

<h2 style="text-align: center;">Family Medical Policy Wording</h2>	<h2 style="text-align: center;">وثيقة تأمين صحي تكافلي عائلي</h2>
<p><b>Introduction</b> Boubyan Takaful Insurance Company (K.S.C) is an insurance Company working according to the Islamic (Shari'ah) Provisions in its capacity as agent of the contribution members (the insured) to manage their insurance operations against fixed agency fees, and to invest their funds in the capacity of "Speculator" against fixed percentage of the profits.</p> <p>The contributor, when he accepted dealing with Boubyan Takaful insurance Company (K.S.CC) (The Company) under this Plan is a contributor with the others on Takaful basis. The Company acts as manager of the insurance and agent for the contributors. The Company shall invest the insurance contributions wholly or partially on the basis of the speculation Plan against a Common share to the Company out of the profit, as Speculator which shall be determined in the General Innocent at the main office and the Company Branches each Calendar Year.</p> <p>The relation of the Company with the contributor shall be determined, in terms of his share in the net insurance surplus at the end of the financial year, according to the by-laws set by the Company's Board of Directors.</p> <p>And whereas the below mentioned contributor has applied in writing to the Company and filled the insurance application, this Form, in addition to any other written papers by the contributor are an integral part to this Plan.</p>	<p style="text-align: right;"><b>تمهيد</b></p> <p>شركة بوبيان للتأمين التكافلي (ش.م.ك.م) شركة تأمين تعمل وفقاً لأحكام الشريعة الإسلامية، بصفتها وكيلاً للأشخاص المشتركين (المؤمن لهم) من أجل إدارة عملياتهم التأمينية وذلك نظير أتعاب وكالة ثابتة محددة، وكذلك القيام باستثمار أموالهم بصفة "المضارب" نظير نسبة محددة من الأرباح.</p> <p>يعتبر المشترك ويقبوله التعامل مع شركة بوبيان للتأمين التكافلي (ش.م.ك.م) والمنوه عنها فيما بعد بالشركة على أساس هذه الوثيقة، مشتركاً متبرعاً مع غيره من المشتركين لديها على أساس تكافلي، وتعتبر الشركة مديراً لنظام التأمين ووكيلاً عن المشتركين، وتقوم باستثمار اشتراكات التأمين كلياً أو جزئياً على أساس عقد المضاربة نظير حصة شائعة للشركة من الربح بصفتها مضارباً، تحدد في الإعلان العام في مركز الشركة وفروعها قبيل بداية كل عام ميلادي.</p> <p>وتحدد بوجه خاص علاقة الشركة بالمشارك بشأن استحقاقات هذا الأخير لنصيبه من صافي الفائض التأميني المحقق في نهاية السنة المالية بموجب اللائحة التي يضعها مجلس الإدارة بالشركة.</p> <p>وبما أن المشترك المبين اسمه في الجدول أدناه ، كان قد تقدم للشركة بطلب خطي ، عبارة عن نموذج تعبئة طلب تأمين ، لذا فإنه يشكل مع أية تصاريح أو أوراق كتابية أخرى تقدم بها المشارك ، جزء لا يتجزأ من هذه الوثيقة .</p>

<p>This Family policy ("Policy") is entered into contract between XXXXXX ("Company") and the "Policyholder". Company may appoint an Administrator (GlobeMed) and/or Assist America Asia Limited (AAAL) to provide certain administrative services while traveling abroad on behalf of and at the direction of the Company. These services will be described in the Administration Guide Upon acceptance of the Policyholder's application and payment of the required Premiums, this Policy is deemed executed. The Company agrees with the Policyholder to provide Coverage for Health Services as set forth in this Policy, subject to its terms, conditions, exclusions, and limitations. The following documents are made part of this Policy:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. The policyholder's Application</li> <li>2. The Table of Benefits</li> <li>3. The Medical Membership Card &amp; Policy Schedule.</li> <li>4. Network Provider</li> </ol>	<p>تم إبرام هذه الوثيقة العائلية (رقم "الوثيقة") بين كل من XXXXXX ("الشركة") و "حامل الوثيقة". ويحق للشركة تعيين مسؤول (GlobeMed) و / أو Assist America Asia Limited (AAAL) لتقديم خدمات إدارية معينة أثناء السفر إلى الخارج نيابة عن الشركة وبتوجيه منها. سيتم وصف هذه الخدمات في دليل الإدارة عند قبول طلب المشترك ودفع الاشتراك / الاشتراكات المطلوبة، تعتبر هذه الوثيقة سارية المفعول. تتفق الشركة مع المشترك على توفير تغطية للخدمات الصحية على النحو المنصوص عليه في هذه الوثيقة، مع مراعاة الشروط والأحكام والاستثناءات والقيود الخاصة بها. المستندات التالية جزء من هذه الوثيقة:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. طلب الاشتراك.</li> <li>2. جدول المنافع.</li> <li>3. شهادة العضوية للمشارك وجدول الوثيقة.</li> <li>4. شبكة مزودي الخدمات الطبية.</li> </ol>
<p>This Policy replaces and supersedes any previous agreements relating to the coverage of health services between the Policyholder and the Company. The terms and conditions of this Policy shall supersede those of any subsequent agreements relating to the Coverage of Health Services between the Policyholder and The Company.</p>	<p>تحل هذه الوثيقة محل أي اتفاقيات سابقة تتعلق بتغطية الخدمات الصحية بين المشترك والشركة وتحل محلها. وكذلك شروط وأحكام هذه الوثيقة تحل محل أي اتفاقيات لاحقة تتعلق بتغطية الخدمات الصحية بين المشترك والشركة.</p>
<p>This Policy shall become effective at 00:00 midnight Kuwait time on the date specified in Medical Membership Certificate &amp; Policy Schedule and will be continued in force by the timely payment of the required Premiums when due, subject to termination of this Policy as provided herein. When the Policy is terminated, as provided for in Article5, this Policy and all Coverage under this Policy will end at 00:00 midnight Kuwait time on the date of termination.</p>	<p>تصبح هذه الوثيقة سارية المفعول في تمام الساعة 00:00 منتصف الليل بتوقيت الكويت في التاريخ المحدد في شهادة العضوية الطبية وجدول المنافع، وستظل سارية المفعول من خلال سداد الاشتراكات المطلوبة في الوقت المناسب عند استحقاقها، مع مراعاة إنهاء هذه الوثيقة على النحو المنصوص عليه هنا. عند إنهاء الوثيقة، على النحو المنصوص عليه في المادة 5، تنتهي هذه الوثيقة وجميع التغطيات بموجب هذه الوثيقة في الساعة 00:00 منتصف الليل بتوقيت الكويت من تاريخ الإنهاء.</p>
<p>This Coverage may be modified by the attachment of Riders and/or Amendments. Please read the provisions described in these documents to determine the way in which provisions in this Policy may have been changed.</p>	<p>قد يتم تعديل هذه التغطية عن طريق إرفاق ملحق و / أو التعديلات. يرجى قراءة الأحكام الموضحة في هذه الوثائق لتحديد الطريقة التي يمكن بها تغيير أحكام هذه الوثيقة.</p>
<p>This Policy will be governed by the laws of Kuwait.</p>	<p>تخضع هذه الوثيقة لقوانين دولة الكويت.</p>
<p>This Policy is executed in the Arabic language. Any translation of this Policy into a language other than Arabic shall exist only for convenience of the parties, it is being understood that the Arabic version shall prevail over any other translation.</p>	<p>يتم تنفيذ هذه الوثيقة باللغة العربية. أي ترجمة لهذه الوثيقة إلى لغة أخرى غير اللغة العربية موجودة فقط للتسهيل للطرفين، ومن المفهوم أن النسخة العربية هي المرجع لأي ترجمة أخرى.</p>
<p>This Policy sets forth the rights and obligations of the Policyholder and of all Covered Persons. It is important that all insured parties familiarize themselves with its terms and conditions.</p>	<p>تحدد هذه الوثيقة حقوق والتزامات المشترك وجميع الأشخاص المعنيين. من المهم أن يتم قراءة شروط وأحكام الوثيقة من قبل جميع الأطراف المشتركين.</p>

Policy Introduction	المقدمة
<p>This Policy should be read in its entirety. Many of the provisions of this Policy are interrelated; therefore, reading just one or two provisions may not provide an accurate understanding of Coverage.</p>	<p>يجب قراءة هذه الوثيقة بالكامل. العديد من أحكام هذه الوثيقة مترابطة؛ لذلك، قد لا توفر قراءة بند أو شرطين فقط فهماً دقيقاً للتغطية.</p>
<p>Many words used in this Policy have special meanings. These words will appear capitalized and are defined in Section 1. Reviewing these definitions will provide a clearer understanding of the Policy Coverage.</p>	<p>العديد من الكلمات المستخدمة في هذه الوثيقة لها معاني خاصة. ستظهر هذه الكلمات بأحرف كبيرة ويتم تعريفها في القسم الأول. إن مراجعة هذه التعريفات ستوفر فهماً أوضح لتغطية الوثيقة.</p>
<p><b>Network and Non-Network Benefits</b> This Policy describes both Benefit levels available under the Policy.</p> <p><b>Network Benefits-</b> These Benefits apply when a Covered Person chooses to obtain Health Services from a Network Provider. Network Benefits also include Health Services from a non-Network Provider when such services are (1) Medically Necessary Emergency Health Services or (2) approved by Globemed. Section 6 describes the procedures for obtaining Covered Health Services as Network Benefits. Network Benefits generally provide Coverage at a higher level than Non-Network Benefits. The Company is financially responsible for payment of Covered Network Benefits.</p> <p><b>Non-Network Benefits-</b> These Benefits apply when a Covered Person decides to obtain Health Services from non-Network Providers. Section 7 describes the procedures for obtaining Coverage of Health Services as Non-Network Benefits. Non-Network Benefits are generally Covered at a lower level than Network Benefits. Non-Network Benefits require the payment of and prior authorization for certain Health Services. In addition, when Covered Persons obtain Health Services from non-Network Providers, Covered Persons must file a claim with the Company to be reimbursed for Eligible Expenses. The Company is also financially responsible for the payment of Covered Non-Network Benefits.</p> <p>The information in Sections 1 through 5, and Sections 9 through 10 applies to both levels of Coverage. Sections 6 and 7 explain the procedures Covered Persons must follow to obtain Coverage for Network Benefits and non-Network Benefits respectively. Section 8 describes which Health Services are Covered. Unless otherwise specified, the exclusions and limitations of Section 12 apply to both levels of Benefits. Section 13 describes what Copayment/Aggregate Deductible /Coinsurance / Copayment are required, if any, and to what extent any limitations apply.</p>	<p><b>منافع داخل شبكة مزودي الخدمات الطبية والخارجها</b> تصف هذه الوثيقة المنافع المتاحة بموجب هذه الوثيقة.</p> <p><b>المزايا العلاج داخل الشبكة -</b> تنطبق هذه المزايا عندما يختار المشترك الحصول على الخدمات الصحية من مزود الخدمات الطبية داخل الشبكة. تشمل مزايا العلاج داخل الشبكة أيضاً الخدمات الصحية من مزود غير تابع للشبكة عندما تكون هذه الخدمات (1) خدمات صحية طارئة ضرورية طبيًا أو (2) معتمدة من GlobeMed. يصف القسم 6 إجراءات الحصول على الخدمات الصحية المغطاة داخل الشبكة. توفر فوائد العلاج داخل الشبكة عمومًا تغطية على مستوى أعلى من المزايا خارج الشبكة. الشركة مسؤولة ماليًا عن دفع العلاجات المغطاة داخل الشبكة.</p> <p><b>المزايا العلاج خارج الشبكة -</b> تنطبق هذه المزايا عندما يقرر المشترك الحصول على الخدمات الصحية من مقدمي خدمات خارج الشبكة. يصف القسم 7 إجراءات الحصول على تغطية الخدمات الصحية كمزايا خارج الشبكة. يتم تغطية المنافع خارج الشبكة بشكل عام عند مستوى أدنى من داخل الشبكة. تتطلب المزايا العلاج خارج الشبكة الدفع والحصول على موافقة مسبقة لبعض الخدمات الطبية. بالإضافة إلى ذلك، عندما يحصل المشتركين على خدمات صحية من مزودين خدمات طبية خارج الشبكة، يجب على المشترك تقديم مطالبة إلى الشركة لتعويضهم عن النفقات المغطاة. كما أن الشركة مسؤولة ماليًا عن دفع العلاجات المغطاة خارج الشبكة.</p> <p>تنطبق الشروط الواردة في الأقسام من 1 إلى 5 والأقسام من 9 إلى 10 على كلا مستويي التغطية. يوضح القسمان 6 و7 الإجراءات التي يجب أن يتبعها المشتركين للحصول على تغطية مزايا العلاج داخل الشبكة والعلاج خارج الشبكة على التوالي. يصف القسم 8 الخدمات الصحية المغطاة. ما لم يُنص على خلاف ذلك، تنطبق الاستثناءات والشروط الواردة في القسم 12 على كلا مستويي المزايا. يصف القسم 13 ماهية المشاركة بالدفع/ إجمالي التحملات/قيمة التحملات، إن وجدت، وإلى الحدود القصوى للتغطية.</p>
<p><b>Health Services Covered Under the Policy</b></p>	<p><b>الخدمات الصحية المغطاة</b></p>

In order to ensure that eligible expenses are paid as Network Benefits, Covered Persons must always verify the participation status of a Physician, Hospital or other Provider. From time to time, the participation status of a Provider may change. Covered Persons can verify the participation status by calling Globemed. if necessary, Globemed can provide assistance in referring Covered Persons to Physicians or other Providers who participate with them.

Only Medically Necessary Health Services are covered under the Policy. The fact that a Physician has performed or prescribed a procedure or treatment or the fact that it may be the only available treatment for an Injury or Sickness does not mean that the procedure or treatment is Covered under the Policy.

Health Services, which are obtained through and Covered by a public health program are not Covered under this Policy.

Only Health Services provided in the geographical regions listed in Section 13, Table of Benefits, are covered under the Policy, unless prior authorization is obtained from Globemed. A complete listing of the countries included in each geographical region is included in the Administration Guide and the Member Handbook. If Coverage is provided outside of the country in which this Policy is issued, a separate International Rider will be issued and will govern all non-domestic Benefits.

The Company is responsible for interpreting the Benefits Covered under the Policy and the other terms, conditions, limitations and exclusions set out in the Policy and in making factual determinations related to the Policy and its Benefits. The Company may delegate discretionary authority to Globemed for the provision of services in regard to the Policy.

Should the Covered Person disagree with the claims decision made by Globemed, the decision may be formally appealed. The appeal process is detailed in the Administration Guide and the Member Handbook.

The Company may, in its sole discretion, arrange for various persons or entities to provide administrative services in regard to the Policy, including claims processing and utilization management services. The identity of the service providers and the nature of the services provided may be changed from time to time in the Company's sole discretion and without prior notice or approval by Covered Persons. Covered Persons must cooperate with those persons or entities in the

من أجل ضمان دفع النفقات المغطاة داخل شبكة المرافقة الطبية، يجب على المشتركين التحقق دائماً من حالة مشاركة طبيب أو مستشفى أو مزود خدمة طبية من وقت لآخر، قد تتغير حالة مشاركة مقدم الخدمة. يمكن للأشخاص المعتمدين التحقق من حالة المشاركة عن طريق الاتصال بـ **GlobeMed** إذا لزم الأمر، يمكن أن تقدم **GlobeMed** المساعدة في إحالة المشتركين إلى أطباء أو مقدمي خدمات طبية آخرين من ضمن الشبكة.

يتم تغطية الحالات المرضية الضرورية طبيًا فقط بموجب الوثيقة. ولا يعني أن الإجراء أو العلاج يجب أن يكون مغطى بموجب هذه الوثيقة بمجرد أن الطبيب قد أجرى أو وصف إجراء أو علاجًا حتى وإن كان العلاج الوحيد المتاح للإصابة أو المرض. لا تغطي هذه الوثيقة مصاريف الخدمات الطبية التي يتم الحصول عليها من خلال التأمين الصحي الحكومي.

يتم تغطية الخدمات الطبية فقط المقدمة في المناطق الجغرافية المدرجة في القسم 13 وجدول المزايا، بموجب الوثيقة، ما لم يتم الحصول على إذن مسبق من شركة **GlobeMed**. يتم تضمين قائمة كاملة بالبلدان المدرجة في كل منطقة جغرافية في دليل الإدارة وكتيب المشتركين. إذا تم توفير التغطية خارج البلد الذي صدرت فيه هذه الوثيقة، فسيتم إصدار ملحق دولي منفصل وسيحكم جميع المزايا غير المحلية.

الشركة مسؤولة عن تفسير المزايا التي تغطيها الوثيقة والشروط والأحكام والحدود والاستثناءات الأخرى المنصوص عليها في الوثيقة وفي اتخاذ القرارات الواقعية المتعلقة بالوثيقة ومزاياها. يجوز للشركة تفويض **GlobeMed** لتوفير الخدمات فيما يتعلق بالوثيقة.

إذا لم يوافق المشترك على قرار المطالبات الذي اتخذته شركة **GlobeMed**، فيجوز استئناف القرار رسميًا. تم تفصيل عملية الاستئناف في دليل الإدارة ودليل المشترك.

يجوز للشركة، وفقاً لتقديرها الخاص، الترتيب للعديد من الأشخاص أو الكيانات لتقديم خدمات إدارية فيما يتعلق بالوثيقة، بما في ذلك إدارة المطالبات وخدمات إدارة الاستخدام. قد يتم تغيير هوية مزودي الخدمة وطبيعة الخدمات المقدمة من وقت لآخر وفقاً لتقدير الشركة وحدها وبدون إشعار مسبق أو موافقة من المشترك. يجب على المشترك التعاون مع هؤلاء الأشخاص أو الكيانات في أداء مسؤولياتهم.

performance of their responsibilities.  The Company reserves the right to change, interpret, modify, withdraw or add Benefits or terminate the Policy upon Policy renewal. <u>No person or entity has any authority to make any verbal changes or Amendments to the Policy.</u>	تحتفظ الشركة بالحق في تغيير أو تفسير أو تعديل أو سحب أو إضافة مزايا أو إنهاء الوثيقة عند التجديد. لا يوجد أي شخص أو كيان لديه أي سلطة لإجراء أي تغييرات أو تعديلات شفوية على الوثيقة.		
<b>Identification ("ID") Card</b> Covered Persons must show their Globemed ID cards every time they request healthcare services, also the provider will ask for their personal identity for verification. If Covered Persons do not show their cards, the Providers have no way of knowing that they are Covered under a Policy issued by the Company, and payment may be required the Covered Person for Network Benefits. Throughout this Policy Covered Persons will find statements that encourage them to contact Globemed for further information. Whenever there is a question or concern regarding Health Services or any required procedure Globemed should be contact at the telephone number stated on the Covered Person's ID card	<b>بطاقة التعريف (الهوية)</b> يجب على المشترك إظهار بطاقات هوية Globemed الخاصة بهم في كل مرة يطلبون فيها خدمات الرعاية الصحية، كما سيطلب مقدم الخدمة هويتهم الشخصية للتحقق. إذا لم يُظهر المشترك بطاقته، فلن يتمكن مقدمو الخدمة من معرفة أنهم مشتركين بموجب وثيقة صادرة عن الشركة، وقد يُطلب من المشترك السداد مقابل الخدمات المقدمة. خلال هذه الوثيقة، سيدد المشتركين بيانات تشجعهم على الاتصال بـ Globemed للحصول على مزيد من المعلومات. عندما يكون هناك سؤال أو استفسار بخصوص الخدمات الصحية أو أي إجراء مطلوب، يجب على المشترك الاتصال على رقم الهاتف المذكور في بطاقة هوية الشخص المعني.		
<b>TABLE OF CONTENTS</b>	<b>الفهرس</b>		
<b>DEFINITIONS</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>التعريفات</b>
<b>ENROLLMENT AND EFFECTIVE DATE OF COVERAGE</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>التسجيل وتاريخ تفعيل التغطية</b>
<b>TERMINATION OF COVERAGE</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>إنهاء التغطية</b>
<b>CONTRIBUTION RATES</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>قيمة الاشتراك</b>
<b>GENERAL PROVISIONS</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>الشروط العامة</b>
<b>PROCEDURES FOR OBTAINING NETWORK BENEFITS</b>	<b>22</b>	<b>22</b>	<b>إجراءات الحصول على مزايا داخل الشبكة الطبية</b>
<b>PROCEDURES FOR OBTAINING NON-NETWORK BENEFITS</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>إجراءات الحصول على مزايا خارج الشبكة الطبية</b>
<b>COVERED HEALTH SERVICES</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>الخدمات الطبية المغطاة</b>
<b>REIMBURSEMENT</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>الدفع والاسترداد</b>
<b>MEDICAL ASSISTANCES SERVICES</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>خدمات المساعدة الطبية</b>
<b>COORDINATION OF BENEFITS, SUBROGATION AND REIMBURSEMENT</b>	<b>34</b>	<b>34</b>	<b>تنسيق المنافع والاحلال والدفع والاسترداد</b>
<b>GENERAL EXCLUSIONS.</b>	<b>35</b>	<b>35</b>	<b>الاستثناءات العامة</b>
<b>TABLE OF BENEFITS</b>	<b>42</b>	<b>42</b>	<b>جدول المنافع</b>
<b>VAT</b>	<b>42</b>	<b>42</b>	<b>ضريبة الفائدة المضافة</b>
<b>Personal Data</b>	<b>43</b>	<b>43</b>	<b>المعلومات الشخصية</b>
<b>Table of Benefits Rider</b>	<b>44</b>	<b>44</b>	<b>ملحق جدول المنافع</b>
<b>SECTION 1</b>	<b>القسم الأول</b>		
<b>DEFINITIONS</b>	<b>التعريفات</b>		
This Section defines the terms used throughout this Policy and is not intended to describe Covered or Uncovered Services	يحدد هذا القسم المصطلحات المستخدمة في الوثيقة ولا يهدف إلى وصف الخدمات المغطاة أو غير المغطاة.		

<p><b>Accident:</b> a sudden, unexpected, violent external event causing a severe physical bodily injury, which is usually visually identifiable, and is documented by a competent authority such as a law enforcement officer or Physician.</p>	<p><b>الحادث:</b> حدث خارجي عنيف مفاجئ وغير متوقع يتسبب في إصابة جسدية خطيرة، والتي عادة ما يمكن التعرف عليها بصرياً، ويتم توثيقها من قبل سلطة مختصة مثل مسؤول تنفيذ القانون أو الطبيب.</p>
<p><b>Accident related constructive surgery:</b> the coverage under this policy would be restricted only for the cases resulting from accidents incurred during the validity of the policy.</p>	<p><b>الجراحة المتعلقة بالحوادث:</b> بموجب هذه الوثيقة سيتم تغطية فقط الحالات الناتجة عن الحوادث التي حدثت أثناء سريان الوثيقة.</p>
<p><b>Accidental Death Benefit:</b> lump sum payment of the sum insured for Accidental Death Benefit to cover all eligible members against death due to a covered accident from day one. Minimum age at entry is 18 years for child and age 64 years for adult (policyholder &amp; spouse). Maximum coverage age is 65 years for Policyholder &amp; spouse.</p>	<p><b>منفعة الوفاة الناتجة عن حادث:</b> دفع مبلغ مقطوع من المبلغ المؤمن عليه لمزايا الوفاة العرضي لتغطية جميع المشتركين ضد الوفاة بسبب حادث مغطى منذ اليوم الأول. الحد الأدنى للسنة عند الدخول هو 18 سنة للأطفال و64 عاماً للبالغين (حامل الوثيقة والزوج/ة). الحد الأقصى لسنة التغطية هو 65 سنة لحامل الوثيقة والزوجة.</p>
<p><b>Accidental Critical Illness:</b> lump sum payment of the sum insured for Accidental Critical Illness on diagnosis of one of the covered Accidental Critical Illnesses. There can be no more than one payment of sum insured for each insured under this cover. Minimum age at entry is 18 years for child and age 64 years for adult (policyholder &amp; spouse). Maximum coverage age is 65 years for policyholder &amp; spouse. Covered Conditions are:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Paralysis</li> <li>2. Loss of Limbs</li> <li>3. Blindness</li> <li>4. Coma</li> <li>5. Loss of Hearing</li> <li>6. Loss of Speech</li> <li>7. Severe Burns</li> <li>8. Loss of one Limb and Loss of one Eye</li> <li>9. Major Head Trauma</li> </ol> <p><b>Accidental Critical Illness Survival Period:</b> No benefit will be payable if death occurs within 28 days of meeting the definition of an Accidental Critical Illness</p>	<p><b>الأمراض الخطيرة الناتجة عن حادث:</b> دفع مبلغ مقطوع من المبلغ المؤمن عليه للأمراض الخطيرة نتيجة حادث عند تشخيص أحد الأمراض الخطيرة الناتجة عن حادث المغطاة. لا يمكن أن يكون هناك أكثر من دفعة واحدة من مبلغ التأمين لكل مؤمن عليه بموجب هذا الغطاء. الحد الأدنى للسنة عند الدخول هو 18 سنة للأطفال و64 عاماً للبالغين (حامل الوثيقة والزوج). الحد الأقصى لسنة التغطية هو 65 سنة لحاملي الوثيقة والزوجة. الشروط المغطاة هي:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. الشلل</li> <li>2. فقدان الأطراف</li> <li>3. العمى</li> <li>4. غيبوبة</li> <li>5. فقدان السمع</li> <li>6. فقدان القدرة على الكلام</li> <li>7. الحروق الشديدة</li> <li>8. فقدان أحد الأطراف وفقدان إحدى العينين</li> <li>9. إصابات الرأس الخطيرة</li> </ol> <p><b>فترة البقاء على قيد الحياة للأمراض الخطيرة الناتجة عن حادث:</b> لن تكون مغطاة إذا حدثت الوفاة في غضون 28 يوماً من تأكيد الحالة على أنها مرض خطير ناتج عن حادث.</p>
<p><b>Amendment:</b> any attached description of additional or alternative provisions to the Policy. Amendments are effective only when signed by authorized signatories of both parties. Amendments are subject to all conditions, limitations and exclusions of the Policy except for those, which are specifically amended.</p>	<p><b>التعديل:</b> أي وصف مرفق لأحكام إضافية أو بديلة للوثيقة. التعديلات سارية المفعول فقط عندما يوقعها المفوضون بالتوقيع من كلا الطرفين. تخضع التعديلات لجميع الشروط والحدود والاستثناءات الخاصة بالوثيقة باستثناء تلك التي تم تعديلها على وجه التحديد.</p>
<p><b>Benefit:</b> the extent or degree of service Covered Persons are entitled to receive based on their contract with the Company.</p>	<p><b>المنفعة:</b> مدى أو درجة الخدمة التي يحق للمشاركين تلقيها بناءً على عقدهم مع الشركة.</p>
<p><b>Benefit Plan:</b> the combination of all Benefits that Covered Persons are entitled to receive based on their contract with the Company.</p>	<p><b>خطة المزايا:</b> مجموعة المزايا التي يحق للمشاركين تلقيها بناءً على عقدهم مع الشركة.</p>
<p><b>Blindness:</b> a clinically proven irreversible reduction of sight in both eyes because of accident. The corrected visual acuity must be less than 6/60 or 20/200 using e.g. Snellen test types, or visual field</p>	<p><b>العمى:</b> انخفاض واضح في الرؤية في كلتا العينين ثبت سريريًا بسبب الحوادث.</p>

<p>restriction to 20° or less in both eyes. No benefit will be payable if in general medical opinion a device, or implant could result in the partial or total restoration of sight.</p>	<p>يجب أن تكون حدة البصر المصححة أقل من 6/60 أو 20/20 باستخدام على سبيل المثال أنواع اختبار Snellen، أو تقييد المجال البصري إلى 20 درجة أو أقل في كلتا العينين. لن تُدفع أي مصاريف إذا كان من الممكن أن يؤدي أي جهاز أو الزرعة، في الرأي الطبي عام، إلى استعادة البصر جزئيًا أو كليًا.</p>
<p><b>Claim Form:</b> a form which must be completed by the attending Physician for the Covered Person to obtain Coverage for outpatient Benefits.</p>	<p><b>نموذج المطالبة:</b> نموذج يجب أن يملؤه الطبيب المعالج للمشارك للحصول على تغطية لمزايا العيادات الخارجية.</p>
<p><b>Co-insurance:</b> the percentage of Eligible Expenses in addition to the Premium, which Covered Persons are required to pay for certain Health Services provided under the Policy. Covered Persons are responsible for the payment of any Co-insurance directly to the Provider of the Health Service at the time of service or when billed by the Provider.</p>	<p><b>المشاركة بالدفع:</b> النسبة المئوية للمصروفات المغطاة بالإضافة إلى الاشتراك، والتي يتعين على المشاركين دفعها مقابل خدمات صحية معينة مقدمة بموجب الوثيقة. المشتركين مسؤولون عن دفع نسبة المشاركة مباشرة إلى مقدم الخدمة الطبية في وقت تقديم الخدمة أو عند دفع الفاتورة من قبل المزود.</p>
<p><b>Confinement and Confined:</b> an uninterrupted overnight stay following formal admission to a Hospital.</p>	<p><b>المبيت و البيات:</b> المبيت دون انقطاع بعد الدخول الرسمي إلى المستشفى.</p>
<p><b>Congenital Anomaly:</b> a physical or chemical defect, disease or malformation etc. which may be either hereditary/familial/genetic or due to an influence occurring during gestation up to birth and may or may not be obvious at birth.</p>	<p><b>العيب الخلفي:</b> عيب مادي أو كيميائي أو مرض أو تشوه وما إلى ذلك قد يكون وراثيًا / عائليًا / جيني أو بسبب تأثير يحدث أثناء الحمل حتى الولادة وقد يكون أو لا يكون واضحًا عند الولادة.</p>
<p><b>Coma:</b> Means a state of unconsciousness with no reaction to external stimuli or internal needs, persisting continuously for at least 96 hours requiring the use of life support systems. Coma must result in a neurological deficit - causing the permanent and irreversible inability of the insured o to walk 200 meters on level surfaces without assistive devices or o to feed themselves once food has been prepared and made available or o to communicate with their environment by verbal speech fit will also be paid if the coma has lasted for 2 months.</p>	<p><b>الغيبوبة:</b> تعني حالة من اللاوعي مع عدم وجود رد فعل للمنبهات الخارجية أو الاحتياجات الداخلية، وتستمر بشكل مستمر لمدة 96 ساعة على الأقل تتطلب استخدام أنظمة دعم الحياة. يجب أن تؤدي الغيبوبة إلى عجز عصبي يتسبب في عجز دائم لا رجعة فيه لدى المشترك: o السير 200 متر على سطوح مستوية بدون أجهزة مساعدة أو o لإطعام أنفسهم بمجرد إعداد الطعام وإتاحته أو o للتواصل مع بيئتهم عن طريق الكلام اللفظي سيتم أيضًا الدفع إذا استمرت الغيبوبة لمدة شهرين.</p>
<p><b>Co-payment:</b> the defined monetary amount, in addition to the Premium, which Covered Persons are required to pay for certain Health Services provided under the Policy. Covered Persons are responsible of r the payment of any Co-payment for Network and Non-Network Benefits directly to the Provider of the Health Service at the time of service or when billed by the Provider.</p>	<p><b>المشاركة بالدفع:</b> المبلغ النقدي المحدد، بالإضافة إلى مبلغ الاشتراك، الذي يتعين على المشترك دفعه مقابل خدمات طبية معينة مقدمة بموجب الوثيقة. المشاركين مسؤولون عن دفع نسبة المشاركة بالدفع سواء كان العلاج داخل الشبكة أو خارجها مباشرة إلى مقدم الخدمة الطبية في وقت تقديم الخدمة أو عند دفع الفاتورة من قبل المزود.</p>
<p><b>Coverage of Covered:</b> the entitlement by a Covered Person to Health Services provided under the Policy, subject to the terms, conditions, limitations and exclusions of the Policy. Health Services must be provided (1) when the Policy is in effect; and (2) prior to the date that any of the individual termination conditions of Section3.1 occur; and (3) only when the recipient is a</p>	<p><b>التغطيات المغطاة:</b> استحقاق المشترك للخدمات الطبية بموجب الوثيقة، وفقًا للشروط والأحكام والحدود والاستثناءات الواردة في الوثيقة. يجب تقديم الخدمات الطبية (1) عندما تكون الوثيقة سارية المفعول؛ و (2) قبل تاريخ حدوث أي من شروط الإنهاء الفردية للقسم 3.1؛ و (3) فقط عندما يكون المستلم شخصًا مستوفي لجميع متطلبات الأهلية المحددة في الوثيقة.</p>

Covered Person and meets all eligibility requirements specified in the Policy.	
<b>Covered Person:</b> either the Policyholder or an Enrolled Dependent but applies only while Coverage of such person under the Policy is in effect.	<b>المشترك:</b> إما حامل الوثيقة أو المُعال المُسجّل ولكنه ينطبق فقط عندما تكون تغطية هذا الشخص بموجب الوثيقة سارية.
<b>Day Treatment:</b> medical treatment which must be provided in the Hospital, but which does not require a Confinement.	<b>عمليات اليوم الواحد:</b> العلاج الطبي الذي يجب أن يقدم في المستشفى، ولكن لا يتطلب الحجز.
<b>Dependent:</b> (1) the Policyholder's legal spouse or (2) an unmarried Dependent child of the Policyholder or the Policyholder's child (including a natural child, stepchild, a legally adopted child, or a child placed for adoption). The term "child" also includes a grandchild of either the Policyholder or the Policyholder's spouse when legal guardianship has been awarded to the Policyholder or the Policyholder's spouse. The principal place of residence of the legal spouse or unmarried Dependent child must be with the Policyholder unless the Company approves other arrangements. The definition of "Dependent" is subject to the following conditions and limitations: A. The term "Dependent" shall not include any unmarried Dependent child 18 years of age or older, except as stated in the next paragraph. B. The term "Dependent" shall include an unmarried Dependent child who is 18 years of age or older, but less than 25 years of age if evidence satisfactory to the Company of the following conditions is furnished upon request: 1. The child is not regularly employed on a full-time basis; 2. The child is a Full-time Student; and 3. The child is primarily dependent upon the Policyholder for support and maintenance. The Policyholder will be required to reimburse the Company for any Health Services provided to their Dependents at a time when the Dependents did not satisfy these conditions.	<b>المعال:</b> (1) الزوج القانوني لحامل الوثيقة أو (2) الطفل المعال غير المتزوج لحامل الوثيقة أو طفل حامل الوثيقة (بما في ذلك الطفل الطبيعي أو الزوجة أو الطفل المتبنى قانونًا أو الطفل المقدم للتبني). يشمل مصطلح "طفل" أيضًا حفيدًا لحامل الوثيقة أو زوجة حامل الوثيقة عندما يتم منح الوصاية القانونية لحامل الوثيقة أو زوج حامل الوثيقة. يجب أن يكون مكان الإقامة الرئيسي للزوج القانوني أو الابن المعال غير المتزوج مع حامل الوثيقة ما لم توافق الشركة على ترتيبات أخرى. يخضع تعريف "المعال" للشروط والقيود التالية: أ. لا يجوز أن يشمل مصطلح "المعال" أي الابن مُعال غير متزوج يبلغ من العمر 18 عامًا أو أكثر، باستثناء ما هو مذكور في الفقرة التالية. ب. يجب أن يشمل مصطلح "المعال" الابن المُعال غير المتزوج الذي يبلغ من العمر 18 عامًا أو أكثر، ولكن أقل من 25 عامًا إذا تم تقديم دليل مرضٍ للشركة بالشروط التالية عند الطلب: 1. لا يعمل الابن بانتظام أو متفرغ للعمل؛ 2. الابن طالب متفرغ. و 3. يعتمد الابن بشكل أساسي على حامل الوثيقة للدعم والإعالة. سُيطلب من حامل الوثيقة تعويض الشركة عن أي خدمات صحية مقدمة إلى من يعولهم في وقت لم يستوف فيه المعالون هذه الشروط.
<b>Designated Facility:</b> a Hospital, named by Globemed as a Designated Facility, which has entered into an agreement with or on behalf of Globemed to render Covered Medically Necessary and Medically Appropriate Health Services for treatment of specified diseases or conditions.	<b>المرفق المعتمد:</b> مستشفى، سمته شركة Globemed كمرفق معين، والذي أبرم اتفاقية مع Globemed أو بالنيابة عنها لتقديم خدمات صحية مغطاة ضرورية طبيًا ومناسبة طبيًا لعلاج أمراض أو حالات محددة.
<b>Domestic:</b> relates to the country in which the Policy is issued.	<b>محلي:</b> يتعلق بالدولة التي صدرت فيها البوليصة.
<b>Durable Medical Equipment:</b> medical equipment used externally from the human body which: (1) can withstand repeated use; (2) is not designed to be disposable; (3) is used to serve a medical purpose (4); is generally not useful to a person in the absence of a Sickness or Injury; and (5) is used outside of the Hospital.	<b>المعدات الطبية الدائمة:</b> المعدات الطبية المستخدمة خارجيًا من جسم الإنسان والتي: (1) يمكنها تحمل الاستخدام المتكرر؛ (2) غير مصمم أن يمكن التخلص منه؛ (3) يستخدم لخدمة غرض طبي (4)؛ بشكل عام لا يفيد الشخص في حالة عدم وجود مرض أو إصابة؛ و (5) يستخدم خارج المستشفى.



<p><b>Effective Date:</b> the date that Coverage becomes effective, which may be either the Enrollment Date of a Covered Person, or the date on which Coverage renews.</p>	<p><b>تاريخ السريان:</b> التاريخ الذي تصبح فيه التغطية سارية المفعول ، والذي قد يكون إما تاريخ تسجيل المشترك ، أو التاريخ الذي يتم فيه تجديد التغطية.</p>
<p><b>Eligible Expenses:</b> Reasonable and Customary Charges for Covered Health Services, incurred while the Policy is in effect.</p>	<p><b>المصاريف المغطاة:</b> الرسوم المعقولة والمعتادة للخدمات الصحية المغطاة ، والتي يتم تكبدها أثناء سريان الوثيقة.</p>
<p><b>Eligible Person:</b> person who meets the eligibility requirements specified in both the application and the Policy. Maximum coverage age is 65 years. Maximum age at entry is 64 years.</p>	<p><b>الشخص المؤهل:</b> الشخص الذي يستوفي شروط الأهلية المحددة في كل من الطلب والوثيقة. الحد الأقصى لسن التغطية 65 سنة. الحد الأقصى للسن عند الدخول 64 سنة.</p>
<p><b>Emergency:</b> a serious medical condition or symptom resulting from Injury or Sickness which arises suddenly requires immediate care and treatment, generally received within 24 hours of onset, to avoid jeopardy to the life or health of a Covered Person.</p>	<p><b>الطوارئ:</b> حالة أو عرض طبي خطير ناتج عن إصابة أو مرض ينشأ فجأة ويتطلب رعاية وعلاج فوريين ، يتم تلقيهما بشكل عام في غضون 24 ساعة من بدايتها ، لتجنب تعريض حياة أو صحة الشخص المعني.</p>
<p><b>Emergency Health Services:</b> that health care services and supplies necessary for the treatment of an Emergency. Emergency Health Services are subject to the conditions and Coinsurance / Co-payments as described in this Policy.</p>	<p><b>خدمات الطوارئ الصحية:</b> خدمات ومستلزمات الرعاية الطبية اللازمة لعلاج حالة طارئة. تخضع خدمات الطوارئ الطبية للشروط والمشاركة بالدفع / والتحملات كما هو موضح في هذه الوثيقة.</p>
<p><b>Enrolled Dependent:</b> a Dependent who is properly enrolled for Coverage under the Policy.</p>	<p><b>المُعال المُسجل:</b> المُعال المُسجل بشكل صحيح للتغطية بموجب الوثيقة.</p>
<p><b>Enrollment Date:</b> the original Effective Date of Coverage for a Covered Person.</p>	<p><b>تاريخ التسجيل:</b> تاريخ سريان التغطية الأصلي للمشارك.</p>
<p><b>Experimental, Investigational or Unproven Services:</b> medical, surgical, diagnostic, or other health care services, technologies, supplies, treatments, procedures, drug therapies or devices that, at the time the Company makes a determination regarding Coverage in a particular case, is determined to be:</p> <p>A. Subject to formal review and approval by local medical authorities for the proposed use; or</p> <p>B. The subject of an ongoing clinical trial</p> <p>C. Not demonstrated through prevailing pre-reviewed medical literature to be safe and effective for treating or diagnosing the condition or illness for which its use is proposed.</p> <p>The Company, in its judgment, may deem an Experimental, Investigational or Unproven Service to be a Covered Health Service for treating a life-threatening Sickness or condition if it is determined by the Company that the Experimental, Investigational or Unproven Service at the time of the determination:</p> <p>A. Is safe with promising efficacy; and</p> <p>B. Is provided in a clinically controlled research setting</p>	<p><b>العلاجات التجريبية أو الاستقصائية أو غير المؤكدة:</b> الخدمات الطبية أو الجراحية أو التشخيصية أو غيرها من خدمات الرعاية الصحية أو التقنيات أو الإمدادات أو العلاجات أو الإجراءات أو العلاجات الدوائية أو الأجهزة التي يتم تحديدها في الوقت الذي تتخذ فيه الشركة قرارًا بشأن التغطية في حالة معينة على أن تكون:</p> <p>أ. تخضع لمراجعة رسمية وموافقة السلطات الطبية المحلية على الاستخدام المقترح ؛ أو</p> <p>ب. موضوع تجربة سريرية جارية</p> <p>ت. لم يثبت من خلال الأدبيات الطبية السائدة التي تمت مراجعتها مسبقاً أنها آمنة وفعالة في علاج أو تشخيص الحالة أو المرض الذي يُقترح استخدامه من أجله.</p> <p>يجوز للشركة ، في حكمها ، أن تعتبر الخدمة التجريبية أو الاستقصائية أو غير المؤكدة خدمة صحية مغطاة لعلاج مرض أو حالة تهدد الحياة إذا قررت الشركة أن الخدمة التجريبية أو الاستقصائية أو غير المثبتة في وقت الموافقة:</p> <p>أ. آمنة وفعالة وواحدة ؛ و</p> <p>ب. يتم توفير في بيئة بحثية مضبوطة سريريًا</p>
<p><b>Full-time Student Or Unemployeed:</b> a Dependent child who is 18 years of age or older, and less than 25 years of age, who is enrolled in and attending, full-time, a course of study or training at a recognized university or trade school, and is Dependent upon the Policyholder for his or her support. Full-time Student status is determined in accordance with</p>	<p><b>طالب بدوام كامل أو غير عامل:</b> الابن المعال الذي يبلغ من العمر 18 عامًا أو أكثر ، وأقل من 25 عامًا ، والذي تم تسجيله وحضوره ، بدوام كامل ، في دورة دراسية أو تدريب في جامعة معترف بها أو مدرسة تجارية ، ويعتمد على حامل الوثيقة لدعمه أو دعمها ، وغير ملتحق بأي جهة عمل.</p>

<p>the standards set forth by the educational institution. A person ceases to be a full time Student at the end of the calendar month during which the person graduates or otherwise ceases to be enrolled and in attendance at the institution on a full-time basis.</p> <p>A person continues to be a Full Time Student during periods of regular vacation established by the institution. If the person does not continue as a Full Time Student immediately following the period of vacation, the Full-time Student designation will end on the last day of the calendar month in which the person was enrolled and in attendance at the institution on a full-time basis, unless an alternate date is stated in Section 12, T" able of Benefits."</p>	<p>يتم تحديد حالة الطالب بدوام كامل وفقاً للمعايير المحددة من قبل المؤسسة التعليمية. يتوقف الشخص عن كونه طالباً بدوام كامل في نهاية الشهر التقويمي الذي يتخرج خلاله الشخص أو يتوقف عن التسجيل والحضور في المؤسسة على أساس التفرغ الكامل.</p> <p>يستمر الشخص في أن يكون طالباً بدوام كامل خلال فترات الإجازة العادية التي تحددها المؤسسة. إذا لم يستمر الشخص كطالب بدوام كامل فوراً بعد فترة الإجازة ، فسيينتهي تعيين الطالب بدوام كامل في اليوم الأخير من الشهر التقويمي الذي تم فيه تسجيل الشخص وحضوره في المؤسسة على أساس- على أساس زمني ، ما لم يتم تحديد تاريخ بديل في القسم 12 ، "جدول المنافع".</p>
<p><b>General Exclusions:</b> the health Benefits and services excluded from Coverage that are listed in Section 12 of this Policy and apply to all Covered Persons.</p>	<p><b>الاستثناءات العامة:</b> المزايا والخدمات الطبية المستبعدة من التغطية المدرجة في القسم 12 من هذه الوثيقة وتطبق على جميع الأشخاص المشمولين.</p>
<p><b>Health Services:</b> the health care services and supplies Covered under the Policy, except to the extent that such health care services and supplies are limited or excluded.</p>	<p><b>الخدمات الصحية:</b> خدمات وإمدادات الرعاية الصحية التي تغطيها الوثيقة، باستثناء الحد الذي تكون فيه خدمات وإمدادات الرعاية الطبية محدودة أو غير مغطاة.</p>
<p><b>Hospital:</b> an institution, operated pursuant to law, which: (1) is primarily engaged in providing Health Services on an Inpatient basis for the care and treatment of injured or sick individuals through medical, diagnostic and surgical facilities by or under the supervision of a staff of Physicians; (2) has 24 hour skilled nursing services. Hospital is not primarily a place for rest, custodial care or care of the aged and is not a nursing home, convalescent home or similar institution.</p>	<p><b>المستشفى:</b> مؤسسة ، يتم تشغيلها بموجب القانون ، والتي: (1) تشارك بشكل أساسي في تقديم الخدمات الطبية على أساس العيادات الداخلية للرعاية وعلاج الأفراد المصابين أو المرضى من خلال المرافق الطبية والتشخيصية والجراحية من قبل أو تحت إشراف طاقم الأطباء. (2) لديه خدمات تمريض ماهرة على مدار 24 ساعة. لا تعتبر المستشفى في المقام الأول مكاناً للراحة أو رعاية أو رعاية المسنين وليست داراً لرعاية المسنين أو دار نقاهة أو مؤسسة مماثلة.</p>
<p><b>Hospitalization Class:</b> the class of Hospital room and services, indicated on the Covered Health Services in Section 8, to which the Covered Person is entitled.</p>	<p><b>فئة الاستشفاء:</b> فئة غرفة المستشفى والخدمات المشار إليها في الخدمات الطبية المغطاة في القسم 8 ، والتي يحق للمشارك الحصول عليها.</p>
<p><b>Injury:</b> bodily damage other than Sickness including all related conditions and recurrent symptoms.</p>	<p><b>الإصابة:</b> الضرر الجسدي غير المرض بما في ذلك جميع الحالات المرتبطة به والأعراض المتكررة.</p>
<p><b>Inpatient:</b> Hospital Confinement requiring an overnight stay.</p>	<p><b>العيادات الداخلية:</b> الحجز بالمستشفى الذي يتطلب المبيت.</p>
<p><b>Inpatient Benefits:</b> Hospitalization or Day treatment or Observation / Treatment in an Emergency Room / Facility which cannot be carried out on outpatient basis.</p>	<p><b>منافع العيادات الداخلية:</b> الاستشفاء أو العلاج النهاري أو الملاحظة / العلاج في غرفة / مرفق طوارئ لا يمكن إجراؤه في العيادة الخارجية.</p>
<p><b>International:</b> outside of the country in which this policy is issued.</p>	<p><b>دولي:</b> خارج الدولة التي صدرت فيها هذه الوثيقة.</p>
<p><b>International Hospitalization:</b> a Confinement in a Hospital located outside of the country in which this Policy is issued.</p>	<p><b>الاستشفاء الدولي:</b> الحجز في مستشفى يقع خارج الدولة التي صدرت فيها هذه الوثيقة.</p>
<p><b>Loss of Hearing:</b> irrecoverable loss of hearing in both ears with an auditory threshold of more than 90 decibels across all frequencies in the better ear using a pure tone audiogram, as a result of accident.</p>	<p><b>فقدان السمع:</b> فقدان السمع غير القابل للاسترداد في كلتا الأذنين مع حد سمعي يزيد عن 90 ديسيبل عبر جميع الترددات في أحسن الأحوال في الأذن باستخدام مخطط صوتي نقي نتيجة حادث.</p>
<p><b>Loss of Limbs:</b> The complete severance of two or more limbs above the wrist or ankle through accident.</p>	<p><b>فقدان الأطراف:</b> القطع الكامل لطرفين أو أكثر فوق الرسغ أو الكاحل من خلال حادث.</p>

<p><b>Loss of one Limb and Loss of one Eye:</b> the occurrence of both of the following:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Complete and permanent loss of function of one or more limbs or the complete severance of one or more limbs above the wrist or ankle through accident.</li> <li>2. Total, clinically certified, irreversible loss of sight in one or both eyes as a result of accident.</li> </ol>	<p><b>فقدان طرف واحد وفقدان عين واحدة:</b> حدوث كلا الحالتين الآتيتين:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. فقدان كامل ودائم لوظيفة طرف أو أكثر أو قطع طرف أو أكثر فوق الرسغ أو الكاحل نتيجة حادث.</li> <li>2. فقدان البصر الكلي المعتمد سريريًا والذي لا يمكن تداركه في إحدى العينين أو كليهما نتيجة حادث.</li> </ol>
<p><b>Loss of Speech:</b> the complete and irrecoverable loss of speech because of accident. The loss of the ability to speak must be established for a continuous period of 12 months.</p>	<p><b>فقدان الكلام:</b> فقدان الكلام بشكل كامل وغير قابل للاسترداد بسبب حادث. يجب إثبات فقدان القدرة على الكلام لمدة 12 شهرًا متواصلة.</p>
<p><b>Major Head Trauma:</b> accidental head injury caused by an external physical force resulting in a neurological deficit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- causing the permanent and irreversible inability of the insured</li> <li>o to walk 200 meters on level surfaces without assistive devices or</li> <li>o to feed themselves once food has been prepared and made available or</li> <li>o to communicate with their environment by verbal speech</li> </ul>	<p><b>أورام الرأس الكبيرة:</b> إصابة عرضية في الرأس ناتجة عن قوة جسدية خارجية تؤدي إلى عجز عصبي</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- التسبب في عجز دائم لا رجعة فيه للمشارك يؤدي لعدم القدرة على:</li> <li>o السير 200 متر على سطوح مستوية بدون أجهزة مساعدة أو</li> <li>o لإطعام أنفسهم بمجرد إعداد الطعام وإتاحته أو</li> <li>o للتواصل مع بيئتهم عن طريق الكلام اللفظي</li> </ul>
<p><b>Maternity Benefit-Inpatient:</b> includes charges for a vaginal delivery, a Medically Necessary cesarean section, any complications of pregnancy or delivery, and legal abortion.</p>	<p><b>منفعة الحمل والولادة - العيادات الداخلية:</b> تشمل رسوم الولادة الطبيعية، والولادة القيصرية اللازمة طبيًا، وأي مضاعفات للحمل أو الولادة، والإجهاض القانوني.</p>
<p><b>Maternity Benefit-Outpatient:</b> includes charges for all outpatient pre-natal and post-natal Physician visits, including investigations &amp; treatment.</p>	<p><b>منفعة الحمل والولادة - العيادات الخارجية:</b> تشمل رسوم جميع زيارات العيادات الخارجية قبل الولادة وبعدها، بما في ذلك الفحوصات والعلاج.</p>
<p><b>Maternity Complication:</b> Hospitalization of the insured &amp;/or embryo/baby that are in a life-threatening situation or condition leading to high possibility of death &amp;/or disability whether pre or post-delivery. Any claim(s) arising due to lack of commitment of the insured member to the medical advice or as a result of violating Medical related protocols are excluded. Basic features that manifest due to pregnancy i.e. discomfort symptoms and/or Out of Hospital Benefits are not considered as complication.</p>	<p><b>مضاعفات الحمل والولادة:</b> مكوث المشترك و / أو الجنين / الرضيع في حالة أو حالة مهددة للحياة تؤدي إلى احتمال كبير للوفاة و / أو الإعاقة سواء قبل الولادة أو بعدها. يتم استبعاد أي مطالبة (مطالبات) تنشأ بسبب عدم التزام المشترك بالنصيحة الطبية أو نتيجة لانتهاك البروتوكولات الطبية ذات الصلة. لا تعتبر السمات الأساسية التي تظهر بسبب الحمل، مثل أعراض عدم الراحة و / أو منافع العيادات الخارجية، من المضاعفات.</p>
<p><b>Medically Appropriate:</b> based on the prevailing standards of medical practice relative to a specific condition.</p>	<p><b>مناسب طبيًا:</b> استنادًا إلى المعايير السائدة للممارسة الطبية المتعلقة بحالة معينة.</p>

<p><b>Medical Necessary:</b> health care services and supplies which are determined by the Company to be Medically Appropriate, and</p> <p>A. Necessary to meet the basic health needs of the Covered Person; and</p> <p>B. Rendered in the most Medically Appropriate manner and type of setting appropriate for the delivery of the Health Service, taking into account both cost and quality of care; and</p> <p>C. Consistent in type, frequency and duration of treatment with scientifically based guidelines of medical, research, or health care Coverage organizations or governmental agencies that are accepted by the Company; and</p> <p>D. Consistent with the diagnosis of the condition; and</p> <p>E. Required for reasons other than the convenience of the Covered Person or his or her Physiactn; and</p> <p>F. Demonstrated through prevailing pre-reviewed medical literature to be either:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Safe and effective for treating or diagnosing the condition or Sickness for which their use is proposed or,</li> <li>2. Safe with promising efficacy             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) for treating a life-threatening Sickness or condition,</li> <li>b) in a clinically controlled research setting</li> </ol> </li> </ol> <p>The fact that a Physician has performed or prescribed a procedure or treatment or the fact that it may be the only treatment for a particular Injury, Sickness or Mental Illness does not mean that it is a Medically Necessary Covered Health Service as defined in this Policy. The definition of Medically Necessary used in this Policy relates only to Coverage and differs from the way in which a Physician engaged in the practice of medicine may define Medically Necessary.</p>	<p><b>الضرورات الطبية:</b> خدمات وإمدادات الرعاية الصحية التي تحددها الشركة على أنها مناسبة طبيًا ، و</p> <p>أ. ضرورية لتلبية الاحتياجات الصحية الأساسية للشخص المعني ؛ و</p> <p>ب. يتم تقديمها بأكثر الطرق ملاءمة من الناحية الطبية ونوع المكان المناسب لتقديم الخدمة الصحية ، مع مراعاة تكلفة الرعاية وجودتها ؛ و</p> <p>ت. الاتساق في نوع وتكرار ومدة العلاج مع المبادئ التوجيهية القائمة على أساس علمي للمنظمات الطبية أو البحثية أو التي تغطي الرعاية الصحية أو الوكالات الحكومية التي تقبلها الشركة ؛ و</p> <p>ث. تتفق مع تشخيص الحالة ؛ و</p> <p>ج. مطلوبة لأسباب أخرى بخلاف ما يناسب المشترك أو طبيبه ؛ و</p> <p>ح. تم إثباته من خلال الأدبيات الطبية السائدة التي تمت مراجعتها مسبقًا على أنها إما:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. آمنة وفعالة في علاج أو تشخيص الحالة أو المرض الذي يُقترح استخدامهما من أجلهما،</li> <li>2. آمنة مع فعالية واعدة             <ol style="list-style-type: none"> <li>أ) لعلاج مرض أو حالة تهدد الحياة ،</li> <li>ب) في بيئة بحثية مضبوطة سريريًا</li> </ol> </li> </ol> <p>في حال أن الطبيب قد أجرى أو وصف إجراءً أو علاجًا أو أنه قد يكون العلاج الوحيد لإصابة أو مرض أو مرض عقلي معين لا يعني بالضرورة أنها خدمة طبية مغطاة على النحو المحدد في هذه الوثيقة. إن تعريف الضرورة الطبية المستخدم في هذه الوثيقة يتعلق فقط بالتغطية ويختلف عن الطريقة التي قد يحدد بها الطبيب الذي يمارس الطب العملي ضرورة طبية.</p>
<p><b>Mental Illness:</b> a mental or bodily condition marked primarily by sufficient disorganization of personality, mind, and emotions to seriously impair the normal psychological, social, or work performance of the individual.</p>	<p><b>المرض العقلي:</b> حالة عقلية أو جسدية تتميز في المقام الأول بفضى كافية في الشخصية والعقل والعواطف لإعاقة الأداء النفسي أو الاجتماعي أو العملي الطبيعي للفرد.</p>
<p><b>Network:</b> when used to describe a Provider of Health Services, means that the Provider has a participation agreement in effect with the Company through another entity, to provide Health Services to Covered Persons. Globemed may change the participation status of Providers from time to time.</p>	<p><b>الشبكة:</b> عند استخدامها لوصف مقدم الخدمات الطبية، فهذا يعني أن المزود لديه اتفاقية مشاركة سارية مع الشركة من خلال كيان آخر ، لتقديم الخدمات الصحية للأشخاص المشمولين. قد تغير Globemed حالة مشاركة مقدمي الخدمات من وقت لآخر.</p>
<p><b>Network Benefits:</b> Benefits available for Covered Health Services when provided by a Network Provider. Health Services provided by a non-Network Provider are considered Network Benefits when such Health Services are approved in advance by the Company or are Emergency Health Services.</p>	<p><b>مزايا الشبكة:</b> المزايا المتاحة للخدمات الطبية المغطاة عندما يقدمها مزود الخدمة المعتمد بالشبكة. تعتبر الخدمات الطبية التي يقدمها مزود غير تابع للشبكة مزايا داخل الشبكة عندما يتم اعتماد هذه الخدمات الطبية مسبقًا من قبل الشركة أو خدمات طبية طارئة.</p>
<p><b>Non-Emergency Hospitalization:</b> any Confinement which is not as a direct result of Emergency Health Services.</p>	<p><b>الاستشفاء غير الطارئ:</b> أي حجز لا يكون نتيجة مباشرة لخدمات الطوارئ الطبية.</p>

<b>Non- Network Benefits:</b> Coverage available for Health Services obtained from non-Network Providers	<b>المزايا الغير المرتبطة بالشبكة:</b> التغطية المتاحة للخدمات الطبية التي يتم الحصول عليها من مقدمي الخدمات غير التابعين للشبكة.
<b>Out-of-Hospital Benefits:</b> Benefits offered under this cover are services as Physician consultation, Prescribed medicines, Physiotherapy & Diagnostic testing including pre-operative investigations which are conducted on and Out-of-Hospital basis without jeopardizing the insured's health or which do not require Hospitalization/Day treatment or necessitate specialized medical attention and care in a Hospital before, during or after the delivery of the service.	<b>المزايا خارج المستشفى:</b> المزايا المقدمة بموجب هذا الغطاء هي خدمات مثل استشارة الطبيب والأدوية الموصوفة والعلاج الطبيعي واختبارات التشخيص بما في ذلك الفحوصات السابقة للعملية التي يتم إجراؤها خارج المستشفى دون تعريض صحة المؤمن عليه للخطر أو التي لا تفعل ذلك. تتطلب الاستشفاء / عمليات اليوم الواحد أو تتطلب عناية ورعاية طبية متخصصة في المستشفى قبل أو أثناء أو بعد تقديم الخدمة.
<b>Paralysis:</b> Means the complete and permanent loss of function of two or more limbs above the wrist or ankle through accident.	<b>الشلل:</b> يعني فقدان الكامل والدائم لوظيفة طرفين أو أكثر فوق الرسغ أو الكاحل نتيجة حادث.
<b>Physician:</b> any practitioner of medicine who is duly licensed and qualified under the laws of the country in which treatment is received.	<b>الطبيب:</b> أي ممارس للطب مرخص له ومؤهلاً حسب الأصول بموجب قوانين الدولة التي يتم تلقي العلاج فيها.
<b>Policy:</b> the Individual policy, the application of the Policyholder, Amendments and Riders which constitute the agreement regarding the Benefits, exclusions and other conditions between the Company and the Policyholder.	<b>الوثيقة:</b> الوثيقة الفردية وطلب المشترك والتعديلات والملاحق التي تشكل الاتفاقية المتعلقة بالمزايا والاستثناءات والشروط الأخرى بين الشركة والمشارك.
<b>Policyholder:</b> the Primary Insured or other defined or otherwise legally constituted person to whom the Policy is issued.	<b>المشارك:</b> المؤمن عليه الأساسي أو أي شخص آخر محدد أو مشكل قانوناً تصدر له الوثيقة.
<b>Policy Charge:</b> any charges in addition to the Policy Premium that are payable by the Policyholder.	<b>قيمة الاشتراك:</b> أي رسوم بالإضافة إلى اشتراك الوثيقة التي يدفعها حامل الوثيقة.
<b>Policy Period:</b> the period of time (typically one year) from the Effective Date of Coverage, to the termination of coverage prior to renewal.	<b>فترة الوثيقة:</b> الفترة الزمنية (عادة سنة واحدة) من تاريخ سريان التغطية حتى إنهاء التغطية قبل التجديد.
<b>Pre-Existing Conditions:</b> any Injury or Sickness for which a Covered Person received medical advice or treatment, or any condition which would have caused a reasonable person to seek diagnosis or treatment, prior to: 1. The date the medical questionnaire was signed or member's joining date whichever comes first, if the questionnaire was completed less than 31 days before the person's eligibility for Coverage, or 2. Thirty-One (31) days before the person's eligibility for coverage, if the medical questionnaire was signed more than 31 days prior to the person's eligibility for Coverage	<b>الحالات الموجودة مسبقاً:</b> أي إصابة أو مرض تلقى المشترك بشأنه نصيحة طبية أو علاجاً ، أو أي حالة من شأنها أن تجعل الشخص المعقول يسعى إلى التشخيص أو العلاج ، قبل: 1. تاريخ التوقيع على الاستبيان الطبي أو تاريخ انضمام العضو ، أيهما أقرب. إذا تم إكمال الاستبيان قبل أقل من 31 يوماً من استحقاق الشخص للتغطية ، أو 2. قبل واحد وثلاثين (31) يوماً من أهلية الشخص للتغطية ، تم التوقيع على الاستبيان الطبي قبل أكثر من 31 يوماً من استحقاق الشخص للتغطية.
<b>Pre-Hospitalization Form:</b> a form that must be completed by the attending Physician of the Covered Person and approved by the Company prior to hospitalization.	<b>استمارة ما قبل الاستشفاء:</b> نموذج يجب استكماله من قبل الطبيب المعالج للمشارك وتوافق عليه الشركة قبل دخول المستشفى.
<b>Premium:</b> the periodic fee required for the Policyholder and each Enrolled Dependent in accordance with the terms of the Policy.	<b>الاشتراك:</b> الرسوم الدورية المطلوبة لحامل الوثيقة وكل معال مسجل وفقاً لشروط الوثيقة.
<b>Prescription Drugs:</b> Pharmaceuticals which can only be obtained through a prescription written by a licensed physician.	<b>الأدوية الموصوفة:</b> الأدوية التي لا يمكن الحصول عليها إلا بوصفة طبية مكتوبة من قبل طبيب مرخص.

<p><b>Prosthetic Device:</b> an artificial device, either external or implanted, that substitutes for or supplements a missing or defective part of the body, e.g. artificial limbs and pacemakers.</p>	<p><b>الجهاز التعويضي:</b> جهاز اصطناعي ، خارجي أو مزروع ، يحل محل أو يكمل جزءاً مفقوداً أو معيباً من الجسم ، على سبيل المثال أطراف صناعية وأجهزة تنظيم ضربات القلب.</p>
<p><b>Provider:</b> a Physician, Hospital, group practice, pharmacy or any facility, individual or group of individuals that provides a health care service.</p>	<p><b>مزود الخدمات الطبية:</b> طبيب أو مستشفى أو عيادة جماعية أو صيدلانية أو أي منشأة أو فرد أو مجموعة أفراد تقدم خدمة رعاية صحية.</p>
<p><b>Reasonable and Customary Charges:</b> fees for Covered Health Services which, as determined by the Company, are either: (1) for Network Providers, the contracted charge; or (2) for non-Network Providers, the reasonable and customary charge.</p> <p>The Reasonable and Customary Charge for Non-Network Providers must be, in the Company's judgment, representative of the average and prevailing changes in Kuwait.</p>	<p><b>الرسوم المعقولة والمعتادة:</b> رسوم الخدمات الصحية المغطاة والتي ، كما تحددها الشركة ، إما: (1) لمقدمي الشبكة ، الرسوم المتعاقد عليها ؛ أو (2) بالنسبة لمقدمي الخدمات غير التابعين للشبكة ، الرسوم المعقولة والعرفية.</p> <p>يجب أن تكون الرسوم المعقولة والعرفية لمزويدي الخدمات الطبية خارج الشبكة، في رأي الشركة ، ممثلة للمتوسط والتغيرات السائدة في الكويت.</p>
<p><b>Reconstructive Surgery:</b> surgery, which is incidental to an Injury, Sickness or Congenital Anomaly when the primary purpose is to improve physiological functioning of the involved part of the body.</p>	<p><b>الجراحة الترميمية:</b> الجراحة التي تحدث نتيجة إصابة أو مرض أو تشوه خلقي عندما يكون الغرض الأساسي هو تحسين الأداء الفسيولوجي للجزء المصاب من الجسم.</p>
<p><b>Repatriation:</b> in case an Insured member has passed away the Mortal Remains will be repatriated to country of origin.</p>	<p><b>إعادة الجثمان إلى الوطن:</b> في حالة وفاة المشترك، سيتم إعادة جثمان الموتى إلى بلد المنشأ.</p>
<p><b>Rider:</b> any attached description of Health Services Covered under the Policy Health Services provided by a Rider may be subject to payment of additional Premiums. Riders are effective only when signed by the Company and Policyholder and are subject to all conditions, limitations and exclusions of the Policy except for those that are specifically amended.</p>	<p><b>الملحق:</b> قد يخضع أي وصف مرفق للخدمات الطبية المغطاة بموجب وثيقة الخدمات الطبية المقدمة من قبل الملحق لدفع أقساط إضافية. لا يسري الملحق إلا عند توقيعهم من قبل الشركة وحامل الوثيقة ويخضعون لجميع الشروط والحدود والاستثناءات من الوثيقة باستثناء تلك التي تم تعديلها على وجه التحديد.</p>
<p><b>Severe Burns:</b> tissue injury caused by thermal, chemical or electrical agents causing third degree or full thickness burns to at least 20% of the body surface area as measured by The Rule of Nines or the Lund and Browder Body Surface Chart.</p>	<p><b>الحروق الشديدة:</b> إصابة الأنسجة الناجمة عن عوامل حرارية أو كيميائية أو كهربائية تتسبب في حروق من الدرجة الثالثة أو حروق بسبمك كامل على 20% على الأقل من مساحة سطح الجسم كما تم قياسها بواسطة قاعدة التسعة أو مخطط لوند أند براودر لسطح الجسم.</p>
<p><b>Sickness:</b> physical illness or disease. The term "Sickness" as used in this Policy does not include Mental Illness or substance abuse, regardless of the cause or origin of the Mental Illness or substance abuse.</p>	<p><b>المرض:</b> مرض جسدي أو مرض. مصطلح "المرض" كما هو مستخدم في هذه الوثيقة لا يشمل المرض العقلي أو تعاطي المخدرات ، بغض النظر عن سبب أو أصل المرض العقلي أو تعاطي المخدرات.</p>
<p><b>Specific Exclusions:</b> non-Covered services or Benefits which are specific to the Covered Person being insured.</p>	<p><b>استثناءات محددة:</b> خدمات أو مزايا غير مغطاة خاصة بالمشترك.</p>
<p><b>Stroke:</b> Any cerebrovascular incident producing permanent neurological sequelae and including infarction of brain tissue, haemorrhage and embolization from an extracranial source. Diagnosis has to be confirmed by a specialist and evidenced by typical clinical symptoms as well as typical findings in CCT Scan or MRI of the brain. Evidence of neurological deficit for at least 3 months has to be produced.</p>	<p><b>السكتة الدماغية:</b> أي حادث دماغي وعائي ينتج عنه عقابيل عصبية دائمة بما في ذلك احتشاء أنسجة المخ والنزيف والانصمام من مصدر خارج الجمجمة. يجب أن يتم تأكيد التشخيص من قبل أخصائي وأن يتضح من الأعراض السريرية النموذجية بالإضافة إلى النتائج النموذجية في مسح CCT أو التصوير بالرنين المغناطيسي للدماغ. يجب تقديم دليل على وجود عجز عصبي لمدة 3 أشهر على الأقل.</p>
<p><b>Territory of Occurrence:</b> the country where the claimed expenses are incurred.</p>	<p><b>إقليم الحدوث:</b> البلد الذي يتم فيه تكبد النفقات المطالب بها.</p>

<p><b>Undeclared Pre-Existing Condition:</b> any Pre-Existing Condition known to the Covered Person or Policyholder, which is not declared on the medical questionnaire or Policy application.</p>	<p><b>حالة موجودة مسبقاً غير معن عنها:</b> أي حالة موجودة مسبقاً معروفة للشخص المعني أو حامل الوثيقة ، والتي لم يتم الإعلان عنها في الاستبيان الطبي أو تطبيق السياسة.</p>
<p><b>Waiting Period:</b> the period of time starting from the Enrollment Date of the Covered Person during which a specified medical condition or type of treatment shall not be Covered under this Policy. All applicable Waiting Periods are listed in Section 13 on the Table of Benefits, and on any exclusion that are specific to the Covered Person applying for Coverage.</p>	<p><b>فترة الانتظار:</b> الفترة الزمنية التي تبدأ من تاريخ تسجيل الشخص المعني والتي لا يجوز خلالها تغطية حالة طبية محددة أو نوع من العلاج بموجب هذه الوثيقة. يتم سرد جميع فترات الانتظار المطبقة في القسم 13 في جدول المنافع ، وفي أي استثناء خاص بالمشترك المتقدم بطلب للتغطية.</p>

SECTION 2	القسم الثاني
ENROLLMENT AND EFFECTIVE DATE OF COVERAGE	التسجيل والتاريخ الفعلي للتغطية
<p><b>2.1 Enrollment:</b> Eligible Persons will be enrolled after their Policyholder sends notification of their eligibility for Coverage to the Insurance Company. In addition, <b>Dependents</b> may be enrolled as described below in Section 2.4, 2.5, and 2.6.</p> <p>Enrollment confirmation and issuances of the medical membership cards will take place within 7 working days from the receipt of notification of their eligibility from the <b>Policyholder</b>.</p>	<p><b>2.1 التسجيل:</b> سيتم تسجيل الأشخاص المؤهلين بعد أن يرسل حامل الوثيقة إخطاراً بأهليتهم للتغطية إلى شركة التأمين. بالإضافة إلى ذلك ، يمكن تسجيل المعالين كما هو موضح أدناه في القسم 2.4 و 2.5 و 2.6.</p> <p>سيتم تأكيد التسجيل وإصدار بطاقات العضوية الطبية في غضون 7 أيام عمل من استلام إشعار أهليتها من حامل الوثيقة.</p>
<p><b>2.2 Eligibility Conditions:</b> The eligibility conditions stated in Medical Membership Certificate &amp; Policy Schedule1 are in addition to those specified in Section 2 of the Policy.</p>	<p><b>2.2 شروط الأهلية:</b> شروط الأهلية المنصوص عليها في شهادة العضوية الطبية وجدول الوثيقة 1 بالإضافة إلى الشروط المحددة في القسم 2 من الوثيقة.</p>
<p><b>2.3 Effective Date of Coverage:</b> Coverage for Covered Persons is effective as specified in the Policy after Premium has been paid. In no event Health Services rendered or delivered before the Effective Date of Coverage is covered. Any request by the Policyholder for the enrollment of an Eligible Person must be in accordance with the notification requirements outlined in the Administration Guide.</p>	<p><b>2.3 تاريخ نفاذ التغطية:</b> تسري التغطية للأشخاص المشمولين بالتغطية على النحو المحدد في الوثيقة بعد دفع اشتراك التأمين. لا يتم تغطية الخدمات الطبية المقدمة أو المسلمة بأي حال من الأحوال قبل تاريخ سريان التغطية. يجب أن يكون أي طلب يقدمه حامل الوثيقة لتسجيل شخص مؤهل وفقاً لمتطلبات الإخطار الموضحة في دليل الإدارة.</p>
<p><b>2.4 Effective Date of Coverage for Newborn Children or Newly Married Spouse</b> newborn children will become eligible for Coverage on the date of their birth and the newly married spouse will become eligible for Coverage on the date of their marriage. Coverage will become effective on the date of eligibility under the following conditions:</p> <p>If the company is notified within 30 days of the newborn child's birth or marriage date and received any required Premium and completed health</p>	<p><b>2.4 تاريخ سريان التغطية للأطفال حديثي الولادة أو المتزوجين حديثاً</b> سيصبح الأطفال حديثي الولادة مؤهلين للتغطية في تاريخ ميلادهم وسيصبح الزوج المتزوج حديثاً مؤهلاً للتغطية في تاريخ زواجهما. ستصبح التغطية سارية المفعول في تاريخ الأهلية وفقاً للشروط التالية:</p> <p>إذا تم إخطار الشركة في غضون 30 يوماً من ولادة المولود الجديد أو تاريخ الزواج وحصلت على أي اشتراك مطلوب واستبيان صحي مكتمل إذا لزم الأمر ؛ ثم قبول الابن حديث الولادة / المتزوج حديثاً للتغطية من قبل الشركة. إذا تم قبول الطفل حديث الولادة أو المتزوج</p>

<p>questionnaire if required; then the newborn child / Newly Married spouse accepted for Coverage by the Company. If the newborn child or Newly Married spouse is accepted for Coverage by the Company, written notification of acceptance will be sent to the Policyholder. Unless agreed otherwise between both parties.</p>	<p>حديثاً للتغطية من قبل الشركة ، فسيتم إرسال إخطار كتابي بالقبول إلى حامل الوثيقة. ما لم يتفق الطرفان على خلاف ذلك.</p>
<p><b>2.5 Effective Date of Coverage for Confinement:</b> If Covered Persons are Confined on their Effective Date of Coverage and do not have Coverage for that Confinement under a prior Company, Health Services related to the Confinement are Covered as long as: (a) Covered Persons notify the Company of Confinement within 48 hours of the Effective Date, as defined in the Member Handbook, or as soon as is reasonably possible; and (b) Health Services are received in accordance with the terms, conditions, exclusions and limitations of the Policy (c) they occur on the Effective Date of Coverage or later.</p> <p>If Covered Persons are confined on their Effective Date of Coverage and the Confinement is covered under a prior Company, Health Services for that Confinement are not covered under the Policy. All other Health Services are covered as of the Effective Date.</p> <p>If Covered Persons are confined on the Effective Date have prior Coverage, Health Services for the condition or disability will not be covered the Policy until Covered Person's prior Coverage is exhausted.</p>	<p><b>2.5 التاريخ الفعلي للتقييد بالتغطية:</b> إذا تم تقييد الأشخاص المشمولين بالتغطية في تاريخ سريان التغطية ولم يكن لديهم تغطية لهذا الحجز في إطار شركة سابقة ، فإن الخدمات الطبية المتعلقة بالحجز تكون مغطاة طالما: (أ) يقوم الأشخاص المشمولين بإخطار الشركة بالحجز في غضون 48 ساعة من تاريخ السريان ، كما هو محدد في دليل المشترك ، أو في أقرب وقت ممكن بشكل معقول ؛ و (ب) يتم تلقي الخدمات الطبية وفقاً لبنود وشروط واستثناءات وحدود الوثيقة (ج) تحدث في تاريخ سريان التغطية أو بعد ذلك.</p> <p>إذا تم تقييد الأشخاص المشمولين بالتغطية في تاريخ سريان التغطية الخاص بهم وكان الحجز مشمولاً بشركة سابقة ، فلن يتم تغطية الخدمات الطبية لهذا الحجز بموجب الوثيقة. يتم تغطية جميع الخدمات الطبية الأخرى اعتباراً من تاريخ السريان.</p> <p>إذا تم تسجيل الأشخاص المشمولين بالتغطية في تاريخ السريان وكان لديهم تغطية سابقة ، فلن يتم تغطية الخدمات الطبية للحالة أو الإعاقة في الوثيقة حتى يتم استنفاد التغطية السابقة للمشارك.</p>
<p><b>2.6 Premium related to any approved addition:</b> Any approved addition as specified in section 2.4 prior to the policy Ninth (9<sup>th</sup>) month shall be calculated proportionately for the remaining period until the expiry date. A minimum premium of twenty-five (25%) percent will be charged for any addition as specified in section 2.4 from the policy tenth (10<sup>th</sup>) month onwards inclusive of the Assist America Asia Limited (AAAL) premium benefit.</p>	<p><b>2.6 اشتراك متعلق بأي إضافة معتمدة:</b> يتم احتساب أي إضافة معتمدة كما هو محدد في القسم 2.4 قبل الشهر التاسع (9) من الوثيقة بشكل نسبي مع الفترة المتبقية حتى تاريخ انتهاء الصلاحية. سيتم فرض اشتراك لا يقل عن خمسة وعشرين (25%) في المائة على أي إضافة كما هو محدد في القسم 2.4 من الوثيقة للشهر العاشر (العاشر) فصاعداً بما في ذلك ميزة قسط Assist America Asia Limited (AAAL).</p>

<p><b>SECTION 3</b></p>	<p><b>القسم الثالث</b></p>
<p><b>TERMINATION OF COVERAGE</b></p>	<p><b>إنهاء التغطية</b></p>
<p><b>3.1 Conditions for Termination of This Entire Policy.</b> This Policy and all Coverage under this Policy shall automatically terminate on the earliest of the dates specified below:</p> <p>A. Thirty (30) days following the notification of unpaid Premium, if the grace period expires and any Premium remains unpaid, the contract will be suspended. The insurer may, after the lapse of thirty days from the date of such suspension, seek a judgment to perform the contract or invalidate it. If the arrears premiums are paid before invalidation, together with any expenses due, the insurance contract becomes valid again with effect from</p>	<p><b>3.1 شروط إنهاء هذه الوثيقة بأكملها.</b> تنتهي هذه الوثيقة وجميع التغطيات بموجب هذه الوثيقة تلقائياً في أقرب وقت ممكن من التواريخ المحددة أدناه:</p> <p>أ. بعد ثلاثين (30) يوماً من الإخطار بعدم دفع الاشتراك ، إذا انتهت فترة السماح وظل أي اشتراك غير مدفوع ، فسيتم تعليق العقد. يجوز للشركة بعد انقضاء ثلاثين يوماً من تاريخ هذا الوقف أن يطلب الحكم بتنفيذ العقد أو إبطاله. إذا تم دفع الاشتراكات المتأخرة قبل الإلغاء ، إلى جانب أي نفقات مستحقة ، يصبح عقد التأمين ساري المفعول مرة أخرى</p>



<p>the day following payment.</p> <p>B. <u>On the date specified by the Policyholder, after at least 30 days prior written notice to the Company, that this Policy shall be terminated</u></p> <p>C. On the date specified by the Company, in written notice to the Policyholder that this Policy shall be terminated, due to the Policyholder's violation of participation and contribution rules.</p> <p>D. On the date specified by the Company in written notice to the Policyholder that this Policy shall be terminated because the Policyholder provided the Company with false information material to the execution of this Policy or to the provision of Coverage under this Policy. The Company has the right to rescind this Policy back to the Effective Date.</p>	<p>اعتبارًا من اليوم التالي للدفع.</p> <p>ب. <u>في التاريخ الذي يحدده المشترك ، بعد 30 يومًا على الأقل من تقديم إشعار خطي إلى الشركة ، يتم إنهاء هذه الوثيقة</u></p> <p>ت. في التاريخ الذي تحدده الشركة ، في إشعار خطي إلى المشترك ، سيتم إنهاء هذه الوثيقة ، بسبب انتهاك حامل الوثيقة لقواعد المشاركة والمساهمة.</p> <p>ث. في التاريخ الذي تحدده الشركة في إشعار خطي إلى حامل الوثيقة ، سيتم إنهاء هذه الوثيقة لأن حامل الوثيقة قد زود الشركة بمعلومات خاطئة لتنفيذ هذه الوثيقة أو لتوفير التغطية بموجب هذه الوثيقة. يحق للشركة إلغاء هذه الوثيقة إلى تاريخ السرمان.</p>
<p>3.2 The insured may terminate the policy at any time by giving thirty (30) day's notice in writing of their intention of terminating the policy, subject to proportionate refund of the premiums for the remaining period until expiry date less ten percent (20%) of the annual premium of all insured members who have not registered with us any claim. No refund will be payable for insured members who have registered claims. Premium refunds will take place after the termination date by 60days and in the event the Company credits any refund and claims are reported for treatment within the insured period the Company has the right to recover the refunded or credited amount.</p>	<p>3.2 يجوز للمشارك إنهاء الوثيقة في أي وقت من خلال تقديم إخطار كتابي قبل ثلاثين (30) يومًا عن نيته في إنهاء الوثيقة ، مع مراعاة استرداد اشتراكات التأمين عن الفترة المتبقية حتى تاريخ انتهاء الصلاحية مع خصم عشرون بالمائة (20%) من الاشتراك السنوي لجميع الأعضاء المشتركين الذين لم يسجلوا لدينا أي مطالبة. لن يتم دفع أي استرداد للأعضاء المؤمن عليهم الذين لديهم مطالبات مسجلة مهما كان مقدارها أو سببها وسواء كانت داخل أو خارج شبكة الخدمات سيتم استرداد اشتراك التأمين بعد تاريخ الإنهاء بـ 60 يومًا ، وفي حالة قيام الشركة بخصم أي استرداد وتم الإبلاغ عن مطالبات للعلاج خلال الفترة المؤمن عليها ، يحق للشركة استرداد المبلغ المسترد أو المودع.</p>
<p>3.3 Payment and Reimbursement upon Termination. Upon any termination of this Policy, the Policyholder shall be and shall remain liable to the Company for the payment of any and all Premiums, which are unpaid at the time of termination, including Premium for the 30-days grace period following the last paid date of Coverage.</p>	<p>3.3 الدفع والاسترداد عند الإنهاء. عند إنهاء هذه الوثيقة ، يكون حامل الوثيقة وسيظل مسؤولاً أمام الشركة عن سداد أي وجميع الاشتراكات غير المسددة في وقت الإنهاء ، بما في ذلك اشتراك فترة السماح البالغة 30 يومًا التي تلي آخر تاريخ دفع من التغطية.</p>
<p>3.4 Conditions for Termination of a Covered Person's Coverage under the Policy. Covered person Coverage shall automatically terminate on the earliest of the dates specified below:</p> <p>A. The date the entire Policy is terminated, as specified in the Policy. The Policyholder is responsible for notifying Covered Persons of the termination of the Policy.</p> <p>B. Thirty (30) days following the date Covered Persons cease to be eligible as a Policyholder or Enrolled Dependent.</p> <p>The Company has the right to terminate the Policy for any of the following reasons. When any of the following apply, the Company must provide written notice of termination to the Policyholder:</p> <p>A. The date specified by the Insurance Company that</p>	<p>3.4 شروط إنهاء تغطية المشترك بموجب الوثيقة. شخص معطى يجب أن تنتهي التغطية تلقائيًا في أقرب وقت ممكن من التواريخ المحددة أدناه:</p> <p>أ. تاريخ إنهاء الوثيقة بالكامل ، كما هو محدد في الوثيقة. يتحمل حامل الوثيقة مسؤولية إخطار الأشخاص المشمولين بإنهاء الوثيقة.</p> <p>ب. ثلاثون (30) يومًا من تاريخ توقف الأشخاص المعالين عن أهليتهم كحامل وثيقة أو معال مسجل.</p> <p>يحق للشركة إنهاء الوثيقة لأي من الأسباب التالية. عند تطبيق أي مما يلي ، يجب على الشركة تقديم إشعار خطي بالإنهاء إلى حامل الوثيقة:</p> <p>أ. التاريخ الذي تحدده شركة التأمين بأن جميع التغطيات ستنتهي بسبب الاحتيال أو التحريف أو لأن حامل الوثيقة قدم عن علم</p>

<p>all Coverage will terminate due to fraud or misrepresentation or because the Policyholder knowingly provided the Insurance Company with false material information, including, but not limited to, information relating to another person's eligibility for Coverage or status as a Dependent, Pre-Existing Conditions, or hazardous activities. The Company has the right to rescind Coverage back to the Effective Date.</p> <p><b>B.</b> The date specified by the Insurance Company that all Coverage will terminate because the Policyholder permitted the use of his or her ID card, Claim Forms, or any other health care authorization document, by any unauthorized person or used another person's ID card.</p> <p><b>C.</b> The date specified by the Insurance Company that Coverage would terminate due to material violation of the terms of the Policy.</p>	<p>لشركة التأمين معلومات مادية كاذبة ، بما في ذلك ، على سبيل المثال لا الحصر ، المعلومات المتعلقة بأهلية شخص آخر للتغطية أو الحالة كظروف تابعة أو موجودة مسبقاً أو أنشطة خطيرة. يحق للشركة إلغاء التغطية حتى تاريخ السريان.</p> <p><b>ب.</b> التاريخ الذي تحدده شركة التأمين بأن جميع التغطيات ستنتهي لأن حامل الوثيقة سمح باستخدام بطاقة الهوية الخاصة به أو نماذج المطالبات أو أي وثيقة أخرى لتوثيق الرعاية الطبية من قبل أي شخص غير مصرح له أو استخدم بطاقة هوية شخص آخر.</p> <p><b>ت.</b> التاريخ الذي تحدده شركة التأمين أن التغطية ستنتهي بسبب انتهاك مادي لشروط الوثيقة.</p>
<p><b>3.5 Payment and Reimbursement upon Termination.</b> Termination of Coverage shall not affect any request for reimbursement of Eligible Expenses for Health Services rendered prior to the date of termination. A Covered person's request for reimbursement must be furnished as required in section 9. If the Covered Person is Hospitalized on the termination date of the Coverage, Hospital charges for that continuous period of hospitalization will be paid by Globemed, according to the Benefits and limitations of the Policy, for up to 30 days following Policy termination.</p>	<p><b>3.5 الدفع والاسترداد عند الإنهاء.</b> لا يؤثر إنهاء التغطية على أي طلب لسداد النفقات المؤهلة للخدمات الطبية المقدمة قبل تاريخ الإنهاء. يجب تقديم طلب السداد الخاص بالشخص المشمول به على النحو المطلوب في القسم 9. إذا كان الشخص المعني قد دخل المستشفى في تاريخ انتهاء التغطية ، فستقوم شركة Globemed بدفع رسوم المستشفى عن تلك الفترة المستمرة من الاستشفاء ، وفقاً لمزايا وحدود الوثيقة ، لمدة تصل إلى 30 يوماً بعد إنهاء الوثيقة.</p>
<p><b>3.6 Return of I.D. Cards and Claim Forms upon Termination.</b> Upon Termination of Coverage for any Covered Person, it is the Policyholder's responsibility to ensure return all I.D. cards and Claim Forms to the Company.</p>	<p><b>3.6 ارجاع البطاقات ونماذج المطالبات عند الإنهاء.</b> عند إنهاء التغطية لأي شخص مغطى ، تقع على عاتق حامل الوثيقة مسؤولية ضمان إعادة جميع بطاقات التأمين ونماذج المطالبات للشركة.</p>
<p><b>3.7 Payment for Health Services Incurred after the Date of Termination.</b> The Policyholder will be responsible for reimbursement to the Insurance Company for payment of any Health Services obtained by a Covered Person using their I.D. Card or unused claims forms after Coverage termination.</p>	<p><b>3.7 الدفع مقابل الخدمات الصحية المتكبدة بعد تاريخ الإنهاء.</b> سيكون حامل الوثيقة مسؤولاً عن السداد لشركة التأمين عن مدفوعات أي خدمات طبية حصل عليها المشترك باستخدام بطاقة التأمين الخاصة به واستمارات أو المطالبات غير المستخدمة بعد انتهاء التغطية.</p>
<p><b>3.8 Termination of covered members from a policy.</b> The termination shall effect the date Company receive the duly completed deletion request form and I.D cards. The premium refund shall be calculated on the uncovered period and will be payable after 60 days of the deletion date. Any members who have reported claims during the covered period are not eligible to premium refunds and in the event the company credits any refund and claims are reported for treatment within the insured period Company has the right to recover the refunded or credited amount. The premium of the Assist America Asia Limited (AAAL) benefit of 2.5 KD shall be deducted in full of the premium refund regardless whether a claim is reported or not.</p>	<p><b>3.8 إنهاء أعضاء مشمولين من الوثيقة.</b> يجب أن يسري الإنهاء على التاريخ الذي تتلقى فيه الشركة نموذج طلب الحذف وبطاقات التأمين المكتملة حسب الأصول. يتم احتساب مبلغ اشتراك التأمين في الفترة غير المغطاة وسيتم دفعه بعد 60 يوماً من تاريخ الحذف. أي أعضاء أبلغوا عن مطالبات خلال الفترة المشمولة ليسوا مؤهلين لاسترداد اشتراك التأمين وفي حالة قيام الشركة برد أي مبالغ مستردة والإبلاغ عن مطالبات للعلاج خلال الفترة المؤمن عليها ، يحق للشركة استرداد المبلغ المسترد أو المضاف. سيتم خصم اشتراك ميزة Assist America Asia Limited (AAAL) البالغة 2.5 دينار كويتي بالكامل من اشتراك التأمين المسترد بغض النظر عما إذا تم الإبلاغ عن مطالبة أم لا.</p>

SECTION 4	القسم الرابع
PREMIUM RATES	قيمة الاشتراك
<p>4.1 <b>Premiums.</b> Premiums payable by or on behalf of Covered Persons are specified in Medical Membership Certificate &amp; Policy Schedule 2 to the Policy entitled "Premiums". All Premiums must be paid using the currency referenced in the Policy schedule.</p> <p>The Company reserves the right to change the schedule of exchange rates for Premiums as described in Medical Membership Certificate &amp; Policy Schedule1.</p>	<p>4.1 <b>الاشتراكات.</b> يتم تحديد الاشتراكات المستحقة الدفع من قبل الأشخاص المشمولين بالتغطية أو بالنيابة عنهم في شهادة العضوية الطبية وجدول الوثيقة 2 في الوثيقة بعنوان "الاشتراكات". يجب دفع جميع اشتراكات التأمين باستخدام العملة المشار إليها في جدول الوثيقة.</p> <p>تحتفظ الشركة بالحق في تغيير جدول أسعار الصرف لاشتراكات التأمين كما هو موضح في شهادة العضوية الطبية وجدول (1) الوثيقة.</p>
<p>4.2 <b>Computation of Premium.</b> Each Premium shall be calculated based on the number of Policyholder and Dependents the Company shows in its records at the time of calculation, at the Premiums then in effect. he Premium is calculated as described in Medical Membership Certificate &amp; Policy Schedule1. Any imposition of or increase in Premium tax or other governmental charges relating to or calculated in regard to Premium shall be automatically added to the Premium.</p>	<p>4.2 <b>حساب الاشتراك.</b> يتم احتساب كل اشتراك على أساس عدد حاملي الوثيقة والمعالين الذين تظهرهم الشركة في سجلاتها وقت الحساب ، عند الاشتراكات السارية المفعول. يتم احتساب اشتراك التأمين على النحو الموضح في شهادة العضوية الطبية وجدول (1) الوثيقة. أي فرض أو زيادة في اشتراك الضريبة أو الرسوم الحكومية الأخرى المتعلقة أو المحسوبة فيما يتعلق بالاشتراك تضاف تلقائياً إلى الاشتراك.</p>
<p>4.3 <b>Notification of Coverage Changes.</b> The Policyholder shall notify the Insurance Company in writing within 30 days of the Effective Date of enrollments, terminations, or other changes.</p>	<p>4.3 <b>الإخطار بتغييرات التغطية.</b> يجب على حامل الوثيقة إخطار شركة التأمين كتابياً في غضون 30 يوماً من تاريخ سريان التسجيل أو الإنهاء أو أي تغييرات أخرى.</p>
<p>4.4 <b>Payment of the Premium.</b> The Premium is payable in advance by the Policyholder to the Insurance Company as described in Medical Membership Certificate &amp; Policy Schedule1. All Premium payments shall be accompanied by supporting documentation, which states the names of the Covered Persons for whom payment is made.</p> <p>The Policyholder shall reimburse the Insurance Company for attorney's fees and any other costs related to collecting delinquent Premiums.</p>	<p>4.4 <b>دفع الاشتراك.</b> يُدفع الاشتراك مقدماً من قبل حامل الوثيقة إلى شركة التأمين كما هو موضح في شهادة العضوية الطبية وجدول الوثيقة رقم 1. يجب أن تكون جميع مدفوعات الاشتراكات مصحوبة بوثائق داعمة توضح أسماء الأشخاص المشمولين بالسداد الذين يتم الدفع لهم.</p> <p>يجب على حامل الوثيقة أن يسدد لشركة التأمين أتعاب المحاماة وأي تكاليف أخرى تتعلق بتحصيل اشتراكات التأخير.</p>
<p>4.5 <b>Currency.</b> All Premium paid by the Policyholder will be in the currency specified in the Table of Benefits.</p>	<p>4.5 <b>العملة.</b> جميع الاشتراكات المدفوعة من قبل حامل الوثيقة ستكون بالعملة المحددة في جدول المزايا.</p>
<p>4.6 <b>Cooling-off period.</b> A cooling period of 15days shall be granted from the date the policy is delivered to the insured person or his/her representative, whichever is the latest date. During which time the Policy shall not be terminated, and full refund will be granted subject that no claims have been reported during the said period, issuance fees of KD. 10/- shall be deducted for each participant.</p>	<p>4.6 <b>فترة السماح.</b> يتم منح فترة سماح لمدة 15 يوماً من تاريخ تسليم الوثيقة إلى المشترك أو من ينوب عنه ، أيهما أقرب تاريخ. خلال هذا الوقت لن يتم إنهاء الوثيقة ، وسيتم استرداد المبلغ بالكامل بشرط عدم الإبلاغ عن أي مطالبات خلال الفترة المذكورة مع تحمل نفقات الإصدار والبالغة د.ك. -/10 عن كل مشترك.</p>

SECTION 5	القسم الخامس
GENERAL PROVISIONS	الشروط العامة
5.1 <b>Entire Policy.</b> The Policy issued to the Policyholder, including the Policyholder's application, Amendments and Riders, the most current Administrative Guide, and the most current Member Handbook constitute the entire Policy.	5.1 <b>الوثيقة الكاملة.</b> تشكل الوثيقة الصادرة إلى حامل الوثيقة ، بما في ذلك طلب حامل الوثيقة والتعديلات والملاحق وأحدث دليل إداري وأحدث دليل عضو ، الوثيقة بأكملها.
5.2 <b>Administrative Services.</b> The services necessary to administer this Policy and the Coverage provided under it will be provided in accordance with the Company's or its designee's most current standard administrative procedures. If the Policyholder requests that such administrative services be provided in a manner other than in accordance with these standard procedures, and such services are agreed to by the Insurance Company and Globemed, the Policyholder shall pay for such services or reports at the Insurance Company's or its designee's then-current charges for such services or reports.	5.2 <b>الخدمات الإدارية.</b> سيتم توفير الخدمات اللازمة لإدارة هذه الوثيقة والتغطية المقدمة بموجبها وفقاً للإجراءات الإدارية القياسية الحالية للشركة أو من ينوب عنها. إذا طلب حامل الوثيقة أن يتم تقديم هذه الخدمات الإدارية بطريقة غير مطابقة للإجراءات القياسية ، وتم الاتفاق على هذه الخدمات من قبل شركة التأمين و Globemed ، يجب على حامل الوثيقة أن يدفع مقابل هذه الخدمات أو التقارير في شركة التأمين أو شركتها. الرسوم السارية للمكلف آنذاك عن مثل هذه الخدمات أو التقارير.
5.3 <b>Amicable Settlement.</b> Policyholders or Covered Persons shall initially seek to amicably settle any dispute which arises from this contract, such attempts shall be made in writing and sent to the address of Insurance Company within a period not exceeding 90 days from the day on which the dispute arises.	5.3 <b>التسوية الودية.</b> يسعى حاملو الوثائق أو الأشخاص المشمولين بالتغطية في البداية إلى تسوية أي نزاع ينشأ عن هذا العقد ودياً ، ويجب أن تتم هذه المحاولات كتابياً وترسل إلى عنوان شركة التأمين في غضون فترة لا تتجاوز 90 يوماً من اليوم الذي نشأ فيه النزاع.
5.4 <b>Amendments and Alterations.</b> Any change in Coverage Category, Policy Benefits, Riders and Amendments to the Policy are effective only upon the renewal date specified by the Insurance Company. No change will be made to the Policy unless it is made by an Amendment or a Rider, which is signed by both parties. No agent has authority to change the Policy or to waive any of its provisions.	5.4 <b>التعديلات والتغييرات.</b> لا يسري أي تغيير في فئة التغطية ومزايا الوثيقة والملاحق والتعديلات على الوثيقة إلا بعد تاريخ التجديد المحدد من قبل شركة التأمين. لن يتم إجراء أي تغيير على السياسة ما لم يتم إجراؤها عن طريق تعديل أو الملاحق الذي تم التوقيع عليه من قبل الطرفين. لا يوجد وكيل لديه السلطة لتغيير الوثيقة أو التنازل عن أي من أحكامها.
5.5 <b>Relationship among Parties.</b> The relationships between the Insurance Company and Network Providers and relationships between the Insurance Company and Globemed, and Policyholders, are solely contractual relationships between independent contractors. Globemed, Network Providers and Policyholders are not agents or employees of the Insurance Company, nor is the Insurance Company or any employee of the insurance Company an agent or employee of Network Providers or Policyholders. The relationship between a Provider and any Covered Person is that of Provider and patient. The Provider is solely responsible for services provided to any Covered Person. The Policyholder is solely responsible for enrollment and Coverage Category changes (including termination of a	5.5 <b>العلاقة بين الأطراف.</b> العلاقات بين شركة التأمين وشبكة مقدمي الخدمات الطبية والعلاقات بين شركة التأمين وجلوبميد وحملة الوثائق هي علاقات تعاقدية فقط بين مقاولين مستقلين. إن جلوبميد وشبكة مقدمي الخدمات الطبية وحملة الوثائق ليسوا وكلاء أو موظفين في شركة التأمين ، كما أن شركة التأمين أو أي موظف في شركة التأمين ليست وكيلاً أو موظفاً لدى شبكة المرافقة الطبية أو حاملي الوثائق. العلاقة بين مقدم الخدمة وأي شخص مغطى هي علاقة المزود والمريض. يكون المزود وحده مسؤولاً عن الخدمات المقدمة لأي شخص معني. حامل الوثيقة هو المسؤول الوحيد عن التسجيل والتغييرات في فئة التغطية (بما في ذلك إنهاء تغطية المشترك من خلال شركة التأمين) ، ودفع اشتراك التأمين في الوقت المناسب لشركة التأمين ، وإخطار الأشخاص المشمولين بشروط وأحكام الوثيقة.

<p>Covered Person's Coverage through the Insurance Company), for the timely payment of the Premium to the Insurance Company, and for notifying Covered Persons of the terms and conditions and termination of the Policy.</p>	
<p><b>5.6 Records.</b> Policyholders and Covered Persons must furnish to the Insurance Company in a timely fashion all information and proofs which it may reasonably require regarding any matters pertaining to the Policy. The Policyholder should notify the Insurance Company of any change in address or employment status of any Covered Person within 30 days of the change. By accepting Coverage under the Policy, Covered Persons authorize and direct any person or institution that has provided services to Covered Persons, to furnish the Insurance Company any and all information and records or copies of records relating to the services provided to Covered Persons . The Insurance Company has the right to request this information whenever reasonably required. This applies to all Covered Persons, including Enrolled Dependents whether or not they have signed the Policyholder 's application.</p> <p>The Insurance Company agrees that such information and records will be considered confidential. The Insurance Company/Globemed has the right to release any and all records concerning health care services, which are necessary to implement and administer the terms of the Policy or for appropriate medical review or quality assessment.</p> <p>The Insurance Company or its Network Providers are permitted to charge Covered Persons reasonable fees to cover costs for completing requested medical abstracts or forms which Covered Persons have requested. In some cases, the Insurance Company will designate other persons or entities to request records or information from or related to Covered Persons and to release those records as necessary. The Insurance Company's designees have the same rights to this information as does the Insurance Company. During and after the term of the Policy, the Insurance Company and its related entities may use and transfer the information gathered under the Policy for research and analytic purposes.</p>	<p><b>5.6 السجلات.</b> يجب على حاملي وثائق التأمين والأشخاص المشمولين بالتغطية تزويد شركة التأمين في الوقت المناسب بجميع المعلومات والأدلة التي قد تطلبها بشكل معقول فيما يتعلق بأي أمور تتعلق بالوثيقة. يجب على حامل الوثيقة إخطار شركة التأمين بأي تغيير في العنوان أو الحالة الوظيفية لأي شخص معني في غضون 30 يومًا من التغيير. بقبول التغطية بموجب السياسة، يصرح الأشخاص المشمولين بالتغطية ويوجهون أي شخص أو مؤسسة قدمت خدمات للأشخاص المشمولين ، لتزويد شركة التأمين بجميع المعلومات والسجلات أو نسخ السجلات المتعلقة بالخدمات المقدمة للأشخاص المشمولين. يحق لشركة التأمين طلب هذه المعلومات متى تطلب الأمر ذلك بشكل معقول. ينطبق هذا على جميع الأشخاص المعتمدين ، بما في ذلك المعالون المسجلون سواء وقعوا على طلب حامل الوثيقة أم لا.</p> <p>توافق شركة التأمين على اعتبار هذه المعلومات والسجلات سرية. يحق لشركة التأمين / Globemed الإفراج عن أي وجميع السجلات المتعلقة بخدمة الرعاية الطبية اللازمة لتنفيذ وإدارة شروط الوثيقة أو للمراجعة الطبية المناسبة أو تقييم الجودة.</p> <p>يسمح لشركة التأمين أو مزودي الخدمات الطبية التابعين لها بفرض رسوم معقولة على الأشخاص المشمولين لتغطية تكاليف استكمال الملخصات الطبية المطلوبة أو النماذج التي طلبها الأشخاص المعنيون. في بعض الحالات ، ستقوم شركة التأمين بتعيين أشخاص أو كيانات أخرى لطلب سجلات أو معلومات من الأشخاص المشمولين بالأشخاص أو ذوي الصلة بهم ، والإفراج عن تلك السجلات عند الضرورة. يتمتع موظفو شركة التأمين بنفس الحقوق في هذه المعلومات مثل شركة التأمين.</p> <p>أثناء وبعد مدة الوثيقة ، يجوز لشركة التأمين والكيانات المرتبطة بها استخدام ونقل المعلومات التي تم جمعها بموجب الوثيقة لأغراض البحث والتحليل.</p>
<p><b>5.7 Examination of Covered Persons</b> in the event of a question or dispute concerning Coverage for Health Services, the Insurance Company may reasonably require that a Network Physician acceptable the Insurance Company examine Covered Persons at the insurance Company's expense.</p>	<p><b>5.7 فحص الأشخاص المشمولين بالتغطية</b> في حالة وجود سؤال أو نزاع يتعلق بتغطية الخدمات الصحية ، قد تطلب شركة التأمين بشكل معقول أن يقوم طبيب داخل شبكة المرافق الطبية المعتمدة من شركة التأمين بفحص الأشخاص المشمولين بالتغطية على نفقة شركة التأمين.</p>
<p><b>5.8 Clerical Error.</b> Clerical error shall not deprive any individual of Coverage under this Policy or create a right to Benefits. Failure to report the termination of</p>	<p><b>5.8 خطأ كتابي.</b> يجب ألا يحرم الخطأ الكتابي أي فرد من التغطية بموجب هذه الوثيقة أو ينشئ حقًا في المزايا. لن يستمر الإخفاق في الإبلاغ عن إنهاء التغطية في استمرار هذه التغطية بعد التاريخ المقرر</p>

<p>Coverage shall not continue such Coverage beyond the date it is scheduled to terminate according to the terms of this Policy. Upon discovery of a clerical error, any necessary appropriate adjustment in Premiums shall be made. However, no such adjustment in Premiums or Coverage shall be granted by the Insurance Company to the Policyholder for more than 60 days of Coverage prior to the date the Company received notification of such clerical error.</p>	<p>لإنهائها وفقاً لشروط هذه الوثيقة. عند اكتشاف خطأ كتابي ، يجب إجراء أي تعديل مناسب ضروري في الاشتراكات. ومع ذلك ، لن تمنح شركة التأمين مثل هذا التعديل في الاشتراكات أو التغطية لحامل الوثيقة لأكثر من 60 يوماً من التغطية قبل تاريخ استلام الشركة لإخطار بهذا الخطأ الكتابي.</p>
<p><b>5.9 Conformity with Statutes.</b> Any provision of the Policy which on its effective Date, is in conflict with the requirements of governmental statutes or regulations (of Kuwait) is hereby amended to conform to the minimum requirements of such statutes and regulations.</p>	<p><b>5.9 التوافق مع النظام الأساسي.</b> يتم تعديل أي بند في الوثيقة يتعارض في تاريخ نفاذه مع متطلبات القوانين أو اللوائح الحكومية داخل دولة (الكويت) ليتوافق مع الحد الأدنى من متطلبات هذه الأنظمة واللوائح.</p>
<p><b>5.10 Notice.</b> Written notice given by the Insurance Company to the Policyholder is deemed notice to all affected Enrolled Dependents in the administration of this Policy, including termination of this Policy. The Policyholder is responsible for giving notice to Covered Persons.</p> <p>Any notice sent to the Insurance Company under this Policy and any notice sent to the Policyholder shall be addressed as described in Medical Membership Certificate &amp; Policy Schedule1.</p>	<p><b>5.10 إشعار.</b> يعتبر الإخطار الكتابي المقدم من شركة التأمين إلى حامل الوثيقة بمثابة إشعار لجميع المعالين المسجلين المتأثرين في إدارة هذه الوثيقة ، بما في ذلك إنهاء هذه الوثيقة. يتحمل حامل الوثيقة مسؤولية إرسال إشعار إلى الأشخاص المعالين.</p> <p>يجب توجيه أي إشعار يتم إرساله إلى شركة التأمين بموجب هذه الوثيقة وأي إشعار يتم إرساله إلى حامل الوثيقة كما هو موضح في جدول شهادة العضوية الطبية وجدول (1) الوثيقة.</p>
<p><b>5.11 Payment of Stamps and Taxes required by Government Entities.</b> The Policyholder shall be liable for payment of any stamps or taxes required by government entities on the provision of health care Benefits.</p>	<p><b>5.11 دفع الطابع والضرائب التي تطلبها الجهات الحكومية.</b> يتحمل حامل الوثيقة مسؤولية سداد أية طابع أو ضرائب تطلبها الجهات الحكومية عند تقديم مزايا الرعاية الطبية.</p>
<p><b>5.12 Expert Opinion and Arbitration.</b> Any differences in respect of a claim shall be referred to two (2) parties to the dispute, one to be appointed by each party. If the two (2) experts are unanimous in the opinion, then it shall be binding on both parties. If they are not unanimous in their opinion, then the matter shall be referred to arbitration as herein below. Any further dispute or difference between the parties in respect of this policy shall be referred to a sole arbitrator mutually agreed, failing which, appointed by the Kuwait court. The decision rendered by such arbitrator shall be final and binding.</p>	<p><b>5.12 رأي الخبراء والتحكيم.</b> يجب إحالة أي اختلافات فيما يتعلق بالمطالبة إلى طرفين (2) في النزاع ، يتم تعيين واحد من قبل كل طرف. إذا اجتمع الخبراء (2) بالإجماع في الرأي ، فإنه يكون ملزماً للطرفين. إذا لم يكونوا بالإجماع في رأيهم ، فيجب إحالة الأمر إلى التحكيم كما هو موضح أدناه. يجب إحالة أي نزاع أو خلاف آخر بين الطرفين فيما يتعلق بهذه الوثيقة إلى محكم منفرد متفق عليه بشكل متبادل ، وإلا تم تعيينه من قبل محاكم دولة الكويت. يكون القرار الصادر عن هذا المحكم نهائياً وملزماً.</p>
<p><b>5.13 Governing Law.</b> This Policy shall be governed by and construed in accordance with the laws of the Kuwait and the jurisdiction of Kuwaiti courts, in a manner that does not contradict the provisions of Islamic law.</p>	<p><b>5.13 القانون الحاكم.</b> تخضع هذه الوثيقة وتُفسر وفقاً لقوانين دولة الكويت والاختصاص القضائي للمحاكم الكويتية، بما لا يتعارض مع أحكام الشريعة الإسلامية.</p>

<p><b>SECTION 6</b></p>	<p><b>القسم السادس</b></p>
<p><b>PROCEDURES FOR OBTAINING NETWORK BENEFITS</b></p>	<p><b>إجراءات العلاج داخل شبكة المرافق الطبية المعتمدة</b></p>
<p><b>6.1 Health Services Rendered by Network Providers.</b> Covered Persons are eligible for Coverage for Health Services listed as Network Benefits in Section 12 of</p>	<p><b>6.1 الخدمات الصحية التي تقدمها شبكة المرافق الطبية المعتمدة.</b> الأشخاص المشمولين بالتغطية مؤهلون للحصول على تغطية الخدمات</p>

<p>this Policy if such Health Services are Medically Necessary and are provided by a Network Physician or other Network Provider. All Coverage is subject to the terms, conditions, exclusions and limitations of the Policy.</p> <p>Health Services, which are not provided by a Network Physician or other Network Provider, are not Covered as Network Benefits, except in Emergency situations or referral situations authorized in advance by the Company. Enrolling for Coverage under the Policy does not guarantee Health Services by a particular Network Provider on the list of Providers. This list of Network Providers is subject to change. When a Provider on the list no longer has a contract with the Company, Covered Persons must choose among remaining Network Providers in order to obtain Network Benefits.</p> <p>Coverage for Health Services is subject to payment of the Premium required for Coverage under the Policy and payment of the Co-payment or Co-insurance specified for any service.</p>	<p>الطبية المدرجة كمزايا الشبكة في القسم 12 من هذه الوثيقة إذا كانت هذه الخدمات الطبية ضرورية من الناحية الطبية ويتم توفيرها من قبل طبيب داخل الشبكة أو مرفق طبي داخل الشبكة. تخضع جميع التغطية لشروط وأحكام واستثناءات وقيد الوثيقة.</p> <p>لا يتم تغطية الخدمات الطبية، التي لا يقدمها طبيب داخل الشبكة أو مزود خدمات آخر داخل الشبكة، كمزايا العلاج داخل الشبكة، باستثناء حالات الطوارئ أو حالات الإحالة المصرح بها مسبقاً من قبل الشركة. التسجيل للحصول على التغطية بموجب الوثيقة لا يضمن الخدمات الطبية من قبل مزود داخل شبكة معين في قائمة المزدودين. هذه القائمة من مقدمي الخدمات الطبية عرضة للتغيير. عندما لا يكون مقدم الخدمة مدرج في القائمة وليس لديه عقد مع الشركة، يجب أن يختار الأشخاص المشمولون من بين مزودي الشبكة المتبقين من أجل الحصول على مزايا العلاج داخل الشبكة.</p> <p>تخضع تغطية الخدمات الطبية لدفع اشتراك التأمين المطلوب للتغطية بموجب الوثيقة ودفع قيمة المشاركة بالدفع المحدد لأي خدمة.</p>
<p><b>6.2 Verification of Participation Status.</b> Covered Persons are responsible for verifying the participation status of the Physician, Hospital, or other Providers prior to receiving such Health Services. Covered Persons must <u>show their ID cards along with the Globemed card every time they request Health Services.</u></p> <p>If failure to verify participation status or the failure to show an ID card results in non-compliance with required Company procedures, Coverage of Network Benefits may be denied.</p>	<p><b>6.2 التحقق من حالة المشاركة.</b> الأشخاص المشمولين بالتغطية مسؤولون عن التحقق من حالة مشاركة الطبيب أو المستشفى أو مقدمي الخدمات الآخرين قبل تلقي هذه الخدمات الطبية. يجب على الأشخاص المشمولين بالتغطية إبراز بطاقات الهوية الخاصة بهم مع بطاقة جلوبيمد في كل مرة يطلبون فيها الخدمات الطبية.</p> <p>إذا أدى الفشل في التحقق من حالة المشاركة أو عدم إظهار بطاقة الهوية إلى عدم الامتثال لإجراءات الشركة المطلوبة، فقد يتم رفض تغطية مزايا العلاج داخل الشبكة.</p>
<p><b>6.3 Prior Approval Does Not Guarantee Benefit</b> the fact that Globemed authorizes services or supplies does not guarantee that all charges will be covered. Globemed reserves the right to review each claim if there are questions regarding Medical Necessity. Under these circumstances, Coverage of some health care services and supplies may be denied. Covered Persons will be notified in writing of any subsequent adjustment of Benefits as a result of the claim review.</p>	<p><b>6.3 الموافقة المسبقة لا تضمن</b> أن جلوبيمد تصرح بالخدمات أو التوريدات لا يضمن تغطية جميع الرسوم. تحتفظ جلوبيمد بالحق في مراجعة كل مطالبة إذا كانت هناك أسئلة بخصوص الضرورة الطبية. في ظل هذه الظروف، قد يتم رفض تغطية بعض خدمات وإمدادات الرعاية الطبية. سيتم إخطار الأشخاص المعتمدين كتابياً بأي تعديل لاحق للمزايا نتيجة مراجعة المطالبة.</p>
<p><b>6.4 Limitations on Selection of Providers</b> if a Covered Person is receiving Health Services in a harmful or abusive quantity or manner or with harmful frequency, as determined by the Insurance Company and wishes to obtain Network Benefits, he or she may be required to select a single Network Physician and a single Network Hospital (with which the single Network Physician is affiliated) to provide and coordinate all future Health Services.</p> <p>Failure to make the required selection of a Network Physician and a single Network Hospital within 30 days of written notice of the need to do so shall result in the designation of the required single Network Physician and</p>	<p><b>6.4 القيود المفروضة على اختيار مقدمي الخدمات</b> إذا كان الشخص المعني يتلقى خدمات طبية بكمية أو بطريقة ضارة أو مسيئة أو بتكرار ضار، على النحو الذي تحدده شركة التأمين ويرغب في الحصول على مزايا العلاج داخل الشبكة، فقد يُطلب منه اختيار طبيب واحد من داخل الشبكة ومستشفى واحد من داخل الشبكة (الذي ينتمي إليه الطبيب داخل الشبكة الوحيد) لتوفير وتنسيق جميع الخدمات الطبية المستقبلية.</p> <p>يؤدي عدم القيام بالاختيار المطلوب لطبيب ومستشفى داخل الشبكة في غضون 30 يوماً من الإشعار الكتابي بالحاجة إلى القيام بذلك إلى تعيين طبيب ومستشفى واحد داخل الشبكة المطلوب للشخص المعني.</p>

<p>Network Hospital for the Covered Person.</p> <p>In the case of a medical condition which, as determined by the Insurance Company, either requires or could benefit from special services, a Covered Person may be required to receive Covered Health Services through a single Network Provider designated by the Insurance Company.</p> <p>Following selection or designation of a single Network Provider, Coverage of Health Services as Network Benefits is contingent upon all Health Services being provided by or through written referral of the designated facility or Provider.</p>	<p>في حالة وجود حالة طبية ، وفقاً لما تحدده شركة التأمين ، إما تتطلب أو يمكن أن تستفيد من خدمات خاصة ، فقد يُطلب من المشترك تلقي الخدمات الطبية المغطاة من خلال مزود خدمات طبية ومستشفى واحد داخل الشبكة يتم تعيينه من قبل شركة التأمين.</p> <p>بعد اختيار أو تعيين طبيب ومستشفى واحد داخل الشبكة، فإن تغطية الخدمات الصحية كمزايا داخل الشبكة تتوقف على تقديم جميع الخدمات الطبية بواسطة أو من خلال الإحالة الكتابية للمنشأة المعينة أو المزود.</p>
<p><b>6.5 Referral Health Services Rendered by non-Network</b> In the event that specific Health Services cannot be provided by or through a Network Provider, Covered Persons may be eligible for Network Benefits when Medically Necessary Health Services are obtained through non-network Providers. Health Services obtained through non-Network Providers must be authorized in advance through referral documentation as designated by the Insurance Company. All Health Services are subject to the provisions of Section 7 and other limitations and exclusions of the Policy.</p>	<p><b>6.5</b> الخدمات الصحية المشار إليها المقدمة من غير الشبكات في حالة عدم إمكانية توفير خدمات صحية معينة من قبل أو من خلال مزود الشبكة، قد يكون الأشخاص المشمولين بالتغطية مؤهلين للحصول على مزايا الشبكة عندما يتم الحصول على الخدمات الصحية الضرورية طبيياً من خلال مقدمي خدمات خارج الشبكة. يجب أن يتم التصريح بالخدمات الصحية التي يتم الحصول عليها من خلال مقدمي الخدمات الغير تابعين للشبكة مسبقاً من خلال وثائق الإحالة على النحو الذي تحدده شركة التأمين. تخضع جميع الخدمات الصحية لأحكام القسم 7 والقيود والاستثناءات الأخرى من الوثيقة.</p>
<p><b>6.6 Emergency Health Services by network Providers.</b> The Company provides Coverage of Eligible Expenses for Medically Necessary Emergency Health Services, subject to the terms, conditions, exclusions, and limitations of the Policy.</p> <p>Eligible Expenses for Emergency Health Services are the Reasonable and Customary Charges for the Health Services described in Section 8 of this Policy provided during the course of the Emergency. Such Health Services must be Medically Necessary for stabilization and initiation of treatment. The Health Services must be provided by or under the direction of a Physician.</p> <p>Health Services rendered on an Emergency basis are not covered if, in the opinion of the Company, the situation is later determined to be not an Emergency.</p>	<p><b>6.6</b> خدمات الطوارئ الصحية من قبل مزودي الشبكة. توفر الشركة تغطية للمصروفات المؤهلة للخدمات الصحية الطارئة الضرورية طبيياً، وفقاً لشروط وأحكام واستثناءات وقيود الوثيقة.</p> <p>النفقات المؤهلة لخدمات الطوارئ الصحية هي الرسوم المعقولة والمعتادة للخدمات الصحية الموضحة في القسم 8 من هذه الوثيقة المقدمة أثناء فترة الطوارئ. يجب أن تكون هذه الخدمات الصحية ضرورية من الناحية الطبية لتحقيق الاستقرار وبدء العلاج. يجب تقديم الخدمات الصحية من قبل الطبيب أو تحت إشرافه.</p> <p>لا يتم تغطية الخدمات الصحية المقدمة على أساس الطوارئ إذا تم تحديد الوضع لاحقاً على أنه ليس حالة طارئة، في وجهة نظر الشركة.</p>
<p><b>6.7 Emergency Health Services by Non-Network providers.</b> Covered Persons obtaining Emergency Health Services must notify Globemed within 48 hours or as soon as reasonably possible. At the Company's request, they must make available full details of the Emergency Health Services received in order for such Health Services to be covered as Network Benefits.</p> <p>Coverage for continuation of care after the condition no longer is an Emergency requires coordination by a Network Physician and the prior authorization of Globemed. If a Covered Person is hospitalized, Globemed may elect to transfer him or her to a Network Hospital as</p>	<p><b>6.7</b> الخدمات الصحية الطارئة من قبل مقدمي الخدمات خارج الشبكة. يجب على الأشخاص المشمولين بالحصول على خدمات صحية طارئة إخطار جلوبيميد في غضون 48 ساعة أو في أقرب وقت ممكن بشكل معقول. بناءً على طلب الشركة، يجب على الأشخاص توفير التفاصيل الكاملة لخدمات الطوارئ الصحية المتلقاة من أجل تغطية هذه الخدمات الصحية كمزايا الشبكة.</p> <p>تتطلب التغطية لمواصلة الرعاية بعد أن لم تعد الحالة طارئة تنسيقاً من قبل طبيب الشبكة والحصول على إذن مسبق من جلوبيميد، وفي حالة دخول المشترك المغطى إلى المستشفى، فقد تختار جلوبيميد نقله إلى</p>



<p>soon as it is Medically Appropriate to do so.</p> <p>Services rendered by non-Network Providers are not Covered as Network Benefits if Covered Persons choose to remain in a non-Network facility after Globemed has notified them of the intent to transfer them to a Network facility. A continued stay in a non-Network facility may be covered as a Non-Network Benefit.</p>	<p>مستشفى الشبكة بمجرد أن يتم ذلك. شريطة ان يكون لائق طبييا للقيام بذلك.</p> <p>لا يتم تغطية الخدمات المقدمة من قبل مقدمي الخدمات غير التابعين للشبكة كمزايا شبكة إذا اختار الأشخاص المشمولين بالتغطية البقاء في منشأة غير مرتبطة بالشبكة بعد أن أخبرتهم شركة جلوميد بنيتهم لنقلها إلى منشأة تابعة للشبكة. قد يتم تغطية الإقامة المستمرة في منشأة غير مرتبطة بالشبكة على أنها ميزة غير متعلقة بالشبكة.</p>
<p><b>6.8 Second Opinion Policy.</b> Coverage of certain Health Services as Network Benefits may require that Covered Persons consult a second Network Physician prior to the scheduling of the Health Service. the Company will notify them that a particular Health Service is subject to a second opinion Policy and will inform them of the required procedure for obtaining a second opinion.</p>	<p><b>6.8 الرأي الطبي الثاني.</b> قد تتطلب تغطية بعض الخدمات الصحية كمزايا داخل الشبكة أن يقوم الأشخاص المشمولين بالتغطية باستشارة طبيب داخل الشبكة ثان قبل جدولة الخدمة الصحية. ستقوم الشركة بإخطارهم بأن خدمة صحية معينة تخضع لإجراءات الرأي الطبي الاخر وستبلغهم بالإجراء المطلوب للحصول على رأي ثان.</p>
<p><b>6.9 Services needing Prior Approval.</b> For services and procedure which require Globemed's is as listed below;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dental and Optical.</li> <li>○ MRI, CT scan and Endoscopies.</li> <li>○ Medications for more than one-month supply for chronic diseases.</li> <li>○ All cases related to hepatitis.</li> <li>○ Physiotherapy.</li> </ul>	<p><b>6.9 الخدمات التي تحتاج إلى موافقة مسبقة.</b></p> <p>للخدمات والإجراءات التي تتطلب جلوميد كما هو موضح أدناه ؛</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ طب الأسنان والبصريات.</li> <li>○ التصوير بالرنين المغناطيسي والأشعة المقطعية والمناظير.</li> <li>○ أدوية تكفي لأكثر من شهر للأمراض المزمنة.</li> <li>○ جميع حالات التهاب الكبد.</li> <li>○ العلاج الطبيعي</li> </ul>

<p><b>SECTION 7</b></p>	<p><b>القسم 7</b></p>
<p><b>PROCEDURES FOR OBTAINING NON-NETWORK BENEFITS</b></p>	<p><b>إجراءات الحصول على مزايا خارج الشبكة الطبية</b></p>
<p><b>7.1 Non-Network Benefits.</b> Non-Network Benefits apply when a Covered Person decides to obtain Health Services from non-Network Providers. Non-Network Providers may request payment of all charges when services are rendered. A claim must be filed with the Insurance Company for reimbursement of Eligible Expenses. If a Co-payment applies to Non-Network Benefits, the amount of the Co-payment will be deducted from the amount reimbursed to the Policyholder subject to apply R&amp;C prices inside the approved network.</p>	<p><b>7.1 المنافع خارج الشبكة.</b> تنطبق المزايا خارج الشبكة عندما يقرر المشترك الحصول على الخدمات الصحية من مقدمي خدمات غير تابعين للشبكة. قد يطلب مقدمو الخدمات غير المنتمين إلى الشبكة دفع جميع الرسوم عند تقديم الخدمات. يجب تقديم مطالبة إلى شركة التأمين لتسديد النفقات المؤهلة. إذا تم تطبيق الدفع المشترك على المزايا خارج الشبكة ، فسيتم خصم مبلغ الدفع المشترك من المبلغ الذي يتم سداه إلى حامل البوليصة مع مراعاة الأسعار الراجعة والمعقولة داخل شبكة المرافق المعتمدة.</p>
<p><b>7.2 Prior Approval.</b> To obtain maximum Non-Network Benefits prior approval must be obtained for certain Health Services received from non-Network Providers. Health Services, which require prior approval, are marked in Section 6.9. Covered Persons are responsible for assuring that required prior approval is received before services are rendered and a Pre-Hospitalization Form is completed by the attending Physician and approved by Globmed prior to hospitalization.</p>	<p><b>7.2 الموافقة المسبقة.</b> للحصول على الحد الأقصى من المزايا غير المرتبطة بالشبكة ، يجب الحصول على موافقة مسبقة لبعض الخدمات الصحية التي يتم تلقيها من مزودي خدمات خارج الشبكة. الخدمات الصحية ، التي تتطلب موافقة مسبقة ، محددة في القسم 6.9. الأشخاص المشمولين بالتغطية مسؤولون عن ضمان استلام الموافقة المسبقة المطلوبة قبل تقديم الخدمات واستكمال نموذج ما قبل الاستشفاء من قبل الطبيب المعالج والموافقة عليه من قبل جلوميد قبل دخول المستشفى.</p>

<p>Failure to comply with the prior approval requirement for Non-Network Benefits may result in no Coverage of such Health Services.</p>	<p>قد يؤدي عدم الامتثال لمتطلبات الموافقة المسبقة للمزايا غير المرتبطة بالشبكة إلى عدم تغطية هذه الخدمات الصحية.</p>
<p><b>7.3 Denial of Health Services without Prior Approval.</b> To confirm that Non-Network Benefits are covered, prior approval must be obtained from Globemed for the following Health Services received from non-Network Providers. For services and procedure which require Globemed's prior approval please refer to the Member Handbook.</p>	<p><b>7.3 الحرمان من الخدمات الصحية دون موافقة مسبقة.</b> للتأكد من تغطية المزايا غير المرتبطة بالشبكة، يجب الحصول على موافقة مسبقة من شركة جلوبيميد للخدمات الصحية التالية التي يتم تلقيها من مقدمي الخدمات غير التابعين للشبكة. للخدمات والإجراءات التي تتطلب موافقة جلوبيميد المسبقة، يرجى الرجوع إلى دليل الأعضاء.</p>
<p><b>7.4 Prior Approval Does Not Guarantee Benefits</b> the fact that Globemed authorizes services or supplies does not guarantee that all charges will be covered. Globemed reserves the rights to review each claim if there are questions regarding Medical Necessity. Under these circumstances, Coverage of some health care services and supplies may be denied. Covered Persons will be notified in writing of any subsequent adjustment of Benefits as a result of the claim review. Pre-authorizations are valid for 7 calendar days.</p>	<p><b>7.4 الموافقة المسبقة لا تضمن الانتفاع.</b> حقيقة أن جلوبيميد تصرح بالخدمات أو التوريدات لا تضمن تغطية جميع الرسوم. تحتفظ جلوبيميد بالحق في مراجعة كل مطالبة إذا كانت هناك أسئلة بخصوص الضرورة الطبية. في ظل هذه الظروف، قد يتم رفض تغطية بعض خدمات وإمدادات الرعاية الصحية. سيتم إخطار الأشخاص المعتمدين كتابياً بأي تعديل لاحق للمزايا نتيجة مراجعة المطالبة. التفويضات المسبقة صالحة لمدة 7 أيام تقويمية.</p>
<p><b>7.5 Limitations on Selection of Providers</b> if a Covered Person is receiving Health Services from Providers in a harmful or abusive quantity or manner or with harmful frequency, as determined by the Company, he or she may be required to select a single Network Physician and a single Network Hospital (with which the single Network Physician is affiliated) to provide and coordinate all future Health Services. All additional provisions indicated in Section 6.3 shall be applicable.</p>	<p><b>7.5 القيود المفروضة على اختيار مقدمي الخدمة</b> إذا كان المشترك يتلقى خدمات صحية من مقدمي الخدمة بكمية أو بطريقة ضارة أو مسيئة أو بتكرار ضار، على النحو الذي تحدده الشركة، فقد يُطلب منه اختيار طبيب شبكة واحد و مستشفى واحد داخل الشبكة (الذي ينتسب إليه طبيب الشبكة الوحيد) لتوفير وتنسيق جميع الخدمات الصحية المستقبلية. يجب تطبيق جميع الأحكام الإضافية المشار إليها في القسم 6.3.</p>
<p><b>SECTION 8</b></p>	<p><b>القسم 8</b></p>
<p><b>COVERED HEALTH SERVICES</b></p>	<p><b>الخدمات الصحية المغطاة</b></p>
<p>Health Services described in this section are Covered when such services are: A. Medically Necessary (refer to definition in Section 1); B. Provided by or under the direction of a Physician or other appropriate Provider as specifically described; and C. Not excluded as described in Section 12, "General Exclusions."</p>	<p>يتم تغطية الخدمات الصحية الموضحة في هذا القسم عندما تكون هذه الخدمات: أ. ضرورية طبياً (راجع التعريف في القسم 1) ؛ ب. يتم توفيرها من قبل أو بتوجيه من طبيب أو مزود آخر مناسب كما هو موصوف على وجه التحديد ت. غير مستبعدة كما هو موضح في القسم 12، "استثناءات عامة".</p>
<p><b>Network Benefits</b> are subject to the payment of any Deductible, Co-payment and/or Co-insurance listed in Section 12. Network Benefits include Medically Necessary Emergency Health Services as described in Section 9.</p>	<p><b>تخضع مزايا الشبكة</b> لدفع أي مبلغ قابل للخصم و / أو دفع مشترك و / أو تأمين مشترك مذكور في القسم 12. تشمل مزايا الشبكة الخدمات الصحية الطارئة الضرورية طبياً كما هو موضح في القسم 9.</p>
<p><b>Non-Network Benefits</b> are subject to satisfaction of the payment of Co-payment or Co-insurance listed under the Non-Network Co-insurance column in Section 12. Covered Health Services must be pre-authorized by Globemed when obtained from non-Network Providers. The Co-</p>	<p><b>تخضع المزايا غير المرتبطة بالشبكة</b> للوفاء بالدفع المشترك أو التأمين المشترك المُدرج ضمن جدول التأمين المشترك خارج الشبكة في القسم 12. يجب أن تكون الخدمات الصحية المغطاة مُرخصة مسبقاً من قبل شركة جلوبيميد عند الحصول عليها من مقدمي خدمات غير تابعين</p>

<p>insurance payment required by the Covered Person for Covered Health Services is stated in Section 13, <b>Table of Benefits</b>.</p>	<p>للشبكة . تم تحديد مدفوعات التأمين المشترك التي يطلبها المشترك للخدمات الصحية المغطاة في القسم 13 ، جدول المزايا.</p>
<p><b>8.1 Medical Services in a Physician's Office (Clinics).</b> These are Health Services provided by or through a Physician in the Physician's office. A physician's office may be located in a clinic or Hospital. Covered Health Services exclude preventive medical care such as routine physical examinations, vision and hearing screenings, voluntary family planning, and immunizations.</p>	<p><b>8.1 الخدمات الطبية في عيادة الطبيب (العيادات).</b> هذه هي الخدمات الصحية المقدمة من قبل أو من خلال طبيب قد يقع مكتب الطبيب في عيادة أو مستشفى مغطاة تستثني الخدمات الرعاية الطبية الوقائية مثل الفحوصات الجسدية الروتينية وفحوصات الرؤية والسمع وتنظيم الأسرة الطوعي والتحصينات.</p>
<p><b>8.2 Emergency Outpatient Health Services.</b> Health Services for stabilization or initiation of treatment of Emergency conditions provided on an outpatient basis at a Hospital.</p>	<p><b>8.2 خدمات الطوارئ الصحية للعيادات الخارجية.</b> الخدمات الصحية لتحقيق الاستقرار أو المحاولة في علاج حالات الطوارئ المقدمة في العيادات الخارجية في المستشفى.</p>
<p><b>8.3 Outpatient Prescription Drugs.</b> Coverage is only provided for prescription drugs prescribed by a licensed Physician. Imported drugs are covered only if the Ministry of Health approves the drug; No Coverage is provided for those pharmaceuticals specifically excluded in Section 12.</p>	<p><b>8.3 أدوية العيادات الخارجية.</b> يتم توفير التغطية فقط للأدوية الموصوفة من قبل طبيب مرخص. يتم تغطية الأدوية المستوردة فقط في حالة موافقة وزارة الصحة على الدواء ؛ لا توجد تغطية لتلك المستحضرات الصيدلانية المستبعدة تحديداً في القسم 12.</p>
<p><b>8.4 Outpatient Physical Therapy</b> Short term physical therapy services. Coverage is provided only for physical therapy prescribed as a result of a Covered Injury or post-surgery or prescribed by the physician as a part of the treatment of specific disease or sickness and expected to result in significant physical improvement in the Covered Person's condition within 2 months of start of treatment. Coverage is limited as stated in Section 13, Table of Benefits. Physical therapy must be provided under the direction of a Physician and approved in advance by the Company.</p>	<p><b>8.4 العيادات الخارجية للعلاج الطبيعي.</b> خدمات العلاج الطبيعي قصير المدى. يتم توفير التغطية فقط للعلاج الطبيعي الموصوف كنتيجة لإصابة مغطاة أو بعد الجراحة أو موصوف من قبل الطبيب كجزء من علاج مرض أو مرض معين ومن المتوقع أن يؤدي إلى تحسن جسدي كبير في حالة المشترك خلال 2 أشهر من بدء العلاج. التغطية محدودة كما هو مذكور في القسم 13 ، جدول المزايا. يجب توفير العلاج الطبيعي تحت إشراف الطبيب والموافقة المسبقة من قبل الشركة.</p>
<p><b>8.5 Diagnostic and Therapeutic Services.</b> Health Services for outpatient surgery, laboratory, radiology and other diagnostic tests and therapeutic treatments (such as chemotherapy) provided by or through a Physician. Health Services must be provided at a Hospital.</p>	<p><b>8.5 خدمات التشخيص والعلاج.</b> الخدمات الصحية لجراحة العيادات الخارجية والمختبر والأشعة وغيرها من الاختبارات التشخيصية والعلاجية (مثل العلاج الكيميائي) التي يقدمها الطبيب أو من خلاله. يجب تقديم الخدمات الصحية في المستشفى.</p>
<p><b>8.6 Eye Examinations.</b> Eye examinations provided by a Provider in the Provider's office. Refraction examinations to detect vision impairment are limited to one every calendar year.</p>	<p><b>8.6 فحوصات العين.</b> فحوصات العين التي يقدمها مقدم الخدمة في مكتب المزود. تقتصر فحوصات الانكسار للكشف عن ضعف البصر على فحص واحد كل سنة تقويمية.</p>
<p><b>8.7 Day Treatment.</b> Services and supplies provided in a Hospital setting, when there is no overnight Confinement. This Benefit only applies to services, which cannot be provided in an outpatient facility, such as a Physician's office.</p>	<p><b>8.7 علاج اليوم الواحد.</b> الخدمات والإمدادات المقدمة في المستشفى ، عندما لا يكون هناك حبس مبيت. تنطبق هذه الميزة فقط على الخدمات التي لا يمكن تقديمها في منشأة العيادات الخارجية ، مثل عيادة الطبيب.</p>

<p>8.8 <b>Inpatient Hospital and Related Health Services</b> Confinement, including room and board, and services and supplies provided during Confinement in a Hospital. Health Services must be provided by or through a Physician and all Non-Emergency Hospitalizations must be authorized in advance by Globemed through completion of a Pre-Hospitalization Form at least 72 hours prior to the hospitalization. Certain Health Services rendered during a Covered Person's Confinement are subject to separate Benefit restrictions and/or Deductibles, Co-payment and/or Co-insurance as described elsewhere in this Policy.</p>	<p><b>8.8 العلاج داخل المستشفى والخدمات الصحية ذات الصلة ، بما في ذلك الغرفة والطعام ، والخدمات والإمدادات المقدمة أثناء المبيت في المستشفى. يجب تقديم الخدمات الصحية من قبل طبيب أو من خلاله ويجب أن يتم التصريح المسبق بجميع العلاجات غير الطارئة من قبل شركة Globemed من خلال استكمال نموذج ما قبل العلاج بالمستشفى قبل 72 ساعة على الأقل من دخول المستشفى.</b></p> <p>تخضع الخدمات المقدمة أثناء مبيت المشترك لقيود مزايا و / أو خصومات منفصلة و / أو مدفوعات مشتركة و / أو تأمين مشترك كما هو موضح في مكان آخر في هذه الوثيقة.</p>
<p>8.9 <b>Professional Fees for Surgical and Medical Services.</b> Professional fees for surgical services and other medical care provided by or through a Physician. Health Services must be provided in a Hospital setting.</p>	<p><b>8.9 الرسوم المهنية للخدمات الجراحية والطبية.</b> الرسوم المهنية للخدمات الجراحية وغيرها من الرعاية الطبية التي يقدمها الطبيب أو من خلاله. يجب تقديم الخدمات الصحية في المستشفى.</p>
<p>8.10 <b>Hospitalization Class.</b> The class of hospitalization for which Covered Persons are eligible is defined in Section 13, Table of Benefits.</p> <p>The selection by the Policyholder of Coverage for a specific Hospitalization Class does not guarantee the availability of that accommodation class for an admission into the Hospital. If a Covered Person is admitted into a more expensive Hospitalization Class than has been contracted for by the Policyholder, the Covered Person will be responsible for all charges in excess of those that would have been incurred under the Hospitalization Class indicated in Section13, Table of Benefits.</p>	<p><b>8.10 فئة الاستشفاء.</b> يتم تحديد فئة الاستشفاء التي يكون الأشخاص المشمولون بها مؤهلين في القسم 13 ، جدول المزايا.</p> <p>لا يضمن اختيار حامل الوثيقة للتغطية لفئة استشفاء معينة توافر فئة الإقامة هذه للقبول في المستشفى. إذا تم قبول المشترك في فئة مكوث بالمستشفى أعلى مما تم التعاقد معه من قبل حامل الوثيقة ، فسيكون المشترك مسؤولاً عن جميع الرسوم التي تزيد عن تلك التي كان من الممكن تكبدها بموجب فئة الاستشفاء المشار إليها في القسم 13 ، جدول المزايا .</p>
<p>8.11 <b>Ambulance Services .</b> Emergency ambulance transportation by a licensed ambulance service to the nearest Hospital where Emergency Health Services can be rendered. Coverage is only provided in the event of an Emergency.</p>	<p><b>8.11 خدمات الإسعاف.</b> نقل سيارة إسعاف الطوارئ بواسطة خدمة إسعاف مرخصة إلى أقرب مستشفى حيث يمكن تقديم خدمات الطوارئ الصحية. يتم توفير التغطية فقط في حالة الطوارئ.</p>
<p>8.12 <b>Transplantation Health Services.</b> Health Services for transplants when ordered by a Network Physician, provided at or arranged by a Designated Facility for transplants and authorized in advance by the Company. Transplantation Health Services must be Medically Necessary, as determined in advance by the Company, are rendered in accordance with the Company's policies for transplantation Health Services. Coverage is provided for kidney, kidney/pancreas, liver, heart, lung, and heart/lung transplants.</p> <p><b>Note: - organ-donor related charges &amp; organ acquisition charges are not covered.</b> Coverage is also provided for bone marrow transplants and peripheral Stem Cell transplants, with or without high dose Chemotherapy,</p>	<p><b>8.12 الخدمات الصحية للزراعة.</b> الخدمات الصحية لعمليات الزراعة عند طلبها من قبل طبيب الشبكة ، يتم توفيرها في أو ترتيبها من قبل منشأة مخصصة لعمليات الزراعة ومصرح بها مسبقاً من قبل الشركة. يجب أن تكون خدمات الزراعة الصحية ضرورية من الناحية الطبية ، كما هو محدد مسبقاً من قبل الشركة ، ويتم تقديمها وفقاً لسياسات الشركة الخاصة بالخدمات الصحية للزراعة. يتم توفير التغطية لعمليات زراعة الكلى و البنكرياس والكبد والقلب والرئة والقلب.</p> <p>ملاحظة: - الرسوم المتعلقة بالتبرع بالأعضاء ورسوم الحصول على الأعضاء غير مغطاة. يتم توفير التغطية أيضاً لعمليات زراعة النخاع العظمي وعمليات زراعة الخلايا الجذعية الطرفية ، مع أو بدون جرعة عالية من العلاج الكيميائي ، والتي يتم تقديمها وفقاً لسياسات الشركة</p>

rendered in accordance with the Company's policies for transplantation Health Services. The Covered Person must contact Globemed for information about the Company's policies on transplantation Health Services.	الخاصة بالخدمات الصحية للزراعة. يجب على المشترك الاتصال بشركة Globemed للحصول على معلومات حول سياسات الشركة الخاصة بالخدمات الصحية للزراعة.
8.13 <b>Maternity Services.</b> Maternity-related medical, Hospital and other Covered Health Services are treated as any other Inpatient or outpatient Benefit. Maternity Benefits - Outpatient includes prenatal and postnatal care provided by a Physician in an outpatient setting. Maternity Benefits - Inpatient covers Health Services provided during childbirth or complications of pregnancy. The total amount reimbursable for Inpatient and Outpatient maternity care is indicated in the Table of Benefits, Section 13.	8.13 <b>خدمات الأمومة.</b> يتم التعامل مع الخدمات الطبية المتعلقة بالأمومة والخدمات في المستشفيات وغيرها من الخدمات الصحية المغطاة مثل أي منفعة أخرى للمرضى في العيادات الداخلية أو الخارجية. مزايا الأمومة - تشمل العيادات الخارجية رعاية ما قبل الولادة وبعدها التي يقدمها طبيب في العيادات الخارجية. استحقاقات الأمومة - يغطي المرضى الداخليون الخدمات الصحية المقدمة أثناء الولادة أو مضاعفات الحمل. يُشار إلى إجمالي المبلغ المسترد مقابل رعاية الأمومة للمرضى في العيادات الداخلية أو الخارجية في جدول المزايا ، القسم 13.
8.14 <b>Repatriation.</b> In case an Insured member has passed away Mortal Remains will be repatriated to country of origin. The Company shall be liable up to the maximum sub limit specified in the Table of Benefits.	8.14 <b>العودة إلى الوطن.</b> في حالة وفاة العضو المشترك ، سيتم إعادة جثث الموتى إلى بلدانهم. ستكون الشركة مسؤولة حتى الحد الأقصى الفرعي المحدد في جدول الفوائد.

SECTION 9	القسم 9
REIMBURSEMENT	المطالبات النقدية
9.1 <b>Reimbursement of Eligible Expenses from Network providers.</b> Network Providers are responsible for submitting a request for payment of Eligible Expenses directly to Golbemed. In the event a Network Provider charges any fees other than Co-payments or Co-insurance, the Covered Person should contact Golbemed.  The Insurance Company is not responsible for payment of any rendered services, which are not covered under the provisions of this contract. The Policyholder will be responsible for reimbursement to the Insurance Company, of any charges incurred by the Covered Person, which are not covered under the provisions of this contract, and have been paid by the Company to the Provider on behalf of the Covered Person.	9.1 <b>سداد المصاريف المغطاة من مقدمي الخدمات.</b> يتحمل موفرو الشبكة مسؤولية إرسال طلب لدفع النفقات المؤهلة مباشرة إلى جلوبيميد. في حالة قيام موفر الشبكة بفرص أي رسوم بخلاف المدفوعات المشتركة أو التأمين المشترك ، يجب على المشترك الاتصال بـ جلوبيميد.  شركة التأمين ليست مسؤولة عن دفع أي خدمات مقدمة ، والتي لم يتم تغطيتها بموجب أحكام هذا العقد. سيكون حامل الوثيقة مسؤولاً عن تعويض شركة التأمين عن أي رسوم يتكبدها المشترك ، والتي لم يتم تغطيتها بموجب أحكام هذا العقد ، والتي دفعتها الشركة إلى المزود نيابة عن المشترك .
9.2 <b>Reimbursement of Eligible Expenses from non-network Providers.</b> The Insurance Company shall reimburse Covered Persons for Eligible Expenses incurred with non-network Providers on the same basis as a Network Provider, only for EMERGENCY HEALTH SERVICES OR SERVICES AUTHORIZED OR APPROVED BY GlobeMed in accordance with the terms of the Policy. The Insurance Company shall reimburse Covered Persons for all other Eligible Expenses from Non-Network Providers, subject to the terms, conditions, exclusions and limitations of the Policy, including Reasonable and customary limitations.	9.2 <b>سداد المصاريف المغطاة من مقدمي الخدمات غير الموجودين في الشبكة.</b> يجب على شركة التأمين تعويض الأشخاص المشمولين بالتغطية عن النفقات المؤهلة التي تم تكبدها مع مقدمي الخدمات غير التابعين للشبكة على نفس الأساس الذي يتبعه مزود الشبكة ، فقط عن الخدمات أو الخدمات الصحية الطارئة المصرح بها أو المعتمدة من قبل جلوبيميد وفقاً لشروط الوثيقة. يتعين على شركة التأمين تعويض الأشخاص المشمولين بالتغطية عن جميع النفقات المؤهلة الأخرى من مقدمي الخدمات غير التابعين للشبكة ، وفقاً لشروط وأحكام واستثناءات وقيود الوثيقة ، بما في ذلك الحدود المعقولة والرائجة.
9.3 In order to obtain Coverage for outpatient Health Services from a Non-Network Provider, the Covered Person must submit all original required	9.3 من أجل الحصول على تغطية الخدمات الصحية للمرضى في العيادات الخارجية من مزود غير تابع للشبكة ، يجب على المشترك تقديم جميع المستندات الأصلية المطلوبة (كما هو محدد في نموذج

<p>documents(as delineated in the Reimbursement Form)within 30 days of date of service if service rendered within Kuwait and 60 days if service was rendered outside of Kuwait. The Insurance Company shall reimburse 80% of the Kuwait network charges after applying the applicable deductible or co-payment.</p> <p>The Insurance Company is not responsible for payment for any services provided that are not covered under the provisions of this contract.</p>	<p>السداد) في غضون 30 يومًا من تاريخ الانتفاع بالخدمة إذا تم تقديم الخدمة داخل الكويت و 60 يومًا إذا تم تقديم الخدمة خارج الكويت. تسدد شركة التأمين 80٪ من رسوم شبكة الكويت بعد تطبيق الخصم أو الدفع المشترك.</p> <p>شركة التأمين ليست مسؤولة عن الدفع مقابل أي خدمات مقدمة غير مغطاة بأحكام هذا العقد.</p>
<p><b>9.4 Filing Claims for Reimbursement of Eligible Expenses from non-network Providers. The Policyholder is responsible for sending a request for reimbursement to the insurance Company's office. Any outpatient claim must be submitted in original along with all related test results, itemized cost &amp; medical report that has been completed by the attending Physician of the Covered Person. Requests for reimbursement should be submitted within 30 days after the date of service. Unless the Policyholder is legally incapacitated, failure to provide this information to the Insurance Company within this timeframe shall terminate Coverage for that service. Reimbursement for Covered Services will be made directly to the Policyholder.</b></p>	<p>9.4 تقديم مطالبات لسداد المصاريف المؤهلة من مقدمي الخدمات خارج الشبكة. حامل الوثيقة مسؤول عن إرسال طلب السداد إلى مكتب شركة التأمين. يجب تقديم أي مطالبة للمرضى في العيادات الخارجية مع جميع نتائج الاختبارات ذات الصلة ، والتكلفة التفصيلية والتقرير الطبي الذي تم إكماله من قبل الطبيب المعالج للشخص المعني. يجب تقديم طلبات السداد في غضون 30 يومًا من تاريخ الانتفاع بالخدمة. ما لم يكن حامل البوليصة عاجزًا قانونيًا ، فإن عدم تقديم هذه المعلومات إلى شركة التأمين خلال هذا الإطار الزمني سيؤدي إلى إنهاء التغطية لتلك الخدمة. سيتم سداد تكاليف الخدمات المغطاة مباشرة إلى حامل الوثيقة.</p>
<p><b>9.5 Limitation of Action for Reimbursement Prior to bringing any legal proceedings or actions against the Company to for reimbursement, Policyholders or Covered Members shall seek to reach an amicable settlement within a period not exceeding 90 days from the date reimbursement is denied, upon the lapse of which, if a settlement was not reached, legal proceedings or actions may be brought against the Company.</b></p>	<p>9.5 تحديد إجراءات السداد قبل رفع أي إجراءات قانونية أو دعاوى ضد الشركة من أجل السداد ، يجب على حاملي وثائق التأمين أو الأعضاء المشمولين بالتغطية السعي للوصول إلى تسوية ودية في غضون فترة لا تتجاوز 90 يومًا من تاريخ رفض السداد ، عند انتهاء المدة المحددة ، إذا لم يتم التوصل إلى تسوية ، يمكن رفع دعاوى أو إجراءات قانونية ضد الشركة.</p>

<p><b>SECTION 10</b></p>	<p>القسم 10</p>
<p><b>Medical Assistances Services</b></p>	<p>خدمات المساعدة الطبية</p>
<p><b>10.1 Evacuation and repatriation</b></p> <p>i. Assist America Asia Limited (AAAL)will arrange and pay for such necessary expense of air and/or surface transportation, medical care during transportation, communications and all usual and customary ancillary services incurred in moving and transporting a Covered Person to the nearest hospital where appropriate medical care is available, which may be a location other than the Coved Person Country or Usual Country of Residence.</p> <p>ii. Assist America Asia Limited (AAAL)will arrange and will pay for such necessary expenses to transport the Covered Person to his/her Home Country or Usual Country of Residence following a medical evacuation for subsequent in-patient hospitalization or rehabilitative treatment.</p> <p>iii. Assist America Asia Limited (AAAL)reserves</p>	<p><b>10.1 الإخلاء والعودة إلى الوطن</b></p> <p>i. سوف تقوم Assist America Asia Limited (AAAL) بترتيب ودفع هذه النفقات الضرورية للنقل الجوي و / أو البري ، والرعاية الطبية أثناء النقل والاتصالات وجميع الخدمات الإضافية المعتادة والعرفية المتكبدة في نقل المشترك إلى أقرب مستشفى عند الاحتياج تتوفر الرعاية الطبية ، والتي قد تكون في مكان آخر غير بلد المشترك أو بلد الإقامة المعتاد.</p> <p>ii. سوف تقوم Assist America Asia Limited (AAAL) بترتيب ودفع هذه النفقات الضرورية لنقل المشترك إلى موطنه الأصلي أو بلد إقامته المعتاد بعد الإجراء الطبي لدخول المستشفى أو العلاج التأهيلي اللاحق.</p> <p>iii. تحتفظ Assist America Asia Limited (AAAL)</p>

<p>the right, at its sole discretion, to determine whether the Covered Person's Medical condition is sufficiently serious to warrant medical evacuation, the location to which the Covered Person will be evacuated and the means or method by which such evacuation or repatriation will be carried out. In making such arrangements, Assist America Asia Limited (AAAL) may Consider all relevant circumstances including, but not limited to the Covered Person's medical condition, the degree of urgency, the covered person's fitness to travel, airport availability, weather conditions and travel distance in determining whether transportation will be provided by private medically equipped aircraft, helicopter, regular scheduled flight, rail or land vehicle. Transportation shall be carried out under constant medical supervision, unless otherwise approved by an Assist America Asia Limited (AAAL) physician.</p>	<p>بالحق ، وفقاً لتقديرها الخاص ، في تحديد ما إذا كان تعتبر الحالة الطبية للشخص المعني خطيرة بما يكفي لتبرير الإخلاء الطبي والموقع الذي سيتم إجلاء المشترك والوسائل أو الطريقة التي سيتم بها تنفيذ هذا الإجلاء أو الإعادة إلى الوطن. عند إجراء مثل هذه الترتيبات ، يجوز لشركة Assist America Asia Limited (AAAL) مراعاة جميع الظروف ذات الصلة بما في ذلك ، على سبيل المثال لا الحصر ، الحالة الطبية للشخص المعني ودرجة الإلحاح وملاءمة المشترك المغطى للسفر وتوافر المطار والظروف الجوية ومسافة السفر في تحديد ما إذا كان سيتم توفير النقل بواسطة طائرة خاصة مجهزة طبيياً أو طائرة هليكوبتر أو رحلة منتظمة أو قطار أو مركبة برية. يجب أن يتم النقل تحت إشراف طبي مستمر ، ما لم يوافق Assist America Asia Limited طبيب (AAAL).</p>
<p><b>10.2 Companion ticket</b> Following a Covered Person's medical evacuation and with Assist America Asia Limited (AAAL) prior written approval, Assist America Asia Limited (AAAL) will arrange and will pay for the cost of one economy class round trip airfare for a relative or friend to join a Covered Person who has or will be hospitalized outside his/her Home Country or Usual Country of Residence for more than seven (7) days. Assist America Asia Limited (AAAL) shall not be responsible for the companion's accommodation costs</p>	<p><b>10.2 تذكرة المرافق</b> بعد الإجلاء الطبي المشمول وبموافقة خطية مسبقة من Assist America Asia Limited (AAAL) ، ستقوم Assist America Asia Limited (AAAL) بترتيب ودفع تكلفة تذكرة طيران ذهاباً وإياباً على الدرجة الاقتصادية لأحد الأقارب أو الأصدقاء للانضمام إلى المشترك المشمول الذي تم نقله أو سيتم إدخاله إلى المستشفى خارج موطنه الأصلي أو بلد إقامته المعتاد لأكثر من سبعة (7) أيام. لن تكون Assist America Asia Limited (AAAL) مسؤولة عن تكاليف إقامة الرفيق</p>
<p><b>10.3 Repatriation of mortal remains</b> In the event of the Covered person's death and with Assist America Asia Limited (AAAL) prior written approval, Assist America Asia Limited (AAAL) will arrange and will pay for all reasonable and necessary Expenses, for transporting the covered person's mortal remain from the place of death to the Covered person's home country or usual country of residence or if requested by a family member or legal representative and with Assist America Asia Limited (AAAL) prior written approval, Assist America Asia Limited (AAAL) will arrange and will pay for the reasonable and necessary expenses for a local burial at the place of death, but such expenses are not to exceed the cost to repatriate the covered person's mortal remains from the place of death to the Covered person's Home country.</p>	<p><b>10.3 إعادة رفات الموتى</b> في حالة وفاة المشترك المشمول بالتغطية وبموافقة خطية مسبقة من Assist America Asia Limited (AAAL) ، سوف تقوم Assist America Asia Limited (AAAL) بترتيب ودفع جميع التكاليف المعقولة والضرورية لنقل الموتى من مكان الوفاة إلى موطن المشترك أو بلد الإقامة المعتاد أو إذا طلب ذلك أحد أفراد الأسرة أو قانوني وبموافقة Assist America Asia Limited (AAAL) الخطية المسبقة ، ستقوم Assist America Asia Limited (AAAL) بترتيب ودفع النفقات المعقولة والضرورية للدفن المحلي في مكان الوفاة ، ولكن يجب ألا تتجاوز هذه النفقات تكلفة إعادة جثمان المشترك المشمول بالتغطية إلى الوطن من مكان الوفاة إلى موطنه الأصلي.</p>
<p><b>10.4 Compassionate visit</b> Upon request from the Covered Person ,Assist America Asia Limited (AAAL) will arrange and will pay for one economy class return airfare for a relative or a friend of the Covered Person to join the Covered Person who, when travelling alone, is hospitalized outside the Home Country or Usual Country of Residence for a period in excess of seven (7) consecutive days, subject to Assist America Asia Limited (AAAL) prior approval and only when judged</p>	<p><b>10.4 الزيارة الرحيمة</b> بناءً على طلب المشترك ، ستقوم Assist America Asia Limited (AAAL) بترتيب ودفع ثمن تذكرة ذهاب وعودة من الدرجة الاقتصادية لرفيق أو صديق للشخص المعني للانضمام إلى المشترك الذي ، عند السفر بمفرده ، يتم إدخاله إلى المستشفى خارج البلد الأصلي أو بلد الإقامة المعتاد لفترة تزيد عن سبعة (7) أيام متتالية ، تخضع لموافقة مسبقة من Assist America Asia Limited</p>

<p>necessary by Assist America Asia Limited (AAAL) on medical and compassionate grounds.</p>	<p>Assist America (AAAL) و فقط عندما تعتبر ضرورية من قبل Asia Limited (AAAL) لأسباب طبية ورحيمة.</p>
<p><b>10.5 Transportation of minor children</b> If a Covered Person has minor children who are left unattended as a result of a Covered Person's injury, illness or medical evacuation, Assist America Asia Limited (AAAL) will arrange and will pay for the cost of economy class one way airfares for the transportation of such minor children to the Covered Person's Home Country or Usual Country of Residence. Assist America Asia Limited (AAAL) will arrange and Assist America Asia Limited (AAAL) Underwriters will pay for an escort, whenever necessary.</p>	<p><b>10.5 نقل الأطفال القصر</b> إذا كان لدى المشترك أطفال قاصرون تركوا دون رعاية نتيجة إصابة أو مرض أو إخلاء طبي للشخص المعني ، فسوف تقوم شركة Assist America Asia Limited (AAAL) بترتيب ودفع تكلفة تذكر السفر بالطائرة باتجاه واحد من الدرجة الاقتصادية لنقل هؤلاء الأطفال القصر إلى موطن المشترك أو بلد الإقامة المعتاد. سوف تقوم شركة Assist America Asia Limited (AAAL) بترتيب ومساعدة شركة Assist America Asia Limited (AAAL) على أن يدفع متعهدو التأمين مقابل مرافقة عند الضرورة.</p>
<p><b>10.6 Convalescence expenses</b> Upon request from the Covered Person, Assist America Asia Limited (AAAL) will arrange and will pay for the additional hotel accommodation expenses necessarily and unavoidably incurred by the Covered Person related to an incident requiring emergency medical evacuation, emergency medical repatriation or hospitalization. Assist America Asia Limited (AAAL) prior approval, subject to its determination on medical grounds, is required in respect of such payment.</p>	<p><b>10.6 نفقات النقاهة</b> بناءً على طلب المشترك ، ستقوم Assist America Asia Limited (AAAL) بترتيب ودفع تكاليف الإقامة الفندقية الإضافية التي يتكبدها المشترك الضرورية فيما يتعلق بحادث يتطلب الإخلاء الطبي الطارئ أو إعادة الطبية الطارئة إلى الوطن أو الاستشفاء. يلزم الحصول على موافقة مسبقة من Assist America Asia Limited (AAAL) ، رهناً بقرارها لأسباب طبية ، فيما يتعلق بهذا الدفع</p>
<p><b>10.7 Medical expense guarantee, cost review &amp; payment medical monitoring</b> Assist America Asia Limited (AAAL) will, when authorized by the Subscriber, guarantee and pay as an agent for the Subscriber all costs associated with a Covered person inpatient or outpatient medical care, and will monitor and provide the Authorized Person with medical evaluations of the Covered Person's condition and ongoing medical expenses when hospitalized.</p>	<p><b>10.7 ضمان المصاريف الطبية ومراجعة التكاليف والمراقبة الطبية للدفع</b> ستضمن Assist America Asia Limited (AAAL) ، عندما يصرح بها المشترك ، وتدفع بصفتها وكيلًا للمشارك جميع التكاليف المرتبطة بالرعاية الطبية للمرضى في العيادات الداخلية أو الخارجية المشمولين بالتغطية ، وستقوم بمراقبة وتزويد المشترك المصرح له بالخدمات الطبية لـ شروط المشارك المُغطى و المصاريف عند دخول المستشفى.</p>
<p><b>10.8 Dispatch of medication &amp; medical supplies</b> Assist America Asia Limited (AAAL) will, when and where practical and legally permissible, arrange for delivery of medicines, drugs and medical supplies that are medically necessary for a Covered Person's care and/or treatment but which are not available at or near the Covered Person's location Assist America Asia Limited (AAAL) will not pay for the costs of such medicine, drugs or medical supplies and any delivery costs thereof. The delivery of such medicines, drugs and medical supplies will be subject to the laws and regulations applicable locally.</p>	<p><b>10.8 إرسال الأدوية والمستلزمات الطبية</b> سوف تقوم Assist America Asia Limited (AAAL) ، متى وحيثما يكون ذلك عمليًا وسموحًا به قانونًا ، بالترتيب لتوصيل الأدوية والمستلزمات الطبية الضرورية من الناحية الطبية لرعاية و / أو علاج المشترك المشمول ولكنها غير متوفرة في المنطقة المغطاة أو بالقرب منها لن تقوم شركة Assist America Asia Limited (AAAL) الخاصة بموقع المشترك بدفع تكاليف هذه الأدوية أو الأدوية أو المستلزمات الطبية وأي تكاليف توصيل لها. يخضع تسليم هذه الأدوية والأدوية والمستلزمات الطبية للقوانين واللوائح المعمول بها محليًا.</p>
<p><b>10.9 Emergency &amp; routine medical advice</b> Assist America Asia Limited (AAAL) will arrange for the provision of medical advice over the telephone for any Covered Person calling an Assist America Asia Limited (AAAL) alarm center.</p>	<p><b>10.9 نصائح طبية طارئة وروتينية</b> سوف تقوم Assist America Asia Limited (AAAL) بترتيب تقديم المشورة الطبية عبر الهاتف لأي شخص مشمول بالاتصال بمركز إنذار Assist America Asia Limited (AAAL).</p>



<p><b>10.10 Medical &amp; dental referrals</b> Assist America Asia Limited (AAAL) will provide the Covered Person with names, addresses, telephone numbers and if requested by a Covered Person and if available, operating hours for physicians, hospitals, Clinics and dentists and dental clinics (collectively called "medical Service Providers") within the area where the Covered Person is located. These recommendations are based upon the best judgment of Assist America Asia Limited (AAAL) and its knowledge of the local conditions and availability of medical services at the geographical location involved Assist America Asia Limited (AAAL) does not guarantee the quality of the Medical Service Providers nor shall Assist America Asia Limited (AAAL) be liable for any consequences arising out of or caused by the services provided by the Medical Service Providers. The final selection of Medical Service Providers shall be the responsibility of the Covered Person</p>	<p><b>10.10 الإحالات الطبية وطب الأسنان</b> ستزود Assist America Asia Limited (AAAL) المشترك بالأسماء والعناوين وأرقام الهواتف وإذا طلب ذلك المشترك ، وإذا كان ذلك متاحًا ، فإن ساعات العمل للأطباء والمستشفيات والعيادات وأطباء الأسنان وعيادات الأسنان (يشار إليها مجتمعة باسم "مقدمي الخدمات الطبية") داخل المنطقة التي يوجد بها المشترك . تستند هذه التوصيات إلى أفضل حكم لشركة Assist America Asia Limited (AAAL) ومعرفتها بالظروف المحلية وتوافر الخدمات الطبية في الموقع الجغرافي المتضمن. لا تضمن Assist America Asia Limited (AAAL) جودة مقدمي الخدمات الطبية كما أن Assist America Asia Limited (AAAL) لن تكون مسؤولة عن أي عواقب ناشئة عن أو ناجمة عن الخدمات التي يقدمها مقدمو الخدمات الطبية. يجب أن يكون الاختيار النهائي لمقدمي الخدمات الطبية من مسؤولية المشترك</p>
<p><b>10.11 Outpatient case management</b> Assist America Asia Limited (AAAL) will assist Covered Persons with the arrangement and confirmation of appointments with Medical Service Providers, assistance in arranging accommodation, post appointment communications and follow up with Covered Persons.</p>	<p><b>10.11 إدارة حالات العيادات الخارجية</b> ستساعد Assist America Asia Limited (AAAL) الأشخاص المشمولين في ترتيب المواعيد وتأكيداتها مع مقدمي الخدمات الطبية ، والمساعدة في ترتيب الإقامة ، والاتصالات بعد الموعد والمتابعة مع الأشخاص المشمولين.</p>
<p><b>10.12 Pre-trip Information</b> Assist America Asia Limited (AAAL) offers Covered Person web-based and app-based country profiles that include visa requirements, immunization and inoculation recommendations, embassy and consulate information, country-specific details and security advisories as well as other pertinent information for travel destinations.</p>	<p><b>10.12 معلومات ما قبل الرحلة</b> تقدم Assist America Asia Limited (AAAL) ملفات تعريف البلدان المستندة إلى الويب والتطبيقات التي تشمل متطلبات التأشيرة والتطعيم والتلقيح ومعلومات السفارة والقنصلية والتفاصيل الخاصة بالبلد والإرشادات الأمنية بالإضافة إلى المعلومات الأخرى ذات الصلة لوجهات السفر .</p>
<p><b>10.13 Hospital Admission Assistance</b> Issue a prompt financial guarantee to facilitate admittance to a foreign medical facility and/or validate Eligible Participant's medical insurance; provided that the Eligible Participant is the source of or coordinates the source of the funds. Covered Person, through their health plan or other means, are responsible for costs incurred for medical services rendered by the treating medical facility</p>	<p><b>10.13 المساعدة في دخول المستشفى</b> إصدار ضمان مالي فوري لتسهيل الدخول إلى منشأة طبية أجنبية و / أو التحقق من صحة التأمين الطبي للمشارك المؤهل ؛ شريطة أن يكون المشارك المؤهل هو مصدر الأموال أو ينسقها. المشترك ، من خلال خطته الصحية أو أي وسيلة أخرى ، مسؤول عن التكاليف التي يتكبدها مقابل الخدمات الطبية التي تقدمها المنشأة الطبية العلاجية</p>
<p><b>10.14 Medical Consultation Evaluation and Referral</b> Telephone access to Operations Center staffed twenty-four (24) hours a day, every day of the year, with multilingual personnel for medical consultation, evaluation and referrals to trained physicians.</p>	<p><b>10.14 تقييم الاستشارة الطبية والإحالة</b> يعمل الوصول عبر الهاتف إلى مركز العمليات على أربع وعشرين (24) ساعة في اليوم ، كل يوم من أيام السنة ، مع موظفين متعددي اللغات للاستشارة الطبية والتقييم والإحالة إلى الأطباء المدربين.</p>
<p><b>10.15 Medical Monitoring</b> Medical personnel will monitor Eligible Covered Person's condition and will (i) stay in regular communication with the attending physician and/or hospital and (ii) relay necessary and legally permissible information to family members.</p>	<p><b>10.15 المراقبة الطبية</b> سيراقب الموظفون الطبيون حالة المشارك المؤهل وسيقومون (1) بالبقاء على اتصال منتظم مع الطبيب المعالج و / أو المستشفى و (2) نقل المعلومات الضرورية والمسموح بها قانونًا إلى أفراد الأسرة.</p>
<p><b>10.16 Prescription on Assistance</b> If an Eligible Covered Person needs replacement Covered Person medicine while traveling, AAAL helps with</p>	<p><b>10.16 وصفة طبية على المساعدة</b></p>

<p>replacing the prescription, when possible and legally permissible and upon consulting with the attending physician; the Eligible Participant is responsible for the cost of the prescription.</p>	<p>إذا احتاج المشترك المعتمد المؤهل إلى دواء بديل له أثناء السفر ، فإن AAAL تساعد في استبدال الوصفة الطبية ، عندما يكون ذلك ممكناً ومسموحاً به قانوناً وبعد التشاور مع الطبيب المعالج ؛ المشترك المؤهل هو المسؤول عن تكلفة الوصفة الطبية.</p>
<p><b>10.17 Second Opinion Medical Services:</b> Assist America Asia Limited (AAAL) program also provides for medical second opinion services for Covered Person and such services are available (i) when a Covered Person's medical condition is undiagnosed by a treating physician; (ii) when a Covered Person seeks an additional medical opinion following an original diagnosis; (iii) when the determination of the most appropriate course of medical treatment is required based on a current diagnosis. A Covered Person seeking a medical second opinion must contact AAAL's operation center. All Covered Person are responsible for gathering, obtaining, and submitting to AAAL all required medical reports, charts, data, and medical history pertaining to the Covered Person's condition and responding to follow up requests for additional information. All information provided to AAAL must be legible and produced in the required format. The medical review will be undertaken by a physician licensed to practice medicine in the United States of America and within a practice discipline that relates to the condition/diagnosis.</p>	<p><b>10.17 خدمات الرأي الطبي الثاني:</b> يوفر برنامج Assist America Asia Limited (AAAL) أيضاً خدمات الرأي الطبي الثاني للشخص المعني ، وتتوفر هذه الخدمات (1) عندما لا يتم تشخيص الحالة الطبية للشخص المعني من قبل الطبيب المعالج ؛ (2) عندما يطلب المشترك الحصول على رأي طبي إضافي بعد التشخيص الأصلي ؛ (3) عندما يكون تحديد المسار الأنسب للعلاج الطبي مطلوباً بناءً على التشخيص الحالي. يجب على المشترك الذي يسعى للحصول على رأي طبي ثانٍ الاتصال بمركز عمليات AAAL. يتحمل جميع الأشخاص المعنيين مسؤولية جمع جميع التقارير الطبية والمخططات والبيانات والتاريخ الطبي المطلوبة المتعلقة بحالة المشترك والحصول عليها وتقديمها إلى AAAL والرد على طلبات المتابعة للحصول على معلومات إضافية. يجب أن تكون جميع المعلومات المقدمة إلى AAAL مقروءة ويتم إنتاجها بالتنسيق المطلوب. سيتم إجراء المراجعة الطبية بواسطة طبيب مرخص له بممارسة الطب في الولايات المتحدة الأمريكية وضمن تخصص ممارسة يتعلق بالحالة / التشخيص.</p>
<p>AAAL will send the medical second opinion to the Covered Person in electronic format and such opinion will be reached only after all required medical history, data, reports, charts are properly submitted for consideration and review. The service relates solely to the provision of a written medical opinion and it does not include personal visits or follow up discussions for the implementation of course of treatment. If a Covered Person seeks further involvement from the physician rendering the opinion or seeks to converse with or visit the physician, such must be arranged on a fee for service basis with AAAL facilitating such arrangements. All opinions rendered by the physician are the opinions of the physician who are not under the control or employment of AAAL and AAAL is not responsible or liable for the content of such opinions.</p>	<p>سترسل AAAL الرأي الطبي الثاني إلى المشترك بصيغة إلكترونية ولن يتم الوصول إلى هذا الرأي إلا بعد كل طلب طبي. يتم تقديم التاريخ والبيانات والتقارير والمخططات بشكل صحيح للنظر فيها ومراجعتها. تتعلق الخدمة فقط بتقديم رأي طبي مكتوب ولا تشمل زيارات شخصية أو مناقشات متابعة لتنفيذ مسار العلاج. إذا كان المشترك يسعى إلى مزيد من المشاركة من الطبيب الذي يقدم الرأي أو يسعى للتحدث مع الطبيب أو زيارته ، فيجب ترتيب ذلك على أساس رسوم مقابل الخدمة مع AAAL لتسهيل مثل هذه الترتيبات. جميع الآراء التي يقدمها الطبيب هي آراء الطبيب الذي ليس تحت سيطرة أو توظيف AAAL و AAAL ليست مسؤولة عن محتوى هذه الآراء.</p>
<p><b><u>Assist America Asia Limited (AAAL) will not provide services in the following instances:</u></b></p>	<p><b><u>لن تقدم Assist America Asia Limited (AAAL) الخدمات في الحالات التالية:</u></b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Travel undertaken specifically for securing medical treatment</li> <li>• Injuries resulting from participation in acts of war or insurrection</li> <li>• Commission of an unlawful act</li> <li>• Attempt at suicide</li> <li>• Incidents involving the use of drugs unless prescribed by a physician</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• السفر الذي تم القيام به خصيصاً لتأمين العلاج الطبي</li> <li>• الإصابات الناتجة عن المشاركة في أعمال حرب أو تمرد</li> <li>• ارتكاب فعل غير قانوني</li> <li>• محاولة الانتحار</li> <li>• الحوادث التي تنطوي على استخدام الأدوية إلا إذا وصفها الطبيب</li> <li>• نقل المشترك من منشأة طبية إلى منشأة طبية أخرى ذات قدرات مماثلة توفر مستوى مشابهاً من الرعاية</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transfer Covered Person from one medical facility to another medical facility of similar capabilities which provides a similar level of care</li> </ul>	
<p><b><u>Assist America Asia Limited (AAAL) will not evacuate or repatriate a Participant:</u></b></p>	<p><b><u>لن تقوم شركة (AAAL) Assist America Asia Limited بإخلاء أو إعادة أحد المشاركين:</u></b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Without medical authorization</li> <li>• With mild lesions, simple injuries such as sprains, simple fractures, or mild sickness which can be treated by local doctors and do not prevent the Covered Person from continuing his/her trip or returning home</li> <li>• With a pregnancy beyond the end of the 28th week and will not evacuate or repatriate a child born while the Covered Person was traveling beyond the 28th week</li> <li>• With mental or nervous disorders unless hospitalized</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• بدون تصريح طبي</li> <li>• مع الاعراض الخفيفة ، والإصابات البسيطة مثل الالتواء ، والكسور البسيطة ، أو المرض الخفيف الذي يمكن أن يعالج من قبل الأطباء المحليين ولا يمنع المشترك من مواصلة رحلته أو العودة إلى المنزل</li> <li>• مع وجود حمل بعد نهاية الأسبوع الثامن والعشرين وعدم إجلاء أو إعادة الطفل المولود أثناء سفر المشترك بعد الأسبوع الثامن والعشرين</li> <li>• المصابين باضطرابات نفسية أو عصبية ما لم يدخل المستشفى</li> </ul>
<p>Legal actions may only arise hereunder if the parties fail to reach an amicable settlement within a period not exceeding 90 days from the date on which the dispute arises.</p> <p>While assistance services are available worldwide, transportation response time is directly related to the location/jurisdiction where an event occurs. AAAL is not responsible for failing to provide services or for delays in the delivery of services caused by strikes or conditions beyond its control, including by way of example and not by limitation, weather conditions, availability of airports, flight conditions, availability of hyperbaric chambers, pandemics and endemics, communications systems, or where rendering of service is limited or prohibited by local law or edict.</p> <p>All consulting physicians and attorneys are independent contractors and not under the control of AAAL. AAAL is not responsible or liable for any malpractice committed by professionals rendering services to a Covered Person</p>	<p>قد تنشأ الدعاوى القانونية بموجب هذه الاتفاقية فقط إذا فشل الأطراف في التوصل إلى تسوية ودية في غضون فترة لا تتجاوز 90 يوماً من تاريخ نشوء النزاع.</p> <p>أثناء توفر خدمات المساعدة في جميع أنحاء العالم ، يرتبط وقت استجابة النقل ارتباطاً مباشراً بالموقع / الإختصاص القضائي حيث يقع الحدث. AAAL ليست مسؤولة عن الفشل في تقديم الخدمات أو التأخير في تقديم الخدمات بسبب الإضرابات أو الظروف الخارجة عن إرادتها ، بما في ذلك على سبيل المثال ولبس الحصر ، الظروف الجوية ، توافر المطارات ، ظروف الطيران ، توافر غرف الضغط العالي أو الأوبئة أو أنظمة الاتصالات أو حيث يكون تقديم الخدمة محدوداً أو محظوراً بموجب القانون أو المرسوم المحلي.</p> <p>جميع الأطباء والمحامين الاستشاريين هم متعاقدون مستقلون ولا يخضعون لسيطرة AAAL. AAAL ليست مسؤولة عن أي سوء تصرف يرتكب من قبل المتخصصين الذين يقدمون الخدمات إلى المشترك</p>

<p><b>SECTION 11</b></p>	<p><b>القسم 11</b></p>
<p><b>COORDINATION OF BENEFITS, SUBROGATION AND REIMBURSEMENT</b></p>	<p><b>تنسيق المنافع ، الاستبدال والتعويض</b></p>
<p>11.1 <b>Coordination of Benefits Applicability.</b> This coordination of Benefits (COB) provision applies when a person has health care Coverage under more than one Coverage plan (including Coverage under a government sponsored health care program).Benefit payment will be coordinated with the other Coverage according to the standard administrative practices of the Insurance Company. Under no circumstances will a Covered Person be reimbursed for more than 100% of eligible charges from all insurers. The Covered Person agrees to cooperate with</p>	<p>11.1 <b>تنسيق تطبيق المنافع.</b> ينطبق هذا التنسيق المتعلق بالمزايا (COB) عندما يكون لدى المشترك تغطية رعاية صحية بموجب أكثر من خطة تغطية واحدة (بما في ذلك التغطية في إطار برنامج رعاية صحية ترعاه الحكومة) ، وسيتم تنسيق مدفوعات الفوائد مع التغطية الأخرى وفقاً للممارسات الإدارية القياسية لشركة التأمين. تحت أي ظرف من الظروف ، لن يتم تعويض المشترك بأكثر من 100٪ من الرسوم المستحقة من جميع شركات التأمين. يوافق المشترك على التعاون مع شركة التأمين في تقديم وثائق المزايا المدفوعة من قبل شركات التأمين الأخرى.</p>

the Insurance Company in providing documentation of Benefits paid by other insurers.	
<p><b>11.2 Subrogation and Reimbursements.</b> Subrogation the substitution of one person or entity in the place of another with reference to a lawful claim, demand or right. The Insurance Company shall be entitled to all rights of recovery for the reasonable value of services and Benefits provided by the Insurance Company to any Covered Person, from any third party or entity that either provides or is obligated to provide Benefits or payments to the Covered Person.</p> <p>The Covered Person agrees to execute and deliver such documents (including a written confirmation of assignment, and consents to release medical records), and provide such help as may be reasonably requested by the Insurance Company.</p>	<p><b>11.2 الإحلال والتعويضات.</b> إحلال شخص أو كيان بدلاً من شخص آخر بالإشارة إلى مطالبة أو طلب أو حق قانوني. يحق لشركة التأمين التمتع بجميع حقوق الإحلال والاسترداد مقابل القيمة المعقولة للخدمات والمزايا التي تقدمها شركة التأمين إلى أي شخص معني ، من أي طرف ثالث أو كيان يوفر أو يلتزم بتقديم مزايا أو مدفوعات للشخص المنتفع .</p> <p>يوافق المشترك على تنفيذ وتسليم هذه المستندات (بما في ذلك تأكيد خطي للتنازل ، والموافقة على الإفراج عن السجلات الطبية) ، وتقديم المساعدة التي قد تطلبها شركة التأمين بشكل معقول.</p>

<b>SECTION 12</b>	<b>القسم 12</b>
<b>GENERAL EXCLUSIONS</b>	<b>الاستثناءات عامة</b>
<p><b>12.1 Exclusions.</b> Except as may be specifically provided in Section 13 or through a Rider to the Policy, the following Treatments including Medical Conditions, Items, Supplies, Procedures and all their related or consequential expenses are excluded from this Policy:</p>	<p><b>12.1 الاستثناءات.</b> باستثناء ما قد يتم النص عليه تحديداً في القسم 13 أو من خلال ملحق في الوثيقة ، يتم استبعاد العلاجات التالية بما في ذلك الحالات الطبية والعناصر والإمدادات والإجراءات وجميع النفقات ذات الصلة أو اللاحقة من هذه الوثيقة:</p>
a) Health Services, which are not Medically Necessary.	أ) الخدمات الصحية غير الضرورية طبيًا.
b) Dental services provided by a Doctor of Dental Surgery, a Doctor of Medical Dentistry, or by a Physician licensed to perform dental services. (Except in cases of accidental injury, where damage has occurred to sound natural teeth. Services are covered for initial pain relief & for any treatment necessary to preserve the dental structure for future permanent restoration for damages done to sound natural teeth.)	ب) خدمات طب الأسنان التي يقدمها طبيب في جراحة الأسنان أو طبيب في طب الأسنان أو طبيب مرخص له بأداء خدمات طب الأسنان. (باستثناء حالات الإصابة الناتجة عن حادث، حيث حدث ضرر لأسنان طبيعية سليمة. تتم تغطية الخدمات لتخفيف الآلام الأولية ولأي علاج ضروري للحفاظ على بنية الأسنان للترميم الدائم في المستقبل للأضرار التي لحقت بأسنان طبيعية سليمة.)
c) Upper and lower jawbone surgery (including that related to the temporomandibular joint) except for direct treatment of acute traumatic Injury or cancer. No Coverage is provided for orthodontic surgery, jaw alignment, or treatment for the temporomandibular joint.	ت) جراحة عظم الفك العلوي والسفلي (بما في ذلك تلك المتعلقة بمفصل الفك الصدغي) باستثناء العلاج المباشر للجرح الحاد أو الإصابة بالسرطان أو الإصابة. لا توجد تغطية لجراحة تقويم الأسنان أو محاذاة الفك أو علاج المفصل الصدغي الفكي.
d) Custodial care; domiciliary care; private duty nursing; respite care; rest cures.(Custodial care means (1) non-health related services, such as assistance in activities of daily living, or (2) health-related services which do not seek to cure or which are provided during periods when the medical condition of the patient is not changing or (3) services which do not require continued administration by trained medical personnel.)	ث) رعاية الاحتجاز ؛ رعاية منزلية ؛ التمريض الخاص؛ الرعاية المؤقتة؛ علاجات الراحة (رعاية الاحتجاز تعني (1) الخدمات غير المتعلقة بالصحة ، مثل المساعدة في أنشطة الحياة اليومية ، أو (2) الخدمات المتعلقة بالصحة التي لا تسعى إلى العلاج أو التي يتم تقديمها خلال الفترات التي تكون فيها الحالة الطبية للمريض لا تتغير أو (3) الخدمات التي لا تتطلب استمرار الإدارة من قبل طاقم طبي مدرب.)

e) Personal comfort and convenience items or services such as television, telephone, barber or beauty service, guest service and similar incidental services and supplies.	ج) عناصر أو خدمات الراحة والرفاهية الشخصية مثل التلفاز أو الهاتف أو الحلاقة أو خدمة التجميل وخدمة الضيوف والخدمات والإمدادات العرضية المماثلة.
f) Health Services and associated expenses for non-accident related cosmetic and/or reconstructive procedures.	ح) الخدمات الصحية والنفقات المرتبطة بها لعمليات التجميل و / أو الترميم غير المتعلقة بالحوادث.
g) Health Services and associated expenses for the surgical treatment and no-surgical, medical treatment of obesity (including morbid obesity), and any other weight control programs, services, or supplies.	خ) الخدمات الصحية والنفقات المرتبطة بالعلاج الجراحي والعلاج الطبي غير الجراحي للسمنة (بما في ذلك السمنة المرضية) وأي برامج أو خدمات أو تجهيزات أخرى للتحكم في الوزن
h) Health Services and associated expenses for Experimental, Investigational or Unproven Services, treatments, devices and pharmacological regimens, except for Health Services which are otherwise Experimental, Investigational or Unproven that are deemed to be, in the Company's judgment, Covered Health Services. The fact that an Experimental, Investigational or Unproven Service, treatment, device or pharmacological regimen is the only available treatment for a particular condition will not result in Coverage if the procedure is considered to be Experimental, Investigational or Unproven in the treatment of that particular condition.	د) الخدمات الصحية والمصاريف المرتبطة بها للخدمات التجريبية أو الاستقصائية أو غير المؤكدة والعلاجات والأجهزة والأنظمة الدوائية ، باستثناء الخدمات الصحية التي تعتبر بخلاف ذلك تجريبية أو استقصائية أو غير مثبتة والتي تعتبر ، وفقاً لتقدير الشركة ، خدمات صحية مغطاة. حقيقة أن خدمة تجريبية أو استقصائية أو غير مثبتة أو علاج أو جهاز أو نظام دوائي هو العلاج الوحيد المتاح لحالة معينة لن يؤدي إلى تغطية إذا كان الإجراء يعتبر تجريبياً أو استقصائياً أو غير مثبت في علاج تلك الحالة المعينة .
i) Health Services that are performed outside of the country in which this contract is issued, unless prior approval is received from the Company, or International Coverage is provided through a separate Rider.	ذ) الخدمات الصحية التي يتم إجراؤها خارج البلد الذي صدر فيه هذا العقد ، ما لم يتم الحصول على موافقة مسبقة من الشركة ، أو يتم توفير تغطية دولية من خلال ملحق منفصل.
j) Any Health Services and associated expenses for alopecia, baldness, hair falling, dandruff, wigs, or toupees.	ر) أي خدمات صحية والمصاريف المرتبطة بالثعلبة والصلع وتساقط الشعر وقشرة الرأس والشعر المستعار.
k) Services and supplies for smoking cessation programs and the treatment of nicotine addiction are excluded.	ز) استبعاد الخدمات والمستلزمات الخاصة ببرامج الإقلاع عن التدخين وعلاج إدمان النيكوتين.
l) Non-Medically Necessary amniocentesis. Health Services and associated expenses for sex transformation operations, voluntary sterilization and for reversal of sterilizations. Contraceptive supplies or services. All services related to fertility/infertility as varicocele or polycystic ovary/ ovarian cyst or hormonal disturbances etc. and sexual dysfunction.	س) فحص السائل الأمنيوسي غير الضروري طبياً. الخدمات الصحية والنفقات المرتبطة بها لعمليات التحول الجنسي والتعقيم الطوعي وعكس عمليات التعقيم. لوازم أو خدمات موانع الحمل. جميع الخدمات المتعلقة بالخصوبة / العقم مثل دوالي الخصية أو تكيس المبايض / كيس المبيض أو الاضطرابات الهرمونية وما إلى ذلك والضعف الجنسي.
m) Prosthetic Devices and Durable Medical Equipment, unless approved by the Globemed.	ش) الأجهزة التعويضية والمعدات الطبية ، ما لم يتم اعتمادها من قبل شركة Globemed.
n) Hazardous activities as mentioned below:	ص) الأنشطة الخطرة كما هو مذكور أدناه:
1. Any form of aerial flight (including light aircraft, monoplanes, ballooning, hang-gliding, parachuting) 2. Participation in any kind of power-vehicle race, rally or competition 3. Water sports (powerboats, water skiing, jet skiing, diving) 4. Horse riding activities (hunting, jumping, polo, racing)	1- أي شكل من أشكال التحليق الجوي (بما في ذلك الطائرات الخفيفة ، والطائرات أحادية السطح ، والمناطيد ، والطيران الشراعي ، والقفز بالمظلات) 2- المشاركة في أي نوع من سباق السيارات أو الرالي أو المنافسة 3- الرياضات المائية (الزوارق السريعة والتزلج على الماء والتزلج على الماء والغوص) 4- ركوب الخيل (الصيد، القفز، البولو، السباق)

5. Climbing activities (mountaineering, rock-climbing, pot holing, abseiling)	4- أنشطة ركوب الخيل (الصيد والقفز والبولو والسباق) 5- أنشطة التسلق (تسلق الجبال ، وتسلق الصخور ، وحفر الأواني ، والهبوط من قمم الجبال)
6. Judo, boxing, karate, wrestling and other martial arts of any kind.	6- الجودو والملاكمة والكاراتيه والمصارعة والفنون القتالية الأخرى من أي نوع.
7. Bungee jumping	7- القفز بالحبال
8. Any professional sports activities	8- أي أنشطة رياضية احترافية
o) Growth hormone therapy.	ض) العلاج بهرمون النمو.
p) Charges incurred in connection with the provision or fitting of hearing aids, eyeglasses or contact lenses. Optometric therapy is excluded.	ط) الرسوم المتكبدة فيما يتعلق بتوفير أو تركيب المعينات السمعية أو النظارات الطبية أو العدسات اللاصقة. العلاج البصري مستبعد.
q) Travel or transportation expenses, even though prescribed by a Physician. (Ambulance services and Repatriation are covered as described in Section 8.)	ظ) نفقات السفر أو النقل ، حتى لو وصفها الطبيب. (تتم تغطية خدمات الإسعاف والإعادة إلى الوطن كما هو موضح في القسم 8.)
r) Health Services for treatment of military service-related illnesses and disabilities, when the Covered Person is legally entitled to other Coverage and facilities are reasonably available to the Covered Person.	ع) الخدمات الصحية لعلاج الأمراض والإعاقات المتعلقة بالخدمة العسكرية ، عندما يحق للمشارك قانوناً الحصول على تغطية أخرى ، وتكون التسهيلات متاحة بشكل معقول للمشارك.
s) Mental Health and/or Substance Abuse Services, including pharmaceuticals, -inpatient and out-patient treatments.	غ) خدمات الصحة العقلية و / أو إساءة استخدام العقاقير ، بما في ذلك الأدوية وعلاجات المرضى في العيادات الداخلية والخارجية
t) Self-inflicted or voluntary harm or damage including attempted suicide	ف) الأذى الذاتي أو المتعمد أو الضرر بما في ذلك محاولة الانتحار
u) Outpatient prescribed or non-prescribed medical supplies including elastic stockings, ace bandages, gauze, syringes, diabetic test strips, and like products; non-prescribed Drugs and treatments.(Bandages, gauze etc. are covered as a part of emergency treatment given at any medical facility)	ق) الإمدادات الطبية الموصوفة أو غير الموصوفة للمرضى في العيادات الخارجية بما في ذلك الجوارب المرنة ، والضمادات ، والشاش ، والمحاقن ، وشرائط اختبار مرض السكري ، وما شابه ذلك من المنتجات ؛ الأدوية والعلاجات غير الموصوفة. (الضمادات والشاش وما إلى ذلك مغطاة كجزء من العلاج الطارئ المقدم في أي منشأة طبية)
v) All preventive cares, including vaccinations, immunizations, allergy testing & desensitization; any physical, psychiatric or psychological examinations or testing during these examinations.	ك) جميع أنواع الرعاية الوقائية ، بما في ذلك التطعيمات واختبار الحساسية وإزالة الحساسية ؛ أي فحوصات أو اختبارات جسدية أو نفسية أثناء هذه الفحوصات.
w) Services rendered by a Provider with the same legal residence as a Covered Person or who is a member of a Covered Person's family, including spouse, brother, sister, parent or child.	ل) الخدمات التي يقدمها مقدم الخدمة الذي لديه نفس الإقامة القانونية التي يتمتع بها المشارك أو عضو في عائلة المشارك ، بما في ذلك الزوج أو الأخ أو الأخت أو الوالد أو الطفل.
x) Enteral feedings (infusion formulas via a tube into the upper gastrointestinal tract) and other nutritional and electrolyte supplements, unless done as a consequence to other Medically Necessary Inpatient care.	م) التغذية المعوية (صنع التسريب عبر أنبوب في الجهاز الهضمي العلوي) والمكملات الغذائية الأخرى ، ما لم يتم ذلك كنتيجة لرعاية المرضى في العيادات الداخلية الأخرى الضرورية طبياً.
y) Coverage for an otherwise Eligible Person or a Dependent who is on active military duty; Health Services received as a result of terrorism, war or any act of war, whether declared or undeclared or caused during service in the armed forces of any country.	ن) تغطية لشخص مؤهل أو معال في الخدمة العسكرية الفعلية ؛ الخدمات الصحية المتلقت نتيجة الإرهاب أو الحرب أو أي عمل حربي ، سواء تم الإعلان عنه أو غير المعلن عنه أو بسبب الخدمة في القوات المسلحة لأي دولة.
z) Services and supplies for analysis and adjustments of spinal subluxation, diagnosis and treatment by	ه) الخدمات والإمدادات اللازمة لتحليل وتعديل خلع النخاع الشوكي والتشخيص والعلاج عن طريق التلاعب بالهيكل العظمي ، أو

manipulation of the skeletal structure, or for muscle stimulation by any means (except treatment of fractures and dislocations of the extremities).	لتحفيز العضلات بأي وسيلة (باستثناء علاج الكسور وخلع الأطراف).
aa) Acupuncture; acupressure; hypnotism, Rolfing; massage therapy; aromatherapy; Homeopathic treatments; and other forms of alternative treatment.	و) الوخز بالإبر. العلاج بالإبر. التنويم المغناطيسي، رولفينج. العلاج بالتدليك؛ العلاج العطري؛ علاجات المثلية. وغيرها من أشكال العلاج البديل.
bb) Health Services and associated expenses for invitro fertilization (IVF), gamete intra- fallopian transfer (GIFT) procedures, and zygote intrafallopian transfer (ZIFT) procedures, and any related prescription medication treatment; embryo transport; donor ovum and semen and related costs, including collection and preparation.	ي) الخدمات الصحية والتنفقات المرتبطة بالتخصيب خارج الرحم (IVF) ، وإجراءات نقل الأمشاج داخل فالوب (GIFT) ، وإجراءات نقل اللاقحة داخل قناة فالوب (ZIFT) ، وأي علاج دوائي ذي صلة ؛ نقل الأجنة البويضة والمني المتبرع والتكاليف ذات الصلة ، بما في ذلك الجمع والتحضير
cc) Elective non-accident related surgery for correction of refraction errors and/or Improvement of vision (quantitative or qualitative).	أ) الجراحة الاختيارية غير المتعلقة بالحوادث لتصحيح أخطاء الانكسار و / أو تحسين الرؤية (الكمية أو النوعية).
cd) Nasal septum deviation; nasal concha resection	بب) انحراف الحاجز الأنفي. استئصال محارة الأنف
ee) All conditions requiring chronic hemodialysis or peritoneal dialysis, and related test/treatment or procedure.	تت) جميع الحالات التي تتطلب غسيل الكلى المزمن أو غسيل الكلى البريتوني ، والاختبار / العلاج أو الإجراء ذي الصلة.
ff) Any Health Services and associated expenses for HIV, AIDS Sexually Transmitted Diseases and all related medical conditions.	ثث) أي خدمات صحية والتنفقات المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز والأمراض المنقولة جنسيا وجميع الحالات الطبية ذات الصلة.
gg) Diseases defined by the world health organization (WHO) as Epidemic Or Pandemic	جج) الأمراض التي تصنف كوباء أو جائحة طبقا لتعريف منظمة الصحة العالمية
hh) All cases related to Viral Hepatitis & the complication except Hepatitis A.	حح) جميع الحالات المتعلقة بالتهاب الكبد الفيروسي والمضاعفات باستثناء التهاب الكبد أ.
ii) Birth defects, Congenital diseases &/or Deformities	خخ) العيوب الخلقية والأمراض الخلقية و / أو التشوهات
jj) All cases resulting from alcoholism use of drugs & hallucinatory substances.	دد) جميع الحالات الناتجة عن إدمان الكحول و المخدرات والمواد المهلوسة.
kk) Senile dementia, Alzheimer's disease, Menopause and Osteoporosis	ذذ) الخرف ومرض الزهايمر وانقطاع الطمث وهشاشة العظام
ll) Air ambulance transportation.	رر) نقل الإسعاف الجوي.
mm) All medical costs resulting from a work-related accident or Sickness that is covered by worker's compensation (or any similar program).	زز) جميع التكاليف الطبية الناتجة عن حادث أو مرض متعلق بالعمل ويغطيها تعويض العامل (أو أي برنامج مشابه).
nn) Circumcision and any complications or related expenses.	سس) الختان وأي مضاعفات أو مصاريف ذات صلة.
oo) Expenses resulting from any natural disasters, including but not limited to earthquakes and hurricanes.	شش) نتيجة المصروفات من أي كوارث طبيعية ، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر الزلازل والأعاصير.
pp) Elective non-accident related surgery for the correction of auditory acuteness.	صص) الجراحة الاختيارية غير المتعلقة بالحوادث لتصحيح الجاذبية السمعية.
qq) All cases related to Maternity unless chosen.	ضض) جميع الحالات المتعلقة بالأمومة ما لم يتم اختيارها.
rr) All cases related to 2 <sup>nd</sup> conception within the same policy.	طط) جميع الحالات المتعلقة بالحمل الثاني ضمن نفس الوثيقة.

<u>Standard General Exclusions related to Medical Assistance Services;</u>	<u>الاستثناءات العامة القياسية المتعلقة بخدمات المساعدة الطبية ؛</u>
SS) Medical Evacuation & Repatriation excludes any expenses incurred because of Pre- Existing Condition in the first year of coverage.	(ظ) يستثنى الإخلاء الطبي والإعادة إلى الوطن أي مصاريف متكبدة بسبب الحالة الموجودة مسبقاً في السنة الأولى من التغطية.
tt) More than one emergency evacuation and/or repatriation for any single medical condition, for any Covered Person, during a twelve (12) month period over the term of the agreement commencing from the Effective Date of this Agreement.	(عع) أكثر من إخلاء طارئ و / أو إعادة إلى الوطن لأي حالة طبية واحدة ، لأي مشترك ، خلال فترة اثني عشر (12) شهراً على مدى مدة الوثيقة التي تبدأ من تاريخ نفاذ هذه الاتفاقية.
uu) Any event occurring when the Covered Person is within the territory of his/her Home Country or Usual Country of Residence.	(غغ) أي حدث يقع عندما يكون المشترك داخل إقليم موطنه / بلده الأصلي أو بلد إقامته المعتاد.
W) Any expenses incurred for rest and recuperation following any prior accident, illness or Preexisting Condition (any medical condition in respect of which the insured has been hospitalized during the twelve (12) months period or any medical condition that has been diagnosed or treated by a health provider, including the prescription of the medication within six (6) months immediately prior to the first day the insured is enrolled to the policy).	(فف) أي نفقات يتم تكبدها للراحة والتعافي بعد أي حادث سابق أو مرض أو حالة موجودة مسبقاً (أي حالة طبية بسببها تم إدخال المشترك إلى المستشفى خلال فترة الاثني عشر (12) شهراً أو أي حالة طبية تم تشخيصها أو معالجتها من قبل مقدم الرعاية الصحية ، بما في ذلك وصفة الدواء في غضون ستة (6) أشهر مباشرة قبل اليوم الأول الذي تم فيه تسجيل المشترك في البوليصة).
ww) Any expenses for medical evacuation or repatriation if the Covered person is not suffering from a Serious Medical Condition, and/or in the opinion of the Assist America physician, the Covered Person can be adequately treated locally, or treatment can be reasonably delayed until the Covered Person returns to his/her Home Country or Usual Country of Residence.	(قق) أي نفقات للإخلاء الطبي أو الإعادة إلى الوطن إذا كان المشترك لا يعاني من حالة طبية خطيرة ، و / أو في رأي الطبيب الأمريكي المساعد ، يمكن معالجة المشترك محلياً بشكل مناسب ، أو يمكن تأخير العلاج بشكل معقول حتى يعود المشترك إلى موطنه الأصلي أو بلد إقامته المعتاد
xx) Any expenses medical evacuation or repatriation where the Covered Person, in the opinion of the Assist America physician, can travel as an ordinary passenger without a medical escort.	(كك) أي نفقات إجلاء طبي أو إعادة إلى الوطن حيث يمكن للمشارك ، في رأي الطبيب الأمريكي المساعد ، السفر كمسافر عادي دون مرافق طبي.
yy) Any treatment or expenses related to childbirth, miscarriage or pregnancy. This exception shall not apply to any abnormal pregnancy or vital complication of pregnancy which endangers the life of the mother and/or unborn child during the first twenty four (24) weeks of pregnancy.	(لل) أي علاج أو نفقات تتعلق بالولادة أو الإجهاض أو الحمل. لا ينطبق هذا الاستثناء على أي حمل غير طبيعي أو مضاعفات الحمل الحيوية التي تعرض حياة الأم و / أو الجنين للخطر خلال الأربعة وعشرين (24) أسبوعاً من الحمل.
zz) Travel by a Policyholder's spouse when it is for the benefit of the spouse (spouse business travel)	(مم) السفر من قبل زوجة حامل الوثيقة عندما يكون ذلك لصالح الزوج (سفر عمل للزوج)
aaa) Trips exceeding 90 days from legal residence without prior notification to AAAL. (Separate purchase of Expatriate coverage is available for enrollment through Employer)	(نن) الرحلات التي تتجاوز 90 يوماً من الإقامة القانونية دون إخطار مسبق لـ AAAL. (شراء منفصل لتغطية المغتربين متاح للتسجيل من خلال صاحب العمل)
bbb) Student at home/school campus address (as they are not considered to be in travel status).	(هه) الطالب في عنوان الحرم الجامعي بالمنزل / المدرسة (حيث لا يتم اعتبارهم في حالة سفر).



**In addition to the Standard General Exclusions the following cases, causes, tests, medicines, consumables, accessories and prostheses & procedures are excluded from coverage under this Insurance Policy.**

- 1) All cases requiring non- emergency **In-Hospital** treatment/services, which have not been approved by **MCC** (Medical Care Center) prior to admission.
- 2) All cases requiring emergency **In-Hospital** treatment/services, which have not been notified to the **MCC** (Medical Care Center) at least 24 hours before discharge.
- 3) All cases under **Specific Exclusions** and clearly mentioned in the policy.
- 4) Any test and/or treatment not required by a Medical Physician.
- 5) Any **In-Hospital** treatment, tests and other procedures, which can be carried out on **Out of-Hospital** basis without jeopardizing the Insured's health.
- 6) Any test or treatment, which is not related to a specific symptom and/or disease.
- 7) Any **Pharmaceutical Products**, which are not, considered as specific treatment for a particular disease.
- 8) All **Auditory Accessories**, **Eyeglasses** and **lenses**.
- 9) All substances which are not considered as medicines such as but not restricted **mouthwash**, **toothpaste**, **lozenges**, **antiseptics**, **milk formulas**, **food supplements**, **skin care products**, **shampoos** and **multivitamins** (unless prescribed as replacement therapy for known vitamin deficiency states).
- 10) More than one **Physician consultations** in non-excluded cases in a single day or during free follow up period unless referred by his/her initial treating doctor & the referral if medically justified.
- 11) Any **maternity services** during a waiting period of 12 months from the enrolment date of the insured member, unless renewal of a policy having **MB** (Maternity Benefit) coverage or covered by a special rider.
- 12) **Standard General Exclusions** related to the **Accidental Critical Illness** only unless otherwise specially excluded under section 12;
- 13) **Flying** in any form of aircraft, unless the insured is travelling as a fare-paying passenger in a civilian aircraft which is certified for transporting passengers.
- 14) The insured actively participates in war, rebellion, anarchy, sabotage and the intensity events defined as a crime or actively participates in illegal events causing illnesses/ accidents which is covered by the policy.
- 15) **Chronic alcohol abuse** or the use of drugs (excluding at doctor's orders).
- 16) **Intentionally self-inflicted injury**, regardless of

بالإضافة إلى الاستثناءات العامة القياسية ، يتم استبعاد الحالات والأسباب والاختبارات والأدوية والمواد الاستهلاكية والملحقات والأطراف الاصطناعية والإجراءات التالية من التغطية بموجب بوليصة التأمين هذه.

- 1) جميع الحالات التي تتطلب علاجًا / خدمات غير طارئة داخل المستشفى ، والتي لم تتم الموافقة عليها من قبل **MCC** (مركز الرعاية الطبية) قبل الدخول
- 2) جميع الحالات التي تتطلب علاجًا / خدمات طارئة داخل المستشفى ، والتي لم يتم إخطارها إلى **MCC** (مركز الرعاية الطبية) قبل 24 ساعة على الأقل من الخروج
- 3) جميع الحالات ضمن استثناءات محددة ومذكورة بوضوح في الوثيقة.
- 4) أي اختبار و / أو علاج لا يطلبه الطبيب.
- 5) أي علاج داخل المستشفى والاختبارات والإجراءات الأخرى ، والتي يمكن إجراؤها خارج المستشفى دون تعريض صحة المشترك للخطر.
- 6) أي اختبار أو علاج ليس له علاقة بأعراض و / أو مرض معين.
- 7) أي منتجات صيدلانية لا تعتبر علاجًا محددًا لمرض معين.
- 8) جميع الملحقات السمعية والنظارات والعدسات
- 9) جميع المواد التي لا تعتبر أدوية مثل غسول الفم ومعجون الأسنان والمستحلبات والمطهرات وتركيبات الحليب والمكملات الغذائية ومنتجات العناية بالبشرة والشامبو والفيتامينات المتعددة (ما لم يتم وصفها كعلاج بديل لحالات نقص الفيتامينات المعروفة).
- 10) أكثر من استشارة طبيب في الحالات غير المستبعدة في يوم واحد أو خلال فترة المتابعة المجانية ما لم يحيله الطبيب المعالج الأولي والإحالة إذا كان ذلك مبرراً طبياً.
- 11) أي خدمات أمومة خلال فترة انتظار مدتها 12 شهرًا من تاريخ تسجيل المشترك ، ما لم يتم تجديد بوليصة تغطية **MB** (مزايأ الأمومة) أو مغطاة من قبل ملحق خاص.
- 12) الاستثناءات العامة المتعارف عليها المتعلقة بالأمراض الخطيرة الناتجة عن حادث فقط ما لم يتم استبعاد خلاف ذلك بشكل خاص بموجب القسم 12 ؛
- 13) الطيران بأي شكل من الأشكال ، ما لم يكن المشترك مسافرًا كمسافر يدفع أجره في طائرة مدنية معتمدة لنقل الركاب.
- 14) يشارك المشترك بنشاط في الحرب والتمرد والفوضى والتخريب وأحداث الشدة التي تُعرّف على أنها جريمة أو يشارك بنشاط في الأحداث غير القانونية التي تسبب الأمراض / الحوادث التي تغطيها الوثيقة.
- 15) تعاطي الكحول المزمّن أو تعاطي المخدرات (باستثناء أوامر الطبيب).
- 16) إصابة ذاتية عمدا ، بغض النظر عما إذا كان المشترك سليم العقل أم لا والإنتحار العمد.
- 17) الملاكمة ، المصارعة ، أو أي نوع من القتال البدني ، التزلج (على الماء أو على الجليد) ، الطيران الشراعي ، القفز بالمظلات ، القفز بالحبال ، تسلق الجبال ، الأنشطة الرياضية الاحترافية ، الغوص باستخدام المعدات.

whether or not the Insured is sound of mind and committing suicide.

17) Boxing, wrestling, or any kind of physical combat, skiing (water or on snow), gliding, parachuting, bungee jumping, mountaineering, professional sports activities, diving using equipment.

18) Illnesses or conditions which are mutations or variations of AIDS, HTVL and HIV.

19) Injury from non-conventional weapons (such as atomic, chemical or biological weapons) or from conventional ballistic missiles.

20) Nuclear fusion, nuclear fission, nuclear waste, where the illnesses and injuries stem from radioactive or ionizing radiation.

21) Illegal acts by the policy beneficiary that lead to an Accidental Critical Illness of the insured.

22) Attaining age exceeding 65 years

23) Accident occurred prior policy inception date

24) No claim shall be paid if the insured dies within the survival period

25) Standard General Exclusions related to the Accidental Death Benefits only unless otherwise specially excluded under section12:

a) War, invasion, act of foreign enemy, hostilities or warlike operations (whether war be declared or not), civil war, military rising, insurrection, rebellion, revolution, military or usurped power, martial law, acts of terrorism, mutiny or riot or civil commotion assuming the proportions of or amounting to a popular rising.

b) AIDS if it was contracted prior the insurance cover with SNIC.

c) Atomic, Biological, and Chemical contamination.

d) Criminal Acts committed by the insured.

e) Suicide.

18) الأمراض أو الحالات التي هي طفرات أو اختلافات في الإيدز ، HTVL و HIV.

19) الإصابة بالأسلحة غير التقليدية (مثل الأسلحة الذرية أو الكيميائية أو البيولوجية) أو من الصواريخ الباليستية التقليدية.

20) الاندماج النووي والانشطار النووي والنفايات النووية حيث تنجم الأمراض والإصابات عن الإشعاع المشع أو المؤين.

21) التصرفات غير القانونية من قبل المستفيد من الوثيقة والتي تؤدي إلى مرض خطير ناتجة عن حادث للمشارك.

22) بلوغ سن تجاوز 65 سنة

23) وقع الحادث قبل تاريخ بدء الوثيقة

24) لن يتم دفع أي مطالبة إذا توفي المشارك خلال فترة البقاء على قيد الحياة

25) الاستثناءات العامة القياسية المتعلقة بمزايا الوفاة نتيجة حادث فقط ما لم يتم استبعاد خلاف ذلك بشكل خاص بموجب القسم 12:

أ) الحرب أو الغزو أو عمل العدو الأجنبي أو الأعمال العدائية أو العمليات الحربية (سواء تم إعلان الحرب أم لا) أو الحرب الأهلية أو الانتفاضة العسكرية أو التمرد أو الثورة أو القوة العسكرية أو المغتصبة أو الأحكام العرفية أو أعمال الإرهاب أو التمرد أو أعمال شغب أو اضطرابات مدنية تفترض نسب أو ترقى إلى صعود شعبي.

ب) الإيدز إذا تم التعاقد عليه قبل التغطية التأمينية مع SNIC.

ج) التلوث الذري والبيولوجي والكيميائي.

د) الأفعال الإجرامية التي يرتكبها المشارك.

هـ) الانتحار.

<b>SECTION 13</b>	<b>القسم 13</b>
<b>TABLE OF BENEFITS</b>	<b>جدول المنافع</b>
The Table of Benefits (1) outlines the Co-payment and/or Co-insurance that a Covered Person is required to pay for Health Services (2) describes any maximum Benefit that may apply (3) any Waiting Periods that must be satisfied prior to eligibility for Benefits. Health Services Covered under the Policy are described in Section 8, "Covered Health Services."	يوضح جدول المزايا (1) الدفع المشترك و / أو التأمين المشترك الذي يتعين على المشترك دفعه مقابل الخدمات الصحية (2) يصف أي حد أقصى للمزايا التي قد تنطبق (3) أي فترات انتظار يجب الوفاء بها مسبقاً الأهلية للحصول على المزايا. يتم وصف الخدمات الصحية التي تغطيها الوثيقة في القسم 8 ، "الخدمات الصحية المغطاة".
<b>Network Benefits</b> are subject to the payment of any Co-payment and/or Co-insurance listed under the "network" Deductible/Co-payment and/or Co-insurance " column. Network Benefits include Medically Necessary Emergency Health Services and referral Health Services received from non-Network Providers as described in Section 6.	تخضع منافع الشبكة لدفع أي مدفوعات مشتركة و / أو تأمين مشترك مدرج ضمن جدول "الشبكة" المقتطع / الدفع المشترك و / أو التأمين المشترك. تشمل مزايا الشبكة الخدمات الصحية الطارئة الضرورية طبيياً والخدمات الصحية للإحالة التي يتم تلقيها من مقدمي الخدمات غير التابعين للشبكة كما هو موضح في القسم 6.
<b>Non-Network Benefits</b> are subject to the payment of Co-payment and/or Coinsurance listed under the "non-Network Co-payment and/or Coinsurance" column and subject to Reasonable and customary limitations. Covered Health Services must be prior authorized by the Company.	تخضع المزايا غير المرتبطة بالشبكة لدفع المدفوعات المشتركة و / أو التأمين المشترك المدرج ضمن جدول "الدفع المشترك و / أو التأمين المشترك غير الشبكي" وتخضع لقيود معقولة ومعتمدة. يجب أن تكون الخدمات الصحية المغطاة مخصصة مسبقاً من قبل الشركة.
<b>Note:</b> Not all Health Services may be available as Non-Network Benefits. Non-Network Benefits that are subject to prior approval are mentioned in section 7. Failure to obtain prior approval may require payment by the Policyholder of all charges for such Health Services.	ملاحظة: قد لا تتوفر جميع الخدمات الصحية كمزايا غير متعلقة بالشبكة. تم ذكر المزايا غير المرتبطة بالشبكة والتي تخضع لموافقة مسبقة في القسم 7. قد يتطلب عدم الحصول على موافقة مسبقة الدفع من قبل المشترك لجميع الرسوم الخاصة بهذه الخدمات الصحية.
When Co-payment and/or Co-insurance are charged as a percentage of Eligible Expenses, the amount paid for Health Services from Network Providers is determined as a percentage of the negotiated contract rates between the Company and the Provider rather than as a percentage of the Provider's billed charges. The company's negotiated rate with the Provider is ordinarily lower than the Provider's billed charges.	عندما يتم تحصيل الدفع المشترك و / أو التأمين المشترك كنسبة مئوية من النفقات المؤهلة، يتم تحديد المبلغ المدفوع للخدمات الصحية من موفري الشبكة كنسبة مئوية من أسعار العقد المتفاوض عليها بين الشركة والموفر وليس كنسبة مئوية من رسوم فواتير الموفر. عادة ما يكون السعر المتفاوض عليه للشركة مع الموفر أقل من رسوم فواتير الموفر.
<b>SECTION 14</b>	<b>القسم 14</b>
<b>VAT</b>	<b>ضريبة القيمة المضافة</b>
<b>14.1 VAT:</b> refers to Value Added Tax ("VAT") or any other similar tax chargeable in respect of transactions such as (but not limited to) sales taxes, service taxes, and goods and services tax.	14.1 ضريبة القيمة المضافة: تشير إلى ضريبة القيمة المضافة ("VAT") أو أي ضريبة أخرى مماثلة يتم فرضها فيما يتعلق بالمعاملات مثل (على سبيل المثال لا الحصر) ضرائب المبيعات وضرائب الخدمة وضريبة السلع والخدمات.
<b>14.2 Tax Invoice:</b> an invoice document or similar, which meets the prescribed requirements under the relevant VAT laws.	14.2 فاتورة ضريبية: مستند فاتورة أو ما شابه ، يلبي المتطلبات المنصوص عليها بموجب قوانين ضريبة القيمة المضافة ذات الصلة.
<b>14.3 Pricing clause</b>	<b>14.3 شرط التسعير</b>
a) Any prices, amounts, fees, charges or other amounts which are payable under this contract are exclusive of any applicable VAT. b) In the event that VAT applies on any supply made under this contract, the supplier will be entitled to	أ) أي أسعار أو مبالغ أو رسوم أو مصاريف أو مبالغ أخرى مستحقة الدفع بموجب هذا العقد لا تشمل ضريبة القيمة المضافة المطبقة. ب) في حالة تطبيق ضريبة القيمة المضافة على أي توريد يتم بموجب هذا العقد ، يحق للمورد فرض ضريبة القيمة المضافة بالإضافة إلى

<p>charge the VAT in addition to the prices, amounts, fees, charges or other amounts which are expressed in the contract.</p> <p>c) Where any supplies made under this contract are subject to VAT, the supplier agrees to issue a valid Tax Invoice to the recipient.</p>	<p>الأسعار أو المبالغ أو الرسوم أو المبالغ الأخرى المنصوص عليها في العقد.</p> <p>ج) في حالة خضوع أي توريدات يتم إجراؤها بموجب هذا العقد لضريبة القيمة المضافة ، يوافق المورد على إصدار فاتورة ضريبية صالحة إلى المستلم.</p>
<p><b>14.4 Reimbursements</b> If a party is required to reimburse a second party for any cost or expense incurred by the second party, then the reimbursement will be for the total cost, less the input VAT deductions the second party would be entitled to claim with respect to that cost or expense.</p>	<p><b>14.4 السداد</b> إذا كان أحد الأطراف مطالبًا بتعويض طرف ثانٍ عن أي تكلفة أو مصاريف يتكبدها الطرف الثاني ، فسيكون السداد مقابل التكلفة الإجمالية ، ناقصًا خصم ضريبة القيمة المضافة التي يحق للطرف الثاني المطالبة بها فيما يتعلق بتلك التكلفة أو مصروف.</p>
<p><b>14.5 VAT registration status</b> The parties to this contract are required to promptly provide their VAT registration status and VAT registration number(s) at the request from any other parties to the contract.</p>	<p>حالة التسجيل في ضريبة القيمة المضافة يُطلب من أطراف هذا العقد تقديم حالة تسجيل ضريبة القيمة المضافة ورقم (أرقام) تسجيل ضريبة القيمة المضافة على الفور بناءً على طلب من أي أطراف أخرى في العقد.</p>
<p><b>SECTION 15</b></p>	<p><b>القسم 15</b></p>
<p><b>PERSONAL DATA</b></p>	<p><b>بيانات شخصية</b></p>
<p><b>15.1 Personal data</b> During the course of our business engagement we may need to obtain personal data, as defined by law information, we are obliged in accordance with the aforementioned law to inform the data owner of certain matters and, in certain circumstances obtain their consent prior to collecting the personal data. Where this is required, we will contact the data owner directly, requesting the data owner to provide us with the necessary details. Should we fail to receive written consent from the data owner, our ability to provide you and/or the data owner with our services may be affected.</p>	<p><b>15.1 البيانات الشخصية</b> أثناء سير أعمالنا ، قد نحتاج إلى الحصول على بيانات شخصية ، على النحو المحدد في القانون. المعلومات ، نحن ملزمون وفقًا للقانون المذكور أعلاه بإبلاغ مالك البيانات بأمر معينة ، وفي ظروف معينة الحصول على موافقتهم قبل جمع البيانات المشتركة. عندما يكون ذلك مطلوبًا ، سنتصل بمالك البيانات مباشرةً ، ونطلب من مالك البيانات تزويدنا بالتفاصيل اللازمة. إذا فشلنا في تلقي موافقة خطية من مالك البيانات ، فقد تتأثر قدرتنا على تزويدك و / أو مالك البيانات بخدماتنا.</p>