم الإشراف على المطالبات بموجب هذه الوثيقة بواسطة شركة التأمين أو مديرها/مدرائها.
- (ب) نظام التسديد المباشر: يتيح هذه الوثيقة نظام التسديد المباشر لدى مزودي الخدمات الطبية المحددين، أي تلك المستشفيات ممثلة بواسطة شركة التأمين أو مدير/مدرء التأمين المعينين لها. لدى شركة التأمين تنسيق يسمح بالتقديم المباشر للمطالبات بواسطة مقدمي الخدمات الطبية المحددين. تحتفظ شركة التأمين بالحق في تضمين أو استبعاد أو تصعيد أو انزال درجة أي مقدم خدمة طبية محدد أو طبيب أو خدمة طبية لدى الممارس الطبي المحدد إلى/من مجموعة مستشفيات محدد و عيادات او صيدليات أو مراكز تشخيص التي قد تنطبق إلى المؤمن عله بموجب هذه الوثيقة والمحددة في جدول الفوائد وبطاقات العضوية. يجب أن يتم تحديد مقدم الخدمة المنطبق على هذه الوثيقة في جدول الفوائد وشهادة التأمين وجدول أقساط التأمين أو في البطاقة الصحية. الاستفادة من نظام التسديد المباشر متاح فقط إلى مقدمي الخدمات الطبية المحددين في جدول الفوائد. على العضو المؤمن له استخدام مرافق مقدمي الخدمات المحددين وذلك عن طريق إبراز بطاقة العضوية الخاصة به إلى مقدمي الخدمات عند زيارته. في حال قام المؤمن له بدفع تكلفة العلاج لدى مقدم الخدمات الطبية المحدد، فسوف تقوم شركة التأمين بتعويض المؤمن له فقط بالرسوم المتفق عليها/المتفاوض بشأنها بين شركة التأمين ومقدم الخدمة المحدد، شريطة أن تكون تلك الخدمات أو الحالة المرضية مغطاة وهناك ضرورة طبية لمعالجة وتشخيص الحالة المرضية وأن المؤمن له مؤهل للاستفادة من خدمات مقدم الخدمات الطبية المحدد المعني.
- (ج) في حال توفر نظام التسديد المباشر، ستقوم شركة التأمين أو مدير/مدرء التأمين بسداد فواتير المستشفى مباشرة رهناً بالوفاء بالإجراءات المحددة بواسطة لمؤمن له وبناء على بنود وأحكام الوثيقة.
- (د) فيما يتعلق بالعلاج الطبي لدى مقدمي الخدمات الطبية المحددين فسوف يتم تقديم التصريح المسبق بواسطة مقدمي الخدمات بشأن الخدمات الطبية التي تستدعي الحصول على تصريح مسبق من قبل شركة التأمين أو مدير/مدرء التأمين المعينين لها.

(هـ) التعويض: ما لم توافق شركة التأمين على ذلك خطياً، لن يكون هناك أي تعويض عن المطالبات من أي مقدم خدمة غير محدد. وفي حال وافقت شركة التأمين خطياً على تعويض أي مطالبة يجب تقديم استمارة المطالبة ووثائق المطالبة الالزامية الأخرى حسبما مذكورة في استمارة المطالبة خلال ٤٥ يوماً من تاريخ الخروج من المستشفى أو تاريخ الحصول على الخدمات الطبية ويجب تسوية ذلك المبلغ خلال ٣٠ يوماً من تاريخ استلام جميع المستندات المطلوبة بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر استمارة المطالبة المعبأة حسب الأصول مع أي مستند آخر لدعم المطالبة وحسبما محدد في استمارة المطالبة أو أي مستند آخر مطلوب بواسطة شركة التأمين.

(و) مع مراعاة البند (هـ) أعلاه، وفي حال تعويض مطالبة على أساس مريض داخلي أو إجراءات رعاية نارية أو خدمات طبية لمريض عيادة خارجية فيجب الحصول على تصريح مسبق بالمطالبة من قبل شركة التأمين أو مدير التأمين المعين لها مبيناً فيه رقم الوثيقة واسم المؤمن له ورقم هوية العضو وطبيعة المرض/الإصابة واسم وعنوان المستشفى والطبيب المعالج وتاريخ الدخول إلى المستشفى. يرجى الإطلاع على الملحق الأول لمعرفة الخدمات التي تتطلب الحصول على تصريح مسبق من قبل شركة التأمين أو مدير التأمين المعين من قبلها.

(ز) مع مراعاة البند (هـ) أعلاه، إذا اختار الشخص المؤمن له لأي سبب من الأسباب عدم استخدام مقدم الخدمة المحدد أو اختيار مستشفى من فئة أرقى أو خلافاً لذلك قام بخرق بنود التصريح الذي تم الحصول عليه وفقاً للحالة العامة عندئذ وفقاً لتقدير شركة التأمين فإن المبلغ مستحق الدفع من قبل أو نيابة عن المؤمن له يجب تخفيضه وفقاً لبنود وأحكام الوثيقة وذلك عن طريق تطبيق الدفع المشترك/التأمين المشترك/المبلغ الزائد/مبلغ التحمل الوارد في جدول الفوائد أو النفقات المعقولة والمتعارف عليها المنطقتة على نفس المرض لدى مقدم الخدمات الطبية المحدد ناقصاً الدفع المشترك/التأمين المشترك/المبلغ الزائد/مبلغ التحمل، أيهما أقل.

٧- رفض المطالبة

- يحق لشركة التأمين رفض أو إرجاع المطالبات المقدمة في الأحوال التالية:
- تقديم استمارة مطالبة غير مكتملة.
 - ارفاق صور من الإيصالات أو الوصفات أو خدمات التشخيص أو خلافها.
 - غياب توقيع وختم الطبيب المعالج.
 - الفحوصات والعقاقير الطبية والعلاجات غير موصوفة بواسطة الطبيب.
 - التشخيص والعلاج ليس لها ضرورة من الناحية الطبية. يكون القرار بشأن عما إذا كان التشخيص والعلاج له أو ليس له ضرورة من الناحية الطبية بناءً على تقدير وقرار شركة التأمين ويكون أي قرار يتم اتخاذه من قبل شركة التأمين بهذا الصدد نهائياً.
 - الفحوصات والعلاجات التي لم يتم الحصول على تصريح مسبق بشأنها.
 - الخدمات التي تم الحصول عليها تقع ضمن الاستثناءات العامة للوثيقة.
 - الفحوصات والعقاقير والعلاجات ليست لديها ضرورة طبية للحالة المرضية. يكون القرار بشأن عما إذا كان التشخيص والعلاج له أو ليس له ضرورة من الناحية الطبية بناءً على تقدير وقرار شركة التأمين ويكون أي قرار يتم اتخاذه من قبل شركة التأمين بهذا الصدد نهائياً.
 - المصروفات التي تتجاوز الرسوم المعقولة والمتعارف عليها.
 - تم تقديم المطالبة بعد خمسة وأربعين (٤٥) يوماً من تاريخ العلاج.
 - زادت المصروفات عن الحد الأقصى السنوي أو الحدود النسبية.
 - تم تكبد نفقات العلاج والدواء بعد تاريخ انتهاء الوثيقة.

• كان العلاج قبل تاريخ انضمام العضو المؤمن له أو قبل تاريخ بدء الوثيقة.
 • تحتفظ شركة التأمين بالمطالبة بمستندات طبية كافية والمستندات الأخرى ذات الصلة التي قد تعتبر ضرورية فيما يتعلق بالمطالبة المودعة. تحتفظ شركة التأمين بالحق في السعي للحصول على رأي ثاني بشأن الحالة المرضية للمؤمن عليه قبل منح أي موافقة للعلاج أو قبل مسؤولية المطالبة.

٨- الاستئناف بشأن رفض المطالبة:

تعتبر تسوية المطالبات المستحقة نهائية ما لم يتم استلام اعتراضات مع تبيرات داعمة خطياً علاوة على التقارير ذات الصلة والحقائق خلال واحد شهر كحد أقصى من تاريخ استلام الدفعة. تحتفظ شركة التأمين في رفض أي اعتراضات يتم استلامها بعد الفترة المذكورة. ستقوم شركة التأمين بدراسة والإطلاع على التبريرات المستلمة وسيتم دفع أي مطالبات موافق عليها خلال ثلاثين (٣٠) يوماً من تاريخ استلام التقرير.

٩- سداد المطالبة:

١- تكون المطالبات بموجب هذه الوثيقة مستحقة الدفع بالريال العماني وفقاً للبند وأحكام والاستثناءات المنصوص عليها في مستند الوثيقة.
 ٢- لا تتحمل شركة التأمين مسؤولية دفع أي فائدة أو غرامة عن المبالغ المدفوعة أو مستحقة الدفع بموجب هذه الوثيقة.

١٠- تقديم بيانات غير صحيحة:

تعتبر هذه الوثيقة لاغية وباطلة وتقوم شركة التأمين بمصادرة كافة أقساط التأمين المدفوعة في حال التزوير أو تقديم بيانات غير صحيحة أو عد الكشف أو إخفاء أي حقائق جوهرية.

١١- الغاء الوثيقة:

عن طريق المؤمن له:
 طالما لم يتم تقديم أي مطالبة بواسطة المؤمن له خلال مدة الوثيقة، يحق للمؤمن له الغاء الوثيقة وسوف تقوم شركة التأمين بإعادة مبلغ قسط التأمين التناسبي عن الفترة غير المنتهية من مدة وثيقة التأمين وبحد أقصى نسبة ٥٠٪ من مبلغ القسط السنوي.
 عند الغاء أو عدم تجديد هذه الوثيقة، يجب ارجاع كافة بطاقات الهوية فوراً إلى شركة التأمين أو إلى مدير التأمين على حساب تكلفة المؤمن له ويوافق المؤمن له بتعويض شركة التأمين ومدير التأمين وعدم تحميلهما المسؤولية ضد أي من وجميع التكاليف والمصروفات والالتزامات والمطالبات (سواء كانت مبررة أم لا) التي تنشأ من الاستخدام أو سوء الاستخدام الفعلي أم المزعم لبطاقات الهوية تلك قبل تاريخ الغائها. تلتزم شركة التأمين بإعادة المبلغ المستحق بعد الغاء وثيقة التأمين بعد ستين (٦٠) يوماً من تاريخ طلب الالغاء شريطة أن لا تكون هناك أي مطالبات طيلة تلك الفترة.

عن طريق شركة التأمين:

تحتفظ شركة التأمين بالغاء الوثيقة عن طري منح إخطار مدته ٣٠ يوماً إلى المؤمن له. ويعتبر ذلك الإخطار قد تم منحه بشكل صحيح إذا تم إرساله عبر البريد المسجل وتوجيهه إلى آخر عنوان مذكور في الوثيقة للمؤمن له في

حال الغاء الوثيقة بواسطة شركة التأمين ولم يتم تقديم أي مطالبة بواسطة المؤمن له خلال فترة الوثيقة، عندئذ ستقوم شركة التأمين بإعادة القسط السنوي التناسبي لمدة الوثيقة المتبقية.

١٢- الحلول والإجابة القانونية:

١- يلتزم المؤمن له بموجب هذه الوثيقة وعلى نفقة شركة التأمين بالقيام والتعاون بشأن والسماح بكافة التصرفات والأشياء التي قد تكون ضرورية أو مطلوبة بشكل معقول بواسطة شركة التأمين لغرض انفاذ أي حقوق مدنية أو جنائية وتعويضات أو الحصول على إبراء ذمة من الأطراف الغير التي قد تكون أو قد تصبح مستحقة لشركة التأمين والقيام بإثبات شركة التأمين وذلك عند قيام شركة التأمين بدفع الفوائد المقدمة بموجب هذه الوثيقة سواء كانت تلك الأفعال والأشياء هي أو أصبحت ضرورية ومطلوبة قبل أو بعد تسوية المطالبة بواسطة شركة التأمين إلى المؤمن له أو المشتكى.

٢- لا يجوز للمؤمن له القيام أو الإعزاز بأي شيء قد يسبب أي اخلال بحق المؤمن له في الحلول والإجابة القانونية.

٣- يوافق المؤمن له بأن يتم استخدام اي مبالغ مستردة أولاً لسداد أي مبالغ تم دفعها بواسطة أو نيابة عن شركة التأمين بشأن المطالبة وتكاليف الاسترداد.

١٣- الاحتيال:

في حال أن المؤمن له قام:

- (أ) بتقديم أي مطالبة مع علمه أن تلك المطالبة كاذبة أو احتيالية فيما يتعلق بمبلغها أو خلافه و/أو؛
(ب) سمح لشخص آخر باستخدام بطاقته أو قام باستخدام بطاقة شخص آخر؛

عندئذ تعتبر هذه الوثيقة لاغية فيما يتعلق بالشخص المؤمن له ويتم مصادرة كافة المطالبات والدفعات المستحقة ويجب إعادة كافة الدفعات التي تم دفعها، إذا وجدت، وبالكامل بواسطة ذلك الشخص المؤمن له.

١٤- القانون الحاكم:

يخضع اعداد وتفسير ومعنى أحكام هذه الاتفاقية إلى القانون العماني. العناوين الفرعية في هذه الوثيقة هي لغرض التوضيح فقط ولا تشكل جزءاً من هذه الوثيقة.

١٥- كامل الاتفاق:

تشكل الوثيقة كامل عقد التأمين. يجوز لشركة التأمين فقط القيام بتغيير/تعديل نطاق وفوائد وتعريف وبنود وأحكام هذه الوثيقة. يجب إبلاغ المؤمن له عن أي تغيير/تعديل تقوم به الشركة المؤمنة بموجب اخطار مدته ٣٠ يوماً. وفي حال رفض المؤمن له ذلك التغيير/التعديل؛ عندئذ يحق له الغاء الوثيقة وتنطبق أحكام الانهاء (المبينة في مكان آخر في هذه الوثيقة) ويتم انفاذها بواسطة شركة التأمين. أي تعديل قد يتم اجرائه بواسطة شركة التأمين يجب أن يكون مؤكداً وذلك عن طريق توقيعه حسب الأصول وتثبيت الخاتم الرسمي عليه كملحق للوثيقة. لا يحق للمؤمن له الاعتراض في قيام شركة التأمين باتخاذ اجراءات الدفاع بشأن تسوية أي مطالبة أو رفع دعوى قانونية أو الحصول على تعويض من أي جهة بشأن الدفعات التي تم دفعها سلفاً بواسطة شركة التأمين.

المشاركة:

- ١٦

في حال كانت هناك تغطية تأمين أخرى عند حدوث أي خسارة مغطاة تغطي نفس الخسارة/المسؤولية سواء تم انفاذها بواسطة المؤمن له أو نيابة عنه؛ عندئذ لن تكون شركة التأمين ملزمة إلا بمقدار التناسب المنطوق. على سبيل المثال، إذا كان مبلغ التأمين للمؤمن له هو ٣٠٠٠ ريال عماني في وثيقة التأمين مع شركة التأمين ولديه تغطية تأمين أخرى لنفس الخسارة/المسؤولية بمبلغ وقدره ٢٠٠٠ ريال عماني مع شركة تأمين أخرى؛ ففي حالة نشوء أي مسؤولية فإن شركة التأمين تقوم بدفع ٢/٣ من قيمة المطالبة بما لا يتجاوز حد التعويض بموجب الوثيقة المبرمة مع الوطنية للحياة.

الحدود الجغرافية:

- ١٧

تسري التغطية الممنوحة بموجب هذه الوثيقة فيما يتعلق بالمرض والإصابة الجسدية بحدوث الذي يتعرض له الشخص المؤمن له خلال مدة الوثيقة داخل الحدود الجغرافية المحددة في جدول الفوائد. وفيما يتعلق بالعلاج المتاح خارج المنطقة الجغرافية المحددة المحدد في جدول الفوائد فإن مسؤولية شركة التأمين فيما يتعلق بأي دفعة يجب أن يتم سدادها بما يعادلها بالريال العماني وذلك فيما يتعلق بالخدمات الطبية أو العمليات التي تم تقديمها أو الإشراف عليها في مكان آخر خلافاً لسلطنة عمان ورنهناً بالحد الأقصى من الرسوم المعقولة والمتعارف عليها لدى المستشفيات المنطبقة المحددة في جدول الفوائد.

تغيير العنوان:

- ١٨

على المؤمن له إبلاغ شركة التأمين خطياً عن أي تغيير في عنوانه.

التجديدات:

- ١٩

تخضع أقساط التأمين إلى إعادة النظر فيها سنوياً. يجب استلامنا لكافة طلبات التجديد قبل نهاية مدة الوثيقة. ستقوم الشركة بمنح إشعار خطي عن التغيير في أقساط التأمين والبنود المعدلة والأحكام والاستثناءات الخاصة بسنة الوثيقة الجديدة والمنطبقة على حامل الوثيقة. وفي حال أن حامل الوثيقة رفض دفع قسط التأمين المعدل، عندئذ يتوقف سريان الوثيقة. تملك شركة التأمين الصلاحية التقديرية المطلقة في تقديم وعرض بنود التجديد. إذا قرر المؤمن له تجديد الوثيقة؛ عندئذ تكون بنود وأحكام واستثناءات وسعر التجديد ... الخ بناءً على الصلاحية التقديرية المطلقة لشركة التأمين.

المكافأة التراكمية:

- ٢٠

تطبيق المكافأة التراكمية بنسبة ١٠٪ على الحد السنوي الأساسي لسنة الوثيقة التالية بموجب الوثيقة بعد كل سنة خالية من المطالبات شريطة أن يتم تجديد الوثيقة معنا دون فترة انقطاع. يجب أن لا تتجاوز المكافأة التراكمية نسبة ٥٠٪ من الحد السنوي الأساسي. يتم فقدان المكافأة التراكمية في حال عدم تجديد الوثيقة في تاريخ انتهائها أو في حال قرر المؤمن له التغيير إلى خطة تأمين أخرى في وقت تجديد الوثيقة وينطبق الحد السنوي الأساسي في وقت ذلك التجديد.

الامتثال بأحكام الوثيقة:

- ٢١

الإخفاق في الالتزام بأي من الأحكام المتضمنة في هذه الوثيقة سيؤدي إلى إبطال كافة المطالبات بموجب هذه الوثيقة.

٢٢- التنازل عن الوثيقة:

لا يجوز التنازل عن الفائدة في هذه الوثيقة.

٢٣- صلاحية الحصول على السجلات الطبية/وثائق المطالبة الأخرى:

(أ) يوافق المؤمن له بموجبه ويصرح لشركة التأمين أو مدير التأمين المعين من قبلها أو أي شخص آخر ترشحه شركة التأمين/مدير التأمين بالإطلاع على كافة المعلومات الأخرى والوثائق المتعلقة بالمطالبة و/أو التي تتعلق بالتزام شركة التأمين/مدير التأمين.

(ب) توافق شركة التأمين ومدير التأمين المعين من قبلها بالمحافظة على سرية الوثائق التي تم تحصيلها.

٢٤- مسؤولية شركة التأمين:

لا تتجاوز مسؤولية شركة التأمين، فيما يتعلق بكافة المطالبات المعترف بها خلال مدة التأمين، مبلغ التأمين للأفراد الخاصة بالشخص المؤمن له حسبما مذكور في هذه الوثيقة. لا تتحمل شركة التأمين المسؤولية عن أي نتائج للعلاج الطبي بموجب هذه الوثيقة.

٢٥- فسخ تغطية التأمين:

يتوقف سريان تغطية التأمين بموجب هذه الوثيقة عند حدوث أي مما يلي:

- (أ) في التاريخ الذي يتوقف فيه الشخص المؤمن له من كونه مقيماً في سلطنة عمان.
- (ب) في التاريخ الذي يبلغ فيه المؤمن له عمر ٦٥ سنة (أي عيد الميلاد الخامس والستون).
- (ج) في تاريخ انتهاء الوثيقة ما لم يتم تجديدها.
- (د) تاريخ وفاة المؤمن له.
- (هـ) عدم سداد قسط التأمين أو قسط التأمين المجدد قبل تاريخ انتهاء الوثيقة ذات الصلة.
- (و) المطالبات المتكبدة خلال سنة الوثيقة وصلت إلى الحد الأقصى السنوي المحدد في جدول الفوائد.
- (ز) أصبح المؤمن له مختلاً عقلياً.
- (ح) تاريخ الغاء الوثيقة.

٢٦- التغييرات التشريعية:

تخضع جميع الفوائد المستحقة الدفع بموجب الوثيقة بما في ذلك اقساط التأمين إلى القوانين الساندة والتشريعات الأخرى الصادرة من وقت لآخر وسيتم فرض أي رسوم قانونية التي قد تنطبق وفقاً للرسوم واللوائح الساندة وسيتم استردادها بالكامل ومباشرة من حامل الوثيقة.

الملحق الأول: كشف الخدمات التي تتطلب الحصول على تصريح مسبق

يتطلب الحصول على تصريح مسبق قبل أن يحصل المؤمن له على الخدمات الطبية التالية:

١- علاج المريض الداخلي بشأن جميع العلاجات التي تستدعي أن يمكث المريض في المستشفى لمدة ليلة واحدة على الأقل أو فيما يتعلق بالرعاية الطبية المتخصصة سواء قبل أو أثناء أو بعد العلاج. وهذا المكوث

في المستشفى يجوز أن يكون لغرض الإشراف الطبي أو التدخل الجراحي والذي لا يمكن القيام به كمريض خارجي/إشراف نهاري.

٢- الإشراف النهاري أو العمليات سواء كان عن طريق المكوث بالمستشفى لمدة ٢٤ ساعة مستمرة أو لا يقع ضمن نطاق العلاج في العيادات الخارجية.

٣- كافة العمليات الجراحية كمريض خارجي بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر:

- (أ) الجروح وتصريف الصديد.
- (ب) بي أو بي البليكيشان.
- (ج) الختان.
- (د) استئصال الكيس الدهني/الجلدي.

٤- كافة الفحوصات الطبية بالتصوير بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر ما يلي:

- (أ) التصوير بالرنين المغناطيسي.
- (ب) التصوير المقطعي بالحاسوب.
- (ج) صورة الحويضة الوريدية.
- (د) تصوير الثدي (الماموجرام).
- (هـ) أشعة الصيغة على الرحم والأنابيب.
- (و) قياس كثافة العظام.
- (ز) قياسات جهاز دوبلر.
- (ح) قياسات جهاز باريوم.
- (ط) صورة المثانة والإحليل.

يرجى الأخذ بالعلم أن الأشعة السينية الاعتيادية لا تتطلب الحصول على تصوير مسبق.

٥- كافة عمليات المنظار بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر:

- (أ) منظار المعدة.
- (ب) منظار القولون.
- (ج) المنظار السيني.
- (د) منظار تصوير القنوات المرارية وقنوات البنكرياس
- (هـ) منظار المثانة.

٦- فحوصات القلب بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر:

- (أ) مخطط صدى القلب.
- (ب) صدى الإجهاد.
- (ج) اختبار التدوير.
- (د) تسجيل هوترلر.
- (هـ) مراقبة اسعاف ضغط الدم.

٧- فحوصات وعلاج الأورام والتشخيص ذي الصلة على سبيل المثال لا الحصر:

- (أ) دراسة الخلايا عن طريق شطفها بآبرة دقيقة.
- (ب) الخزعة الجراحية.
- (ج) التشريح المرضي.
- (د) اختبار الكشف عن سرطان الرحم.

٨- كافة الفحوصات الطبية المتعلقة بالأمصال بما في ذلك فحوصات الايدز وكافة الفحوصات المتعلقة بالأمصال الفيروسية وعلى سبيل المثال لا الحصر ما يلي:

- (أ) الحصبة الألمانية.
- (ب) الفيروس المضخم للخلايا والتوكسوبلازما وطفيل الملاريا.
- (ج) القوباء.
- (د) التهاب الكبد الفيروسي.

٩- كافة الفحوصات الهرمونية بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر ما يك

- (أ) فحوصات وظائف الغدة الدرقية.
- (ب) الهرمون المنبه للجريب.
- (ج) الهرمون الملوتن المسؤول عن التبييض عند الإناث.
- (د) البرولاكتين.
- (هـ) التستوستيرون.

١٠- الفحوصات العصبية بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر:

- (أ) تخطيط كهربية الدماغ.
- (ب) فحوصات التوصيل العصبي.

١١- الحقن المفصليّة الداخلية بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر:

- (أ) حقن الهيالجان.
- (ب) حقن ديبو-ميدرول.

١٢- كافة تقديرات الفيتامين والمعادن بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر:

- (أ) فيتامين د.
- (ب) فيتامين ب ١٢.
- (ج) الكالسيوم.
- (د) المغنيسيوم.

١٣- العلاج الطبيعي.

١٤- التمريض في المنزل.

١٥- العلاج طويل الأجل الذي يتجاوز ٣٠ يوماً.

١٦- جميع المطالبات التي تتجاوز الحد المسموح به المتفق عليه من وقت لآخر فيما بين مقدم الخدمة المحدد وشركة التأمين أو شركة ادارة التأمين الطبي التابعة لها (إذا وجدت).

ملاحظة: علاج حالات الطوارئ لا يتطلب الحصول على تصريح مسبق ولكن يجب إبلاغ شركة التأمين أو شركة ادارة التأمين عن تلك الحالات خلال ٤٨ ساعة من دخول المستشفى.

حالة الطوارئ تعني وقوع حادث أو كارثة أو أي مرض بشكل مفاجئ أو غير متوقع أو ازداد سوءاً وتسبب في حدوث مرض حاد أدى إلى حالة طبية يتم عرضها كمهدد حالي للشخص المؤمن له وعليه وتطلب تدخل طبي عاجل من قبل الطبيب لمنع حدوث اعتلال طويل الأجل لصحة المؤمن له.

فيما يتعلق بالخدمات المذكورة أعلاه في حال تم الاستفادة منها كفائدة مريض خارجي فيجب الاستفادة من تلك الخدمات بواسطة المؤمن له فقط في حال تم اختيار فائدة مريض العيادة الخارجية وتم تحديدها بأنها مغطاة في جدول الفوائد.

الملحق الثاني: قائمة المواد الصيدلانية المستثناة وفقاً للاستثناءات العامة في الوثيقة.

- الفايتمينات والمعادن (ما لم يتم وصفها مع المضادات الحيوية).
- اللقاحات.
- العلاجات التي تعطى لضعف الخصوبة.
- منع الحمل وتحديد النسل.
- العلاجات الخاصة بالطب النفسي والمشاكل النفسية وعلاجات تغيير الحالة المزاجية (إذا لم تكن مغطاة بموجب جدول الفوائد).
- الصابون وأنواع الشامبو (سواء كانت طبية أو غير طبية).
- مستحضرات التجميل (الكريمات والغسول «اللوشن»).
- الأدوية التكميلية مثل الحديد والكالسيوم والمغنيزيوم.
- المحاليل المطهرة العامة (مثل السافيون والديتول).
- فرش الأسنان وخيوط الأسنان ومعجون أسنان.
- غرغرة الفم وغسول الفم وبخاخ الحلق وأنواع الحلوي الصغيرة المشتملة على مواد طبية والمستنشقات.
- الوصفات الطبية للأطفال.
- مستحضرات العدسات اللاصقة.
- الدعامات (من أي نوع كان) بما في ذلك كعلى سبيل المثال لا الحصر المقويات والدعامات والحملات ودعامات أسفل الظهر والمخصرات والمشدات وطوق العنق ومساعات الوصل الأخرى ومخدة الكعب ودعم التقوس وأحذية تقويم العظام وكروسي المقعدين والأحزمة.
- الجوارب الداعمة والجوارب الطويلة اللاصقة.
- الأجهزة والمعدات الطبية بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر مكبرات الصوت، النهود وماكينات المساج وماكينات التمارين الرياضية والمرذاذات وميزان الحرارة وأجهزة مراقبة ضغط الدم والسكري و أجهزة ضخ الهواء الموجب المتواصل.
- المقومات وواقيات القدم.
- الضمادات وضمادات كريب (ما لم تكن لها ضرورة طبية ووصفها الطبيب).
- العلاج الهرموني البديل.
- العلاجات الخاصة بحب الشباب.

Liva Insurance SAOC

PO Box 1463, PC 112, Muscat Hills, Sultanate of Oman,
T +968 2476 6800, F +968 2479 7151
Info.om@livainsurance.com | www.livainsurance.om

Branches	
Al Amerat	24874249
Barka	26884803
Al Khoudh	24542325
Sohar	26842173
lbri	25688266
Nizwa	25411160
Buraimi	25661010
Bahla	24124843
Qurum	24665114
Salalah	23290665
lbra	25572779
Al Khuwair	24482974
HO Counter	24730999
Khasab	26730958
Sur	25546270
Saham	26857670
Airport	24521161
Samail	25356066
Mabelah	24455608
Mullahdh	26815362
YANQUL	25685413
Seeb Souq	22009639
Suwaiq	24124843
Jalan Bani Bu Ali	25555855
Falaj Al Qabail	26701459

Life's good when you're covered