

health insurance

Membership handbook

Health Perfect and Secure Series



what you need to know

رؤية جديدة / للتأمين
redefining / insurance



Contents

Section	Page No.
1. Introduction	1
2. Important note about pre-existing conditions	2
3. In case of emergency	3
4. Understanding how to get the best from your plan	4
5. Understanding our position on certain medical conditions	9
6. Administering your policy	11
7. Definitions	14
8. What we pay for	18
9. What we do not pay for (exclusions and limitations)	20
10. Making claims	26
11. Joining, renewing and transferring	28
12. What we expect from you	30
13. General	31
14. If any problems arise	32
15. Your customer charter	34

1. Introduction

Your insurance policy comprises your membership statement and benefits table, your membership card, details of your hospital network and other documents related to our services including where applicable any contract we may have with the policyholder who may be the head of the family or your employer.

This handbook, which forms part of this contract, has been designed to set out the key features and benefits of your Healthcare Plan and to clarify our position on some aspects of your cover. It includes general terms, conditions, definitions and exclusions applicable to all members covered by one of our Healthcare Plans.

Details of your personal cover are included in your membership statement and benefits table. If there is anything you would like to clarify further please call your Customer Service.

Team on the number shown on your membership card.

Please take a few moments to refresh your memory about the AXA Healthcare Plan then relax and look forward to the highest standards of service from AXA Insurance. You can rest assured that, whatever the coming year brings, we'll be there to support you.

What your health insurance cover is designed to do

As with all insurance policies your AXA Healthcare Plan is there to cover you for costs arising from an unforeseen event. For healthcare insurance this means

the cost of eligible treatment resulting from an unexpected illness or accident.

You must take care of your own health and not only rely on healthcare professionals to do this for you. When something unfortunate does affect your health we will do our best to help you but we must always act within the limits of your policy.

What our service team is there to do

It is the role of our Customer Service Team to assist you, wherever possible, within the terms and limits of your AXA Healthcare Plan. If you need to call us you will find our number on the reverse of your membership card. For your reference it is:

UAE: +971 (4) 429 4000

Qatar: +974 (4) 412 8733

Bahrain: +973 17 582612

Oman: 800 72926.

Please see your membership card for details of your local office in the AGCC where applicable.

Please take a note of this and keep it in a safe place where you can find it easily. Please have your membership card with you whenever you call our Customer Service Team. The information on your card will help them to deal with your enquiry as quickly as possible.

2. Important note about pre-existing conditions

Why it is important to tell us about pre-existing conditions

Pre-existing (including pre-existing chronic) conditions are those that a member already had, already knew about, should reasonably have known about or for which there were symptoms before the policy started.

Before you were accepted for cover you were given the opportunity to tell us about any pre-existing (including pre-existing chronic) conditions even if you only had symptoms.

Cover for such conditions and anything related to them is taken from benefit number 21.

It is important that you have shared any information about such pre-existing conditions so that we can accurately assess and quickly pay your claims.

If you have not shared this information with us we may have to delay a pre-approval request or claim or may not be able to cover that undeclared condition at all.

Whether or not you told us about any such conditions, or missed some relevant details, we have the right, based on our medical knowledge and experience, to decide that a condition was likely to have been symptomatic or diagnosed before your policy first came into force.

Our decision in such cases is final and we will therefore only provide cover for such conditions in accordance with benefit number 21.

The terms of your membership agreement will apply in any event.

3. In case of emergency

Emergency treatment

We know that in a real emergency you may not have time to contact us for pre-authorization or help with your case. In such circumstances we take a pragmatic approach, so, we ask you to contact us beforehand if you can and it is safe to do so. If it is not, and you need immediate treatment please make that your priority.

Do, however, ask somebody to contact us as soon as possible and make sure that, at the earliest opportunity, whoever is providing treatment is given your membership card and proof of identity so that they can contact us straight away. In any event, under these circumstances, our authorization must be sought and given before you are discharged from care otherwise you may be required to pay the entire cost of your treatment and submit a reimbursement claim to us.

International Emergency Medical Assistance (I.E.M.A.)

If 'IEMA' is included in your benefits table you have access to International Emergency Medical Assistance. This is a worldwide, 24 hours-a-day, 365 days-a-year emergency service providing evacuation or repatriation services. If you need immediate emergency in-patient treatment, where local facilities are unavailable or inadequate, a phone call to the Emergency Control Centre on: +971 4 4294000 will alert the International Emergency Medical Assistance service. Please see the

separate leaflet for full details. Please note that, for your own protection, calls may be recorded in case of subsequent query. Access to this service is provided by AXA Travel Insurance. Please note that entitlement to the evacuation service does not mean that the member's treatment following evacuation or repatriation will be eligible for benefit. Any such treatment will be subject to the terms and conditions of the member's plan.

4. Understanding how to get the best from your plan

Before you go for treatment

Contacting us before receiving treatment

We require you to contact us before receiving any planned admission and some major outpatient treatment. This allows us to help you in a number of ways: by managing your admission and billing, by confirming to you and whoever is giving you treatment that your claim will be eligible, at what cost and for how long treatment is approved. In the unlikely event that there is any difference between our confirmed level of cover and what is requested by the hospital when you are discharged you must make arrangements to pay this before leaving hospital. If you do not contact us it is possible that you will have to pay for all or part of your treatment.

When we pre-authorize cover we will confirm;

- The planned treatment is eligible under your policy;
- The planned treatment is medically necessary;
- The planned treatment will take an appropriate amount of time;
- The planned treatment is within reasonable and customary costs;
- The planned treatment costs falls within the remaining benefit limit of your plan.

Our agreement with you requires you to seek pre-authorization for the following treatment and services:

In-patient and daycare

- All in-patient and daycare admissions;
- All non-emergency tests, diagnostics, treatment, surgery and other medical services;
- All in-patient maternity services;
- All in-patient dental services;
- All psychiatric treatment.

Out-patient

- Non-emergency MRI, CT, PET and Gait
- Scans and internal diagnostics such as but not limited to endoscopy, colonoscopy, gastroscopy, etc;
- Physiotherapy services;
- Prescriptions covering consumables for 30 days or more;
- All out-patient dental services received on direct billing basis;
- All psychiatric treatment.

If you do not obtain pre-authorization as required on page 6 it may prevent us from settling all or part of any claim. If we are obliged to pay for any item not covered by our confirmation we will have to recover that amount from you. In any event any cost that is not directly related to treatment will be borne by the member.

Pre-authorization before an admission may protect you from paying the bill

We try very hard to pre-authorize most treatment within a few hours. However sometimes we need more information about the medical condition, the planned treatment or the medical practitioner. This can take a little time and delay the approval. This is particularly the case when you choose or are obliged to use a provider outside our network or one who is not recognized by us. When this happens you must pre-authorize your treatment at least five days before admission and you must confirm with the provider that our written approval has been received before you undergo treatment. If it has not, you must contact us immediately.

We must be advised of any proposed treatment before treatment begins. If you do not allow us to manage your case, wherever treatment is received, you may be exposed to additional costs.

What we mean by ‘recognized by us’

Around the world there are many highly trained and skilled practitioners and organizations but there are also those who, while being able to demonstrate professional qualification, do not meet acceptable standards of care, experience and/or integrity. We do not ‘recognize’ those who do not meet our standards in this regard. Therefore if you choose to use an ‘unrecognized’ practitioner or provider we will not be able to settle your claim. It is very

important that you check a practitioner or provider’s recognition status with us before undergoing treatment.

Decisions about your treatment

We do not decide whether the treatment you receive is given on an in-patient, daycare or outpatient basis. This is decided by the attending medical practitioner. We will not usually question this unless, in the opinion of our medical team, it would have been more appropriate for treatment to have been given differently. In the unlikely event of this happening we will ask for an explanation of why the particular method of treatment was chosen. We recognize that there may have been a valid reason for the choice made by the medical practitioner. Our intention in questioning such matters is to be able to fairly and accurately assess any claim.

Assessing ‘Reasonable & Customary’ (R&C).

The premium you pay does not depend on your personal claims but on all the claims made by all our customers. Therefore it is in everyone’s interest that we pay only that which is reasonable for treatment. We manage the level of claims around the world by applying a calculation to determine the ‘Reasonable and Customary’ (R&C) cost of any treatment where ever it is received. When in doubt all eligible expenses are reimbursed based on a value equivalent to the average of our negotiated, discounted, cost for that treatment within the network shown for your plan.

Outside the A.G.C.C. eligible expenses incurred will be reimbursed based on the average negotiated, discounted cost for that treatment within our global network for that country.

Where no such arrangement exists in a country, we will use the average of similar costs we have most recently incurred and accepted in that area. Our network R&C assessment will

apply even when the treating medical practitioner refers you for treatment outside our network if that treatment would have been available within our network. Reasonable and customary will apply in any event. If in doubt please contact us before receiving treatment.

Schedule of procedures

In this handbook we refer to a schedule of procedures which is a document that lists the proven surgical procedures for which we pay benefit and classifies them by complexity. Each of the procedures is also given a code number for administrative purposes. There are in excess of 1000 procedures listed, of which about 250 are commonly performed on a daily basis.

This document is written in medical language and it is intended for use by medical practitioners and us to assess the eligibility of proposed treatment and your claim. The schedule is regularly updated to include new, proven, procedures and is retained by us.

Second opinion

We can ask an independent medical practitioner to advise us about the medical fact relating to a claim or to examine the member concerned in connection with the claim. This is needed only very rarely and we use this right only where there is uncertainty as to the nature or extent of the medical condition and/or our liability under the policy.

If you need treatment abroad

If you need treatment abroad, you will need to call AXA Insurance on +971 (4) 429 4000 or one of the numbers shown on your membership card.

If your medical practitioner recommends hospitalization or a major out-patient procedure then call one of the below telephone numbers to confirm that you are entitled to the benefit.

Any bills, together with your completed claim form, should be sent to:

AXA Insurance, P.O. Box 32505, Dubai, UAE.

UAE: + 971 (4) 429 4000

or your local AXA office in

Qatar: +974 (4) 412 8733

Bahrain: +973 175 82612

Oman: 800 72926.

The address of your local office can be found on page 35.

While you are having treatment

Identifying yourself as an AXA member

We have negotiated advantageous terms with hospitals and practitioners around the world.

This is to your advantage as your benefits are eroded more slowly because treatment costs are usually lower than average. To make sure you are benefiting from this, prior to receiving treatment anywhere, you must identify yourself and your eligibility for discounts by showing your AXA medical ID Card, together with a recognized official form of identification, such as a passport, to any provider to show that you are an insured member of an AXA insurance healthcare policy. If you do not ensure that the provider recognizes your entitlement to our discounted services you may have to pay any difference between the invoice value and our negotiated price.

Any questions?

Although we have tried to include as much useful information in this handbook as possible if you have any questions about your cover then please direct these, either to your HR Department for company schemes or AXA Insurance for individual and family policies.

Details of how to contact us are shown on the introductory page.

Claim forms	You can visit our website at www.axa-gulf.com to obtain a printable claim form if you need one. You must provide a completed claim form, signed by the medical practitioner and the member, for any visit whether this is to a practitioner, hospital, clinic, pharmacy, diagnostic centre or any other facility where medical services may be received.
Claim forms inside our directbilling network	When you register at a direct-billing network and identify yourself as a member you should be given a claim form. If not, please ask for one. It is your responsibility to ensure that this is fully completed and signed by you and the attending medical practitioner. The direct-billing network hospital will send the completed claim form to us. Outside the AGCC you will need to print a claim form from our website before receiving treatment and take it with you for the Medical Practitioner to complete and sign.
Claim forms outside our direct-billing network	If you are not being treated in a hospital listed in the direct billing network covered by your plan a different process applies. You must take a claim form with you (available from our website) and make sure it is filled in and signed by yourself and the medical practitioner treating you and sent back to us as quickly as possible, giving us all the information we request (Only original receipted invoices can be accepted with your claim). A fully completed claim form will ensure your claim will be processed promptly. An incomplete or unsigned claim form may delay settlement of your claim and in some cases may lead to the claim form being returned to you for completion. It may be necessary for us to obtain a medical report from the attending medical practitioner. If the medical practitioner does not respond quickly to such a request your claim may be delayed. We do not pay for medical reports. For treatment requiring our preauthorization such approval must be received from us, in writing, prior to treatment commencing. A copy of that authorization must be included in your subsequent claim. Please note that, for reimbursement claims, we will only consider claims made within 90 days of treatment being received. You can visit our website: www.axa-gulf.com/uae/en/group-healthcare to obtain a printable preauthorisation form if you need one.
Where to send your claims	Any bills, together with your completed claim form, should be sent to: AXA Insurance, P.O. Box 32505, Dubai, UAE. Tel: + 971 (4) 429 4000 or your local AXA office in Qatar (QFC branch): 800 2921 Bahrain: +973 175 82612 Oman: 800 72926. The address of your local office can be found on page 33.
Payment in local currency	Regardless of your area of residence you must pay your premiums in United Arab Emirati Dirhams, Bahraini Dinars, Omani Rials or Qatari Riyals. Claims reimbursement will be paid in the same currency unless we have previously agreed otherwise in writing. Benefits paid in a local currency will be converted using the closing midpoint exchange rate published in the Financial Times Guide to World Currencies current when we assess the claim.

5. Understanding our position on certain medical conditions

Our position on chronic conditions first arising after you have been accepted for membership

We provide cover for such conditions up to the limit shown for the benefit number 21 in the Benefit Table applicable to your plan. This benefit is only available for treatment of chronic conditions for which first symptoms became apparent after the member was accepted by us for cover on a particular plan.

If there were any symptoms prior to inception of your policy these must have been declared to us, in good faith, in accordance with the previous section. Provided such a declaration was made and accepted by us treatment of the condition will be covered under the 'Preexisting conditions' benefit shown for your plan.

Please note that the limit shown for this benefit under your plan applies for each member each year and is an aggregate one. Thus the level shown is for all such conditions collectively. Only recognized, proven and necessary treatment, prescribed by a medical practitioner, will be eligible for benefit.

Our position on cancer care

Oncology treatment and related eligible expenses, where applicable to a medical condition or symptoms that existed prior to the member first being accepted by us for cover, will be subject to the terms and limits applying to

benefit number 21 shown in the benefit table applicable to your plan.

Where oncology treatment and related eligible expenses apply to a medical condition arising after the date of acceptance of a member by us for cover under any plan, such costs will be payable out of the overall limits of the plan under which the member is covered at the time of first diagnosis of the condition. The maintenance phase of any treatment will fall under and be taken from benefit number 22. Upgrades of plans will not be accepted for cancer care under any circumstances.

In any event benefits for oncology and related treatment will only be payable for three years in a member's lifetime.

Our position on kidney dialysis

We will consider kidney dialysis treatment, received for any reason, as treatment of a chronic condition and therefore subject to the limits of those benefits covering treatment of chronic conditions either pre-existing or arising after policy inception whichever is applicable.

Our position on genetic testing

We do not pay for genetic tests even as part of health screening, nor for any counselling made necessary following genetic tests, when those tests are undertaken to establish whether or not the member may be genetically disposed to the development of a medical condition in the future. This

is because such tests are carried out for purposes of establishing whether a medical condition might develop and not for the identification of treatment of a medical condition. It follows that benefit cannot be paid for genetic testing or associated counseling carried out for such purposes.

Our position on psychiatric illness

Your policy covers treatment of psychiatric illness up to the level shown in the benefits table for your plan. The member being treated or any member of his/her immediate family must contact us to obtain our written approval of the treatment planned and the proposed cost before treatment begins.

Please note that the member will be required to pay 30% of any benefit we pay.

6. Administering your policy

What happens when you want to move to another plan

You can ask us to upgrade or downgrade your cover at any policy anniversary. Please tell us at least 30 days in advance so that we can be sure that any change takes effect from the renewal date. We will do our best to accommodate your request but we reserve the right to decline any request to amend your cover. In the event that we do accept a request for an upgrade we may restrict cover for conditions existing at the time of the upgrade to the level of benefits enjoyed under the original policy. In the case of a downgrade in cover new policy terms will apply immediately upon renewal. In any event, final acceptance of any amendment by us will only be made at the next renewal following such a request. Amendments cannot be made during the policy year under any circumstances. Any condition known about or that should reasonably be known about at the time of any amendment must be advised to us, in good faith, before the policy amendment takes effect.

What to do if you wish to add other members to your policy

If you want to add someone else to an existing policy we will send you the forms to complete and you must give all the information we request.

You can ask to add family members to your policy at any time. Any newborn infant may be added to the mother's policy within 30 days of the moment of birth, with the child's cover being

effective from that point, provided the mother's cover is in force at the time of delivery.

If the mother is not covered by us at the time of delivery a newborn baby may only be added to the father's policy and be eligible for benefit after final discharge of the child into parental care. Please note that we are not obliged to accept any additional member. If we do accept an additional member during the policy year we may add an administration fee to the prorata premium charged.

The additional member's policy anniversary will be the same as that of the original policy however any waiting period applicable to a benefit under the policy will start from the date the additional member joins.

Transferring to a policy that is not provided by AXA Insurance

If you are planning to change your principal country of residence (where you live for most of the year) you must tell us. You may transfer to an AXA PPP healthcare UK Plan (in the UK only) or International Health Plan, available at the time of transfer, with no additional medical underwriting exclusions. This can be done when you leave your principal country of residence and cancel your residence permit provided that:

a) Such a plan is available and AXA PPP healthcare may legally provide it in the country to which you are going. You will need to meet any residence or other criteria required for us to be able

to provide you with that plan in that country.

b) You provide us with a fully completed and signed application form (both variants are obtainable from the AXA PPP healthcare website or your current insurer) to reach us within one month of the termination of your local plan or of leaving the country, whichever is earlier. Please ask AXA Insurance for evidence of recent membership if you do not already have it in the form of your current or most recent membership statement.

c) You have been a member of your current AXA Insurance plan for a minimum of one year and have paid your premiums for that period.

d) You accept the price offered by AXA PPP healthcare in the UK for the plan you have chosen.

This will be above the normally published rate for that plan and reflects the increased risks posed by such transfers.

Please note that we reserve the right to deny cover if we believe that the transfer is being requested just to obtain enhanced benefits for a condition about which you are or reasonably should be aware. You must, in good faith, declare any such conditions on your application form at the time of requesting a transfer.

In the first instance please contact the AXA PPP International Sales Centre on **+44 (0)1892 512345**, if you are thinking about or actually wanting to

make a transfer. You will need to give your approval for AXA Insurance to release your policy history. Transfer administration can be complicated so, by giving us as much notice as possible, you will help to ensure your new cover starts when it is needed.

Where AXA PPP healthcare is unable to provide continuous cover we will, with your permission, provide all possible details of your claims history with us to any company to which you are applying to help both you and they to make an informed decision about your transfer request. It will be the company to which you are applying that will agree with you, if cover can be provided, at what level that will be.

What happens if you wish to cancel your policy

You may cancel your policy at any time by giving us no less than 30 days notice in writing.

Bearing in mind that this is an annual contract we will not refund premiums if any claim, however small, has been made in the current policy year. In the event that we do agree to make a refund (and this will be at our sole discretion), we will only refund premiums on a pro-rata basis from the end of the Gregorian calendar month in which cancellation takes effect.

Note: We will make an administrative charge of no less than 20% of the annual premium for any cancellation to which we agree. Please also note that no claim of any kind will be considered

after notification by you and acceptance by us of any cancellation.

For group policies where the number of employees (absolute minimum six) determines eligibility for a discounted group premium we reserve the right to apply a minimum premium requirement reflecting that number of employees, in the event of deletion of one or more employees.

What this membership agreement means

This document sets out the terms of your membership agreement with us and must be read in conjunction with any supplementary documentation we provide to you from time to time (e.g. your membership statement including your Benefit Table, any Group Summary Benefits Table, your membership card and International Emergency Medical Assistance terms). We have tried to keep this as simple as possible however, if there is anything you do not understand or would like to clarify, please contact us. Decisions regarding your benefits and/or changes to the terms of your membership agreement cannot be made verbally but must be confirmed by us in writing. We may record calls for your protection in the event of subsequent query or for training purposes.

In any insurance document you will find detailed definitions, terms and exclusions. This is where you will find those forming part of the contract between us. Please read them carefully and ask us if there is anything you do not understand.

7. Definitions

Some words and phrases have special meanings. These meanings are set out below. When we use these terms they are in bold print.

Area/area of cover

one of the following:

- **Area 1:** Worldwide
- **Area 2:** Worldwide excluding the USA.
- **Area 3:** Arabian Gulf Cooperation Council member countries being Saudi Arabia, Kuwait, Bahrain, Qatar, UAE and Oman plus Iran, Lebanon, Jordan, Syria, Egypt, India, Pakistan, Sri Lanka, Bangladesh, Korea, the Philippines, Indonesia, Nepal & Bhutan.
- **Area 4:** Your principal country of residence being one of the Arabian Gulf Cooperation Council member countries being Bahrain, Qatar, UAE and Oman.
- **Area 5:** Your principal country of residence being one of the Arabian Gulf Cooperation Council member countries being Bahrain, Qatar, UAE and Oman plus your home country being any one of India, Pakistan, Sri Lanka, Bangladesh, The Philippines, Nepal & Bhutan.

Area of residence

Normally the United Arab Emirates, Oman, Qatar or Bahrain or your principal country of residence as defined in (Principal country of residence, page 18).

Benefits table

The table applicable to your plan showing the maximum benefits we will pay for each member.

Chronic

A medical condition or episode of ill health which persists for a long period or indefinitely.

Company

Your employer and/or sponsor.

Company agreement

An agreement we have with the company which allows you to be registered as the policyholder. That agreement sets out who can be covered, when cover begins, how it is renewed, and how the premiums are paid.

Currency

The currency, United Arab Emirate Dirhams, Bahraini Dinars, Omani Rials or Qatari Riyals in which claims reimbursed to the member will be paid and in which premiums must be paid.

Enrolment/time of enrolment

With effect from 23:59 hours on the date that a member is accepted by us and premium for the member's plan has been received and accepted by us. Any anniversary at which we have accepted the member under the conditions applicable at that time.

Family member

Your partner and your unmarried children (or those of your partner) living

with you when you take out the policy or when it is renewed. By partner we mean your husband or wife with whom you live permanently. Children cannot stay on your policy after the renewal date following their 21st birthday.

Group

When the person paying the premium for the policy is not the member benefiting from cover under the plan and is not a family member. Normally this will be the member's employer or sponsor.

Hospital

Any establishment which is licensed as a medical or surgical hospital clinic, specialist centre or provider in the country where it operates and which is recognised by us.

Hospital beds directory/directory of hospitals/ direct billing network list

A document we publish in which those hospitals with which we have direct settlement facilities are shown. Policyholders should use a hospital listed in the hospital beds directory except in the case of emergency where this may not be possible.

Lapse

The termination of cover.

Lifetime

The period in which the member is alive. This does not refer to the life of the policy.

Medical condition

Any disease, illness or injury, including psychiatric illness.

Medical practitioner

A person who, being recognised by us, has the primary degrees in the practice of medicine and surgery following attendance at a recognised medical school and who is licensed to practice medicine by the relevant licensing authority where the treatment is given. By "recognised medical school" we mean "a medical school which is listed in the current World Directory of Medical Schools published by the World Health Organisation".

Member/policyholder

You and any family member included in your policy.

Notice of Cancellation at Anniversary Date

Unless we and/or you have agreed before the end of the year to renew the policy, cover will cease on the anniversary date. This will happen whether or not written notice of cancellation has been given by us to you.

Nurse

A qualified nurse who is registered to practice as such where the treatment is given and is recognised by us.

Physiotherapist

A person who is qualified and licensed to practice as a physiotherapist where the treatment is given and who is recognised by us.

Plan

Any plan in the AXA Insurance (Gulf) B.S.C.(c) plan range.

Policy

The insurance contract between you and us. Its full terms are set out in the current versions of the following documents as sent to you from time to time:

- any application form we ask you to fill in.
- these terms and the benefits table setting out the cover under your plan.
- your membership statement and our letter of acceptance.
- the hospital beds directory or list of hospitals which you may use if such a list is attached to this document as part of a group contract. When such a list is attached to a group contract it will take precedence over the hospital beds directory.

Changes to these terms must be confirmed in writing and we will write to you to confirm any changes, undertakings or promises that we make.

Prescription

Out-patient drugs and dressings as prescribed by a medical practitioner for the treatment of a medical condition covered by the member's policy.

Principal country of residence

The country where you live or intend to live for most of the year being 185 days or more and which will be shown

as your address and place of residence in our records.

Schedule of procedures

A document we maintain which lists the surgical procedures we pay benefits for and classifies them according to their complexity.

Surgical procedure

An operation or other invasive surgical intervention listed in the schedule of procedures.

Treatment

A surgical procedure or medical procedure carried out by a medical practitioner. This includes:

- diagnostic procedures – consultations and investigations needed to establish a diagnosis.
- in-patient treatment – treatment at a hospital where the member has to stay in a hospital bed for one or more nights.
- daycare treatment – treatment at a hospital, daycare unit or out-patient clinic where the member is admitted to a hospital bed but does not stay overnight.
- out-patient treatment – treatment at an out-patient clinic, a medical practitioner's consulting rooms or in a hospital where the member is not admitted to a bed.

United Kingdom

Great Britain and Northern Ireland, including the Channel Islands and the Isle of Man.

Visit

Each separate occasion that the member meets with a medical practitioner and receives a consultation and/or treatment for a medical condition.

We/us/our

AXA Insurance (Gulf) B.S.C(c).

Year

Twelve Gregorian calendar months from when your policy began or was last renewed unless we have agreed something different with the company.

You

The policyholder named on your membership statement (in the case of large group schemes this may be each member on a list of members agreed with the company or the company itself).

8. What we pay for

1. This policy insures the members against the cost of necessary treatment carried out by a medical practitioner. However, we will pay only:
 - a. For charges actually incurred for items listed in your benefits table subject to the limits shown there. Note: if you incur costs in excess of the limits you will have to pay the difference;
 - b. for treatment of a medical condition which is commonly known to respond quickly to treatment. When the medical condition has been stabilized we may stop making payments. We reserve the right to determine when a medical condition has become chronic or recurrent in nature;
 - c. if the charges made by the medical practitioner, laboratory or other such medical service, are at the level customarily charged by medical practitioners generally for the services received. If necessary we can delay paying the claim until we are satisfied that the charges are appropriate. If the charges made by the medical practitioner, are higher than is customary we will only pay the amount which is, in our experience, customarily charged and the member will have to pay the rest;
 - d. for treatment by a suitably qualified physiotherapist, chiropractor, osteopath, homeopath, acupuncturist recognised by us or for the services of a nurse if the plan covers it and then only as allowed by the benefits table;
 - e. provided the costs are not for something excluded by the terms of this policy;
 - f. for costs incurred during a period for which the premium has been paid;
 - g. treatment of conditions that existed prior to inception of this plan/Scheme except where such treatment relates to a condition that has previously been excluded or subject to a moratorium by AXA Insurance or any previous insurer and such exclusion or moratorium has not expired; or as allowed for by your plan;
 - h. the initial diagnosis and stabilization of a chronic condition (a medical condition that does not respond quickly to treatment or recurs) arising after policy inception.
- Stabilization means that, in the event of such a medical condition entering an acute phase (flaring-up), treatment to return the condition to a stable state will be covered.

However we will not pay for routine, long term maintenance aimed at controlling and monitoring the condition once stabilized such as routine consultation and/or medications whether or not these are prescribed by a medical practitioner unless allowed for by the benefits table and accepted by us in writing;

- i. Prescriptions, being out-patient drugs and dressings as prescribed by a medical practitioner for the treatment of a medical condition covered by the member's policy provided that this cover is included in your plan.

PLEASE NOTE THAT WE DO NOT PAY FOR STANDARD TOILETRIES SUCH AS, BUT NOT LIMITED TO, SHAMPOOS, SOAPS, TOOTH-PASTES, CONTRACEPTIVES, PROPRIETARY HEADACHE AND COLD CURES, VITAMINS (EVEN IF PRESCRIBED) ETC. WHICH MAY BE BOUGHT OVER THE COUNTER, WITHOUT PRESCRIPTION, AT A LOCAL PHARMACY NOR DO WE PAY FOR TELEPHONE CALLS OR MEDIA SERVICES.

PLEASE ALSO NOTE THAT WE DO NOT PAY FOR MINERALS, HERBAL REMEDIES AND OTHER DIETARY SUPPLEMENTS EXCEPT AS PART OF YOUR ALTERNATIVE THERAPY AND ONLY WHEN WE RECOGNISE THESE AS LEGITIMATE TREATMENTS.

2. If treatment is received in United Arab Emirates, Saudi Arabia, Bahrain, Oman, or Qatar we will normally only make direct settlement payments for charges made by, or incurred in, a hospital listed in the hospital beds directory or your list of hospitals attached to this document (as defined in hospital and hospital bed, page 15). If it is medically necessary to use another hospital and we have specifically agreed, in writing, to its use before the treatment begins (and we will not unreasonably refuse to agree) we will try to arrange direct settlement facilities. Please be aware that some providers refuse to entertain such arrangements.

We will only pay the hospital accommodation charges associated with the treatment up to a reasonable level. i.e. the use of a single-bedded room with its own bathroom.

9. What we do not pay for (exclusions and limitations)

1. WE DO NOT PAY FOR THE FOLLOWING:

- a. TREATMENT OF ANY MEDICAL CONDITION (AND ITS ASSOCIATED MEDICAL CONDITIONS WHETHER DIAGNOSED OR NOT) WHICH THE MEMBER ALREADY HAD WHEN HE OR SHE JOINED AND WHICH YOU SHOULD HAVE TOLD US ABOUT BUT DID NOT TELL US AT ALL OR DID NOT TELL US EVERYTHING UNLESS WE HAD AGREED OTHERWISE IN WRITING THAT THERE WAS NO NEED FOR YOU TO TELL US.

THIS INCLUDES ANY MEDICAL CONDITION OR SYMPTOMS WHETHER OR NOT BEING TREATED AND ANY PREVIOUS MEDICAL CONDITION WHICH RECURS OR WHICH THE MEMBER SHOULD REASONABLY HAVE KNOWN ABOUT EVEN IF HE OR SHE HAS NOT CONSULTED A MEDICAL PRACTITIONER;

- b. NON-SURGICAL TREATMENT OF A MEDICAL CONDITION WHICH DOES NOT RESPOND QUICKLY TO TREATMENT OR WHICH CONTINUES OR RECURS UNLESS ALLOWED FOR BY THE BENEFITS TABLE AND ACCEPTED BY US IN WRITING;
- c. THE MONITORING OF A MEDICAL CONDITION ONCE IT HAS BEEN STABILIZED UNLESS ALLOWED FOR BY THE BENEFITS TABLE AND ACCEPTED BY US IN WRITING;
- d. ANY SURGICAL PROCEDURE WHICH IS NOT LISTED IN THE

SCHEDULE OF PROCEDURES, UNLESS WE HAVE AGREED, IN WRITING, BEFOREHAND;

- e. ANY TREATMENT WHICH ONLY OFFERS TEMPORARY RELIEF OF SYMPTOMS RATHER THAN DEALING WITH THE UNDERLYING MEDICAL CONDITION;
- f. NORMAL PREGNANCY OR CHILDBIRTH (DELIVERY) UNLESS THIS IS SPECIFICALLY INCLUDED IN YOUR BENEFITS TABLE - BUT WE WILL PAY FOR TREATMENT OF A MEDICAL CONDITION WHICH IS DUE TO AND OCCURS DURING THE PREGNANCY OR CHILDBIRTH EXCEPT CAESAREAN SECTION. CAESAREAN SECTION AND ANY COMPLICATION RELATED TO IT IS NOT COVERED UNLESS YOUR PLAN PROVIDES FOR 'DELIVERY' AND THIS IS NOT LIMITED BY ANY WAITING PERIOD APPLICABLE TO YOUR PLAN. IN THIS EVENT CAESAREAN SECTION AND ANY RELATED COMPLICATIONS WILL BE COVERED UNDER THE 'DELIVERY' BENEFIT AND SUBJECT TO THE LIMIT SHOWN THERE. WE WILL NOT PAY FOR TREATMENT OF ANY MEDICAL CONDITION THAT ARISES DURING PREGNANCY OR CHILDBIRTH (DELIVERY) IF THE PREGNANCY WAS A RESULT OF ANY FORM OF ASSISTED CONCEPTION INCLUDING ARTIFICIAL INSEMINATION. WE WILL SEND YOU A LIST OF THE MEDICAL CONDITIONS WE PAY FOR IF YOU ASK US;

- g. TREATMENT BEGUN, OR FOR WHICH THE NEED HAD ARISEN, DURING THE FIRST 90 DAYS AFTER BIRTH FOR ANY CHILD CONCEIVED BY ARTIFICIAL MEANS OR ANY FORM OF ASSISTED CONCEPTION INCLUDING ARTIFICIAL INSEMINATION;
- h. TERMINATION OF PREGNANCY OR ANY CONSEQUENCES OF IT;
- i. INVESTIGATIONS INTO AND TREATMENT OF INFERTILITY, CONTRACEPTION, ASSISTED REPRODUCTION, STERILIZATION (OR ITS REVERSAL) OR ANY CONSEQUENCE OF ANY OF THEM OR OF ANY TREATMENT FOR THEM;
- j. TREATMENT OF IMPOTENCE, SEXUAL DYSFUNCTION OR ANY CONSEQUENCE OF THEM;
- k. TREATMENT OF SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES OR ANY CONSEQUENCE OF IT;
- l. TREATMENT WHICH ARISES FROM OR IS DIRECTLY OR INDIRECTLY MADE NECESSARY BY A SEX CHANGE;
- m. TREATMENT OF ANY MEDICAL CONDITION WHICH ARISES IN ANY WAY FROM HIV INFECTION;
- n. TREATMENT OF OBESITY OR ANY MEDICAL CONDITION WHICH ARISES FROM, OR IS RELATED TO, OBESITY IN ANY WAY INCLUDING BUT NOT LIMITED TO THE USE OF GASTRIC BANDING OR STAPLING, THE REMOVAL OF FAT OR SURPLUS TISSUE (INCLUDING LIPOMA) FROM ANY PART OF THE BODY WHETHER OR NOT NEEDED FOR MEDICAL OR PSYCHOLOGICAL REASONS;
- o. THE COSTS OF COLLECTING DONOR ORGANS FOR TRANSPLANT SURGERY OR ANY ADMINISTRATION COSTS INVOLVED EVEN IF SUCH TRANSPLANTS ARE ALLOWED BY THE TERMS OF THIS PLAN;
- p. TREATMENT WHICH ARISES FROM OR IS DIRECTLY OR INDIRECTLY CAUSED BY A DELIBERATELY SELF-INFLICTED INJURY OR AN ATTEMPT AT SUICIDE;
- q. TREATMENT WHICH ARISES FROM OR IS IN ANY WAY CONNECTED WITH ALCOHOL ABUSE OR DRUG OR SUBSTANCE ABUSE OR ANY ADDICTION;
- r. ANY TREATMENT TO CORRECT LONG OR SHORTSIGHTEDNESS;
- s. TREATMENT DIRECTED TOWARDS DEVELOPMENTAL DELAY IN CHILDREN WHETHER PHYSICAL OR PSYCHOLOGICAL OR LEARNING DIFFICULTIES;
- t. PREVENTIVE (I.E.: PROPHYLACTIC) TREATMENT;
- u. VACCINATIONS AND ROUTINE OR PREVENTATIVE MEDICAL EXAMINATIONS (OTHER THAN HEALTH SCREENS AS ALLOWED FOR BY YOUR PLAN), INCLUDING ROUTINE FOLLOW-UP CONSULTATIONS;

- v. THE COSTS OF PROVIDING OR FITTING ANY EXTERNAL PROSTHESIS OR APPLIANCE;
- w. OUT-PATIENT DRUGS OR DRESSINGS EXCEPT THOSE DEFINED IN 8.1 (I), PRESCRIPTIONS, AND WHERE YOUR POLICY PROVIDES THIS COVER;
- x. ORTHODONTICS, PERIODONTICS, ENDODONTICS, PREVENTATIVE DENTISTRY, AND GENERAL DENTAL CARE INCLUDING FILLINGS, NO MATTER WHO GIVES THE TREATMENT UNLESS PROVIDED FOR BY YOUR PLAN AND AGREED, IN WRITING, BY US;
- y. CLAIMS IN RESPECT OF TREATMENT RECEIVED OUTSIDE THE AREA OF COVER OR IF THE MEMBER TRAVELLED AGAINST MEDICAL ADVICE EVEN INSIDE THE AREA OF COVER;
- z.
 - i. PROFESSIONAL SPORTS – ANY TREATMENT COSTS INCURRED AS A RESULT OF ENGAGING IN OR TRAINING FOR ANY SPORT FOR WHICH YOU RECEIVE A SALARY OR MONETARY REIMBURSEMENT, INCLUDING GRANTS OR SPONSORSHIP (UNLESS YOU RECEIVE TRAVEL COSTS ONLY).
 - ii. DANGEROUS SPORTS – TREATMENT OF INJURIES SUSTAINED FROM BASE JUMPING, CLIFF DIVING, FLYING IN AN UNLICENSED AIRCRAFT OR AS A LEARNER, MARTIAL ARTS, FREE CLIMBING, MOUNTAINEERING WITH OR WITHOUT ROPES, SCUBA DIVING TO A DEPTH OF MORE THAN 10 METRES, TREKKING TO A HEIGHT OF OVER 2,500 METRES, BUNGEE JUMPING, CANYONING, HANGGLIDING, PARAGLIDING OR MICROLIGHTING, PARACHUTING, POTHOLING, SKIING OFF PISTE OR ANY OTHER WINTER SPORTS ACTIVITY CARRIED OUT OFF PISTE.
- aa. ANY TREATMENT SPECIFICALLY EXCLUDED BY THE TERMS SHOWN ON YOUR MEMBERSHIP STATEMENT OR THE SCHEDULES FORMING PART OF THIS AGREEMENT;
- ab. ANY CHARGES WHICH ARE INCURRED FOR SOCIAL OR DOMESTIC REASONS OR FOR REASONS WHICH ARE NOT DIRECTLY CONNECTED WITH TREATMENT SUCH AS BUT NOT LIMITED TO STANDARD TOILETRIES, SHAMPOOS, SOAPS, TOOTH-PASTES, CONTRACEPTIVES, PROPRIETARY HEADACHE AND COLD CURES, VITAMINS (EVEN IF PRESCRIBED) ETC. WHICH MAY BE BOUGHT OVER THE COUNTER, WITHOUT PRESCRIPTION, AT A LOCAL PHARMACY NOR DO WE PAY

FOR TELEPHONE CALLS OR OTHER MEDIA SERVICES;

- ac. ANY CHARGES FROM HEALTH HYDROS, SPAS, NATURE CURE CLINICS (OR PRACTITIONERS) OR ANY SIMILAR PLACE, EVEN IF IT IS REGISTERED AS A HOSPITAL;
- ad. ANY CLAIM OR PART OF A CLAIM IN RESPECT OF WHICH YOU HAVE TO PAY AN EXCESS (OR DEDUCTIBLE OR CO-INSURANCE). IN THIS CASE WE WILL ONLY PAY THE BALANCE OF THE CLAIM AFTER WE HAVE DEDUCTED THE EXCESS (OR DEDUCTIBLE OR CO-INSURANCE) AMOUNT;
- ae. IN-PATIENT OR DAYCARE TREATMENT IN UNITED ARAB EMIRATES, SAUDI ARABIA, BAHRAIN, OMAN, OR QATAR UNLESS AS DEFINED IN CLAUSE 8.2 ABOVE;
- af. IN-PATIENT, DAYCARE OR OUT-PATIENT TREATMENT IN UNITED STATES OF AMERICA UNLESS ALLOWED FOR IN YOUR PLAN;
- ag. IN-PATIENT CHARGES FOR ANY HOSPITAL WHICH ARE UNREASONABLE OR EXCESSIVE. WE WILL PAY ONLY FOR THE REASONABLE COST OF A SINGLE BEDDED ROOM WITH ITS OWN BATHROOM AS THE ACCOMMODATION CHARGE ASSOCIATED WITH THE TREATMENT GIVEN;
- ah. ANY CHARGES FOR TREATMENT RELATED TO AND/OR THE CORRECTION OF CONGENITAL

CONDITIONS AND/OR DEFORMITIES WHETHER OR NOT MANIFEST AND/OR DIAGNOSED OR KNOWN ABOUT AT BIRTH.

- ai. ANY CHARGES FOR TREATMENT REQUIRED AS A RESULT OF ANY ILLEGAL ACTION ON THE PART OF THE MEMBER REQUIRING TREATMENT;
- aj. ANY CHARGES FOR MEDICAL REPORTS, REGISTRATION OR ADMISSION FEES OF ANY KIND;

2. SPECIAL TERMS APPLY IN THE FOLLOWING CASES.

WE WILL NOT PAY BENEFITS FOR:

- a. COSMETIC (AESTHETIC) SURGERY OR TREATMENT, OR ANY TREATMENT WHICH RELATES TO OR IS NEEDED BECAUSE OF PREVIOUS COSMETIC TREATMENT. HOWEVER WE WILL PAY FOR RECONSTRUCTIVE SURGERY IF:
 - i. IT IS CARRIED OUT TO RESTORE FUNCTION OR APPEARANCE AFTER AN ACCIDENT OR FOLLOWING SURGERY FOR A MEDICAL CONDITION, PROVIDED THAT THE MEMBER HAS BEEN CONTINUOUSLY COVERED UNDER A PLAN OF OURS SINCE BEFORE THE ACCIDENT OR SURGERY HAPPENED; AND
 - ii. IT IS DONE AT A MEDICALLY APPROPRIATE STAGE AFTER THE ACCIDENT OR SURGERY;

- AND
- iii. III. WE AGREE THE COST OF THE TREATMENT IN WRITING BEFORE IT IS DONE.
 - b. ANY DENTAL PROCEDURE UNLESS PROVIDED FOR BY YOUR PLAN. HOWEVER, WE WILL PAY FOR SOME SURGICAL PROCEDURES WHICH NEED TO BE CARRIED OUT BY AN ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGEON. WE WILL SEND YOU A LIST OF THESE PROCEDURES IF YOU ASK US.
 - c. SPECIAL NURSING IN HOSPITAL AND/OR ANY NURSING AT HOME UNLESS WE HAVE AGREED IN WRITING BEFOREHAND THAT IT IS NECESSARY AND APPROPRIATE.
 - d. HORMONE REPLACEMENT THERAPY, EXCEPT WHEN IT IS MEDICALLY INDICATED (RATHER THAN FOR THE RELIEF OF PHYSIOLOGICAL SYMPTOMS), WHEN WE WILL PAY FOR THE CONSULTATIONS AND FOR THE COST OF THE IMPLANTS OR PATCHES (BUT NOT TABLETS). WE WILL ONLY PAY BENEFITS FOR A MAXIMUM OF EIGHTEEN MONTHS FROM THE DATE OF THE FIRST CONSULTATION.
 - e. IN-PATIENT REHABILITATION EXCEPT WHEN:
 - IT IS AN INTEGRAL PART OF TREATMENT; AND
 - IT IS CARRIED OUT BY A MEDICAL PRACTITIONER SPECIALISING IN REHABILITATION; AND
 - IT IS CARRIED OUT IN A REHABILITATION HOSPITAL OR UNIT WHICH IS RECOGNISED BY US; AND
 - THE COSTS HAVE BEEN AGREED, IN WRITING, BY US BEFORE THE REHABILITATION BEGINS.
- WE WILL NOT PAY FOR IN-PATIENT REHABILITATION FOR MORE THAN 28 DAYS EXCEPT IN CASES SUCH AS IN SEVERE CENTRAL NERVOUS SYSTEM DAMAGE CAUSED BY EXTERNAL TRAUMA.
- f. TREATMENT WHICH HAS NOT BEEN ESTABLISHED AS BEING EFFECTIVE OR WHICH IS EXPERIMENTAL. HOWEVER WE WILL PAY IF, BEFORE THE TREATMENT BEGINS, IT IS ESTABLISHED THAT THE TREATMENT IS RECOGNISED AS APPROPRIATE BY AN AUTHORITATIVE MEDICAL BODY AND WE HAVE AGREED IN WRITING, WITH THE MEDICAL PRACTITIONER, WHAT THE FEES WILL BE.
3. WE WILL NOT PAY BENEFITS FOR MORE THAN 100 DAYS IN TOTAL IN ANY MEMBER'S LIFETIME FOR INPATIENT TREATMENT OF PSYCHIATRIC ILLNESS.
 4. WE WILL NOT PAY FOR ANY TREATMENT, OR FOR INTERNATIONAL EMERGENCY

MEDICAL ASSISTANCE, IF THEY ARE NEEDED AS A RESULT OF NUCLEAR CONTAMINATION, BIOLOGICAL CONTAMINATION OR CHEMICAL CONTAMINATION, WHILST ENGAGING IN OR TAKING PART IN WAR, ACT OF FOREIGN ENEMY, INVASION, CIVIL WAR, RIOT, REBELLION, INSURRECTION, REVOLUTION, OVERTHROW OF A LEGALLY CONSTITUTED GOVERNMENT, EXPLOSIONS OF WAR WEAPONS OR ANY SIMILAR EVENT TO ONE OF THOSE LISTED.

PLEASE NOTE, FOR CLARITY: THERE IS COVER FOR TREATMENT REQUIRED AS A RESULT OF A TERRORIST ACT PROVIDING THAT TERRORIST ACT DOES NOT RESULT IN NUCLEAR, BIOLOGICAL OR CHEMICAL CONTAMINATION.

5. WE WILL NOT PAY BENEFITS FOR ANY TREATMENT IF WE HAVE NOT RECEIVED A PROPERLY COMPLETED CLAIM FORM AND ORIGINAL INVOICES WITHIN 90 DAYS OF THE TREATMENT BEING GIVEN.
6. WE WILL NOT PAY BENEFITS FOR ANY TREATMENT NEEDED AS A RESULT OF WORK RELATED ACCIDENT OR INJURY WHERE THE COST OF SUCH TREATMENT IS NORMALLY RECOVERABLE UNDER WORKMAN'S COMPENSATION, G.O.S.I OR SIMILAR GOVERNMENT ACT PREVAILING AT THE TIME OF INJURY OR ACCIDENT. YOU MUST

ADVISE US IF ANY CLAIM IS WORK RELATED.

7. WE WILL NOT ALLOW MEMBERS TO UPGRADE THEIR LEVEL OF COVER EXCEPT AT EACH POLICY ANNIVERSARY AND ONLY THEN WHEN REQUESTED, IN WRITING, TO DO SO. ACCEPTANCE BY US OF SUCH AN UPGRADE MUST BE CONFIRMED IN WRITING BY US BEFORE THE UPGRADE CAN BECOME EFFECTIVE.
8. WE WILL NOT PAY UPGRADED BENEFIT LEVELS FOR TREATMENT OF ANY MEDICAL CONDITION WHICH AROSE OR SHOULD REASONABLY HAVE BEEN FORESEEN BY THE MEMBER PRIOR TO THE UPGRADE BECOMING EFFECTIVE. MEMBERS ARE REQUIRED TO DECLARE ANY SUCH MEDICAL CONDITION TO US WHEN REQUESTING THE UPGRADE. WHERE SUCH A MEDICAL CONDITION IS, OR BECOMES, APPARENT BENEFITS FOR SUCH A MEDICAL CONDITION WILL BE RESTRICTED TO THE LEVEL OF COVER THAT WOULD HAVE BEEN APPLICABLE TO SUCH A MEDICAL CONDITION PRIOR TO THE UPGRADE.

10. Making claims

Please refer to page 4 for details of how to make a claim.

1. Before we can consider a claim you must ensure that:

- the member sends us a completed claim form as soon as they can and no later than 90 days from the date the treatment starts; and
- we receive original invoices for treatment costs; and
- the member promptly gives us all the information we request.

2. The member must tell us on the claim form if they think any of the cost can be claimed from anyone else or under another insurance policy or source (such as but not limited to Workman's Compensation or G.O.S.I or motor insurance policy). If so, then:

- if another insurance policy is involved we will only pay our proper share; or
- if benefits are claimed for treatment to a member whose injury or medical condition was caused by some other person (the "third party"), we will pay only those benefits the member can claim under the policy (unless these are covered by another insurance policy, when we will only pay our proper share of the benefits). However, in paying those benefits we obtain both through the terms of the policy

and by law a right to recover the amount of those benefits from the third party. In this case the following shall apply:

- i. you must tell us as quickly as possible that the injury or medical condition was caused by, or was the fault of, a third party. We will then send you a form on which the member can give us full written details.
- ii. if you or the member is making a claim, or has not made (or refuses to make) a claim against the third party, you or the member must act in good faith and do all the things we shall require to ensure that monies are recovered from the third party and are repaid to us up to the amount of the benefits we have paid (and any interest). You will be asked to sign a written undertaking to this effect; and
- iii. if you or the member do not repay to us monies recovered from the third party up to the amount of benefits (and any interest), we shall be entitled to recover the same from you and/or the member.

3. We can appoint and pay for an independent medical practitioner

to advise us on the medical issues relating to any claim. If required by us the independent medical practitioner will also medically examine the member making the claim and provide us with a report. The member must co-operate with the independent medical practitioner otherwise we will not pay the claim.

4. If a member makes a claim which is in any way dishonest:
 - we will not pay any benefits for that claim; and
 - if we have already paid benefits for that claim before we discovered the dishonesty we can recover those benefits from you (the member and/or the company); and
 - we can take any of the actions listed in paragraph 13.2.
5. Claim costs incurred in any currency other than United Arab Emirates Dirhams, Bahraini Dinars, Omani Riyals or Qatari Riyals will be converted using the closing mid-point exchange rate published in the Financial Times Guide to World Currencies current when we assess the claim. If we agree, in writing in advance, to reimburse benefits to a member in a currency other than those above the exchange rate used will be as above.

Any exchange costs incurred will be payable by the member and will be subtracted from any payment made to the member in respect of such a claim.

11. Joining, renewing and transferring

Please refer to AXA Insurance for details of how to change your policy.

1. We will tell you in writing the date your policy starts and any special terms which apply to it. We can refuse to give cover and will tell you if we do.
2. Your policy is for one year unless we have agreed something different with the company, where this policy applies to a group contract. At the end of that time, provided the plan you are on is still available, you or, where this policy applies to a group contract, the company can renew it on the terms and conditions applicable at that time. You will be bound by those terms. However, we reserve the right to refuse to accept you as a customer or to renew your policy at any policy anniversary.
3. Only those people described in the company agreement where this policy applies to a group contract can be members of this plan. All cover ends when you stop working for the company or if the company decides to end the cover.
4. If your cover under a company agreement comes to an end you can apply to transfer to another plan.
5. Members of this policy who leave a company's group medical scheme may apply to AXA Insurance for an individual policy. In all such cases the member will be required to complete a new application form

and make a full medical history declaration in respect of each and every person to be insured. The insurer reserves the right to apply any exclusion clauses and/or special terms it may deem necessary to any existing and/or pre-existing medical conditions at the date of application even if such conditions were previously covered under the company's group medical scheme. Please refer to page 14 if you wish to transfer to a policy that is not provided by AXA Insurance.

When the terms of your policy might change

We do not intend to change the terms of your plan during the policy year however we do have the right to cancel or change all or any part of your policy from any renewal date.

We will generally make adjustments only to reflect any past or foreseeable changes in medical practice or procedures and the type and frequency of claims made by all those of our members covered under the same plan as you.

The purpose of such changes will be to seek, as far as possible, to maintain substantially the same level and type of cover in place while ensuring that the plan remains affordable.

We may also change premiums if costs, taxation, regulations or benefit changes make this necessary.

In the event that we are required by law to make a change during the policy year,

for example if a new tax is introduced, we will be obliged to do so before the next renewal date. We do reserve the right to apply underwriting terms to your policy at any time if a medical condition that should reasonably have been declared comes to our attention, a chronic condition manifests itself within an excluded period or a medical condition becomes chronic in nature during a policy year.

12. What we expect from you

1. You must make sure that whenever you are required to give us information all the information you give is true, accurate and complete. If it is not then we can set the policy aside or apply different terms of cover.
2. This policy is designed for people living in the United Arab Emirates, Kingdom of Bahrain, Sultanate of Oman and the State of Qatar. You must tell us if a member changes their principal country of residence even if they are staying in the same area. If you don't tell us we can refuse to pay benefits.
3. You (or the company, where this policy applies to a group contract) must pay your premium when it is due. We will decide the amount at the start of each year and tell you how much it is. You can pay it in the way you have agreed with us. As your policy runs for a year you must pay your premium for the whole year no matter how it is paid. If your premium payments are not up to date your policy will end.
4. You (the member or the company) must write and tell us if you change your address. You are acting on behalf of any member covered by your policy so we will send all correspondence about the policy to the company address or that of the member.
5. If there is a dispute between you and us we have a complaints procedure, set out on page 30-31, which the company or member must follow so that we can resolve it.

13. General

1. We can change all or any part of the policy including the benefits table or these terms, but only for the reasons shown in our handbook or Agreement, and the changes will only apply to you when you renew unless we are obliged by law to apply any change with immediate effect. We will give you reasonable notice of the changes and will send details of them to the address we have for the company or the member on our records.

The changes will take effect from when you renew or when applied by law even if, for any reason, any member does not receive details of them.

2. If any member breaks any of the terms of the policy or makes, or attempts to make, any dishonest claim, we can:
 - refuse to make any payment; and
 - refuse to renew your policy; or
 - impose different terms to any cover we are prepared to provide; or
 - end your policy and all cover under it immediately.
3. This policy is governed by the law of the country in which it was issued being the United Arab Emirates, Kingdom of Bahrain,

Sultanate of Oman or the State of Qatar. If the principal country of residence for the policyholder or, for a group contract, the company office administering the policy is in our records; in the the United Arab Emirates then Emirati law will apply; in the Kingdom of Bahrain then Bahraini law will apply; in the

Sultanate of Oman then Omani law will apply; in the State of Qatar then Qatari law will apply; regardless of the location of any individual member at any time.

4. We do not pay for medical reports.
5. The terms of your policy cannot be changed nor claims authorization given by any verbal communication between you and us. Any changes, approvals, or other statements relating to your policy must be confirmed, in writing, by us. We are not bound by any verbal commitment not confirmed by us in writing.
6. AXA Insurance may be required to apply legitimate international sanctions to this policy. In such a case AXA Insurance may be unable to meet its full obligations under the terms of this policy where to do so would render it subject to legal action under international or domestic law.

14. If any problems arise...

For all of the Gulf countries excluding Qatar

With the best will in the world, concern about some aspect of our service can occasionally arise. In such circumstances, AXA Insurance's managers have wide authority to settle problems and will do all that they can to help. This must be your first point of contact. In the unlikely event that your complaint is unresolved, please write to:

The Head of Regional Healthcare Operations, Medical Department,

UAE Address:

AXA Insurance (Gulf) B.S.C, Floor, Bldg 7, Dubai Outsource Zone, Manama Street (off Academic City Road), PO Box 32505, Dubai, United Arab Emirates.

Telephone: 00971 04 423 3900 Fax: 00971 04 448 9178.

who will investigate the matter independently.

Having received a reply from the Healthcare Operations Manager, Medical Department, if you are still not happy with the way in which a complaint has been handled, you must then write to:

The Chief Officer - Health & Life at the U.A.E. address.

If your complaint arises over a claims issue you and we may elect to refer your complaint to an independent arbitrator. In this event we will recommend an

arbitrator who will not be a member of AXA Insurance or its associated companies and whose decision will be binding on both parties. Once both parties have agreed an arbitrator he will be appointed by:

The Chief Executive Officer, AXA Insurance at the U.A.E. address

Who will review the case and confirm our final position.

Please note: you can only request arbitration of a claims dispute when you have gone through the required stages of the complaints procedure set out above. Please remember to quote group and membership numbers on all correspondence.

Within the state of Qatar

AXA prides itself on excellence and our aim is to provide an excellent service to customers, but we do realize that things can go wrong. All complaints received by AXA are taken seriously and our endeavour is to resolve issues addressed by our customers promptly. Any unresolved issues should be brought to our attention. All complaints will be recorded and analyzed by our complaint leaders who will contact you.

Compliance

AXA's Complaints Management process is compliant with Qatar Financial Regulatory Authority's requirements for complaints handling.

What should you do?

Please include the following details in your complaint:

- Full Name
- Policy No./Claim No.
- Telephone No. and/or e-mail ID
- Branch
- Product
- Summary of the complaint

Online

1. Access www.axa-gulf.com
2. Click on the contact us menu and then select complaints
3. Fill the complaint forms (includes mandatory fields)
4. Submit the complaint

Post

Complaints Officer

**AXA Insurance (Gulf) B.S.C. QFC
Branch
PO Box 15319, Doha, Qatar**

After you complain

- Receipt of your complaint will be acknowledged.
- You will receive a copy of our complaints handling service standards.
- You will be contacted by an AXA employee to help resolve the complaint.

Customer Dispute Resolution Scheme

If you are dissatisfied with the final response, you may refer the complaint to the Customer

Dispute Resolution Scheme (CDRS) offered by QFC by sending details of the complaint either

by e-mail to complaints@cdrs.org.qa or by postal address to:

The Customer Dispute Resolution Scheme

PO Box 22989, Doha, Qatar.

If any problems arise...

15. Your customer charter

As a valued customer of AXA Insurance you have important rights and entitlements. You are entitled to expect:

Courtesy.

Your requirements will always be dealt with promptly, considerately and courteously.

No customer query is too trivial or too much trouble to sort out.

Helpful advice and guidance.

AXA Insurance staff will help you, if you have any doubts, to understand the terms of your contract and any other factors which affect your cover. They will help you to make proper use of your cover should you need to make a claim.

Confidential handling of your personal details and affairs wherever possible.

Any medical details we require will always be kept confidential if possible. AXA Insurance may be required to provide information regarding claims you make or have made in the past or other details you have given us to your sponsor or employer or a government department if they are paying for all or part of this policy or are entitled by law to require this of us. No liability will be accepted by us for any outcome resulting from the provision of such information to any of the aforementioned parties.

Advance notification of change in cover.

Essential changes to the terms of the cover (including benefits, premiums and your membership agreement) will be notified to you, in writing, in advance of the date from which the changes take effect.

Professional and efficient service.

All requests for assistance and any claims you submit will be considered impartially (without any bias or preference) in accordance with the benefits and membership agreement of your plan.

For further information contact:

AXA Insurance
PO Box 32505
Dubai, UAE
Telephone: +971 (4) 429 4000
Fax: +971 (4) 429 4099

For all customer service inquiries you can contact us on:

UAE

+971 4 429 4000

Qatar

+974 4 412 8733

Bahrain

+973 17 582612

Oman

800 72926

Our Branch locations:

UAE

AXA Insurance (Gulf) B.S.C

2nd Floor, Bldg. 7, Dubai Outsource Zone, Manama Street (off Academic City Road),

P. O. Box 32505, Dubai, United Arab Emirates

Qatar

AXA Insurance (Gulf) B.S.C. QFC Branch

Corporate Office

QFC Tower 1, West Bay, Office No. 604, 6th Floor, PO Box 15319, Doha, Qatar

AXA Insurance (Gulf) B.S.C. QFC Branch

Retail Sales Office

QFC Tower 1, Ground Floor, PO Box 15319, Doha, Qatar

Incorporated in Bahrain – QFC Licence No. 00024

Authorised by the Qatar Financial Centre Regulatory Authority

Bahrain

AXA Insurance (Gulf) B.S.C. (c)

Ground Floor, Building no. 177, Road 2803, Al Seef District 428, P. O. Box 45, Manama, Kingdom of Bahrain

Oman

AXA Insurance (Gulf) B.S.C. (c)

P. O. Box 1276, PC112, Ruwi – Sultanate of Oman

AXA Agent

With more than 102 million customers around the globe, AXA is one of the world's largest insurance providers. We offer a wide range of insurance products to meet your personal and business needs.

car insurance

health insurance

home insurance

travel insurance

yacht insurance

relocation insurance

golf insurance

motorcycle insurance

personal accident insurance

UAE: 800 48 45
Bahrain: 800 010 60
Oman: +968 244 001 00
Qatar: 800 29 21
www.axa-gulf.com

AXA Insurance (Gulf) B.S.C. (c)
Bahrain: Commercial Registration No. 22373. Insurance license No. LI/008 issued by the Central Bank of Bahrain.
Qatar: Incorporated in Bahrain. QFC License No. 00024. Authorized by the Qatar Financial Center Regulatory Authority.
Oman: Commercial Registration No. 1112244. Insurance registration No. 6 issued by the Capital Markets Authority.
UAE: Registered in the Insurance Companies Register - Certificate No. (69) dated 22/01/2002. Subject to the provisions of Federal Law No. (6) of 2007 concerning the establishment of Insurance Authority and Organization of its work.
Agents: The Kanoo Group

رؤية جديدة / للتأمين
redefining / insurance



التأمين الصحي

كتب العضوية مجموعة برامج التأمين الصحي (المثالي) و(آمان)



ما تحتاج لمعرفته



رؤية جديدة / للتأمين
redefining / insurance

المحتويات

القسم	رقم الصفحة
١. المقدمة	١
٢. ملاحظة مهمة عن الحالات المرضية السابقة للتأمين	٢
٣. في حالة الطوارئ	٣
٤. معرفة كيفية الإستفادة الكلية من برنامجك	٤
٥. معرفة موقفنا من بعض الحالات المرضية المعينة	٨
٦. كيفية إدارة وثيقتك	٩
٧. التعريفات	١١
٨. الحالات المغطاه في هذه الحالة	١٤
٩. الحالات الغير مغطاه (الإستثناءات والقيود)	١٦
١٠. اجراء المطالبات	٢٠
١١. الإلتحاق، التجديد والنقل	٢٢
١٢. ماذا نتوقع منك؟	٢٣
١٣. معلومات عامة	٢٤
١٤. في حالة وقوع أية مشاكل	٢٥
١٥. ميثاق العملاء الخاص بك	٢٧

١. المقدمة

يجب عليك الإهتمام بصحتك وأن لا تعتمد فقط على إختصاصي الرعاية الصحية لعمل ذلك لك. وعند وقوع حالة غير متوقعة قد تؤثر على صحتك فسنبذل أفضل ما بوسعنا لمساعدتك و لكن علينا العمل دائماً وفقاً لحدود وثيقتك.

ماهي وظيفة فريق خدمة العملاء التابع لنا

تتمثل وظيفة فريق خدمة العملاء الخاص بنا بمساعدتك، عند الإمكان، ضمن أحكام و حدود وثيقة التأمين الصحي لأكسا. يمكنك الاتصال بنا عبر الأرقام التابعة لبلد إقامتك والمدونة خلف بطاقة عضويتك. وهي:

الإمارات: ٠٠٩٧١٤٤٢٩٤٠٠٠

قطر: ٠٠٩٧٤٤٤١٢٨٧٣٣

البحرين: ٠٠٩٧٣١٧٥٨٢٦١٢

عمان: ٨٠٠٧٢٩٢٦

للحصول على تفاصيل عن المكتب المحلي الخاص بك في دول مجلس التعاون الخليجي أينما وجد، الرجوع إلى بطاقة عضويتك.

يرجى الإهتمام بها وحفظها في مكان آمن للحصول عليها بسهولة. يرجى إبقاء بطاقة عضويتك معك دائماً عند الإتصال بفريق خدمة العملاء. حيث ستساعدهم المعلومات المدونة عليها بالإجابة على إستفسارك في أسرع وقت ممكن.

تتضمن وثيقة التأمين الخاصة بك إستبيان عضويتك و جدول المزايا، بطاقة عضويتك، تفاصيل عن شبكة المستشفيات ومستندات أخرى متعلقة بخدماتنا و يشمل ذلك أي عقد قد يكون مع حامل الوثيقة الذي يمثل رب العائلة أو صاحب العمل الخاص بك.

لقد تم تصميم هذا الكتيب كجزء من العقد، ليوضح المميزات الرئيسية و المزايا الخاصة ببرنامج التأمين الصحي و ليبين موقفنا من بعض جوانب تغطيتك. و يشمل الأحكام العامة، الشروط، التعاريف و الإستثناءات المطبقة على كافة الأعضاء المؤمن عليهم من قبل إحدى خطط التأمين الصحي التابعة لنا.

توجد تفاصيل عن تأمينك الشخصي في بيان عضويتك و جدول المزايا. و في حال رغبتك بأي توضيح إضافي، يرجى الإتصال بفريق خدمة العملاء الخاص بك على الرقم الموجود ببطاقة عضويتك.

يرجى قضاء بعض الدقائق في إنعاش ذاكرتك فيما يتعلق ببرنامج التأمين الصحي لأكسا و ثم استرخي و تطلع إلى أفضل معايير الخدمة من أكسا للتأمين. حيث يمكنك أن تترتاح و أنت متأكد، بأنه مهما يحدث لك في السنوات القادمة، فنحن هنا لدعمك.

لقد تم تصميم تغطية التأمين الصحي الخاصة بك لعمل مالي؛

كما هو الحال مع جميع وثائق التأمين، فإن خطة التأمين الصحي الخاصة بك من أكسا ستقوم بتغطية التكاليف الناشئة عن الحوادث الغيرمتوقعة. و للتأمين الصحي يعني هذا تكلفة العلاج المؤهل والنشأ عن مرض أو حادث غير متوقع.

٢. ملاحظة هامة عن الحالات المرضية السابقة للتأمين

سواء أخبرتنا أم لم نخبرنا عن مثل هذه الحالات، أو لم تبلغنا عن بعض التفاصيل ذات العلاقة بها، فإن لنا الحق، بناءً على معرفتنا وخبرتنا الطبية، بتحديد ما إذا كانت الحالة ذات أعراض سابقة أو تم تشخيصها قبل بدأ سريان وثيقتك. وإن قرارنا هذا يكون نهائي فيما يتعلق بهذه الحالات وسوف يتم تغطية مثل هذه الحالات فقط بموجب الميزة رقم ٢١.

سوف تطبق أحكام عضويتك في جميع الحالات.

إن الحالات المرضية السابقة (وتشمل الحالات المرضية المزمنة السابقة) هي الحالات التي كانت موجودة عند المؤمن له مسبقاً، وقد علم بها مسبقاً أو كان على علم بها بشكل معقول أو في حالة وجود أعراض للحالة قبل بدأ سريان الوثيقة.

وقبل أن يتم قبولك للتغطية، لقد تم إعطائك الفرصة لإخبارنا والإفصاح عن أي حالات مرضية سابقة (وتشمل الحالات المرضية المزمنة السابقة) حتى إن كنت تعاني من أعراض الحالة فقط.

يتم تغطية مثل هذه الحالات وأي شيء يتعلق بها ضمن الميزة رقم ٢١.

إنه من المهم إبلاغنا بأي معلومات عن مثل هذه الحالات المرضية السابقة حتى نتمكن من تقييم مطالبتك بدقة ودفعها بسرعة.

وإذا لم تقم بإبلاغنا بهذه المعلومات، فإنه من الممكن أن يتم تأخير طلب الموافقة المسبقة أو تأخير المطالبة أو يمكن أن لا يتم تغطيتها لكونها حالة غير مفصح/مصرح عنها.

٣. في حالة الطوارئ

العلاج في حالة الطوارئ

بمركز الطوارئ على: ٠٠٩٧١٤٤٢٩٤٠٠٠ و سوف يقومون بإبلاغ خدمة المساعدة الطبية الدولية الطارئة. يرجى الإطلاع على الكتيب المستقل للحصول على كافة التفاصيل. و يرجى الملاحظة، لمصلحتك الخاصة، بأنه سيتم تسجيل المكالمات لضمان الجودة أو في حالة أي إستفسار لاحق. يتم الحصول على هذه الخدمة عن طريق أكسا لتأمين السفر. يرجى الملاحظة بأن كونه يحق للعضو الاستفادة من خدمة الإخلاء لا يعني أنه سيتم تغطية العلاج المقدم بعد الإخلاء أو إعادة الرفاه بموجب هذه الميزة. يخضع أي علاج لأحكام و شروط البرنامج التأميني للعضو.

نحن نعلم بأنه في حالة الطوارئ، لن يكون لديك الوقت الكافي للاتصال بنا للحصول على موافقة مسبقة أو المساعدة في حالتك. في مثل هذه الظروف، نتجاوب بعملية ونرجو منك الإتصال بنا قبل بدأ العلاج إذا أمكنك وكان من الآمن عمل ذلك. وإذا لم تقم بذلك، و كنت تحتاج لعلاج فوري فنرجو منك اتخاذ الاجراءات اللازمة و جعل العلاج من أولوياتك.

و يرجى الطلب من أي شخص الاتصال بنا في أسرع وقت ممكن و التأكد بأقرب فرصة، مهما كان من يقدم لك العلاج بأن تقدم بطاقة عضويتك و إثبات الهوية حتى يتمكنوا من الإتصال بنا مباشرة. وفي أي حدث، بموجب هذه الظروف، يجب الطلب و الحصول على موافقتنا للعلاج قبل الخروج من المستشفى، وإلا سيتطلب منك دفع كافة تكاليف علاجك ثم تقديم إستمارة تعويض عن هذه التكاليف لنا.

المساعدة الطبية الدولية الطارئة

إذا تضمن جدول المزايا الخاص بك « المساعدة الطبية الدولية الطارئة»، فإن لك حق الحصول على خدمة المساعدة الطبية الدولية الطارئة. إنها خدمة لحالات الطوارئ متوفرة في جميع أنحاء العالم، على مدار الساعة واليوم، ٢٦٥ يوم في السنة، وتقدم خدمات الإخلاء أو إعادة الرفاه. إذا كنت تحتاج الى علاج فوري طارئ بالمستشفى (اقامة/تويم) وكانت الخدمات المحلية غير متوفرة أو غير مناسبة، يمكنك الإتصال

٤. معرفة كيفية الاستفادة الكلية من برنامجك

قبل الذهاب للعلاج

اتصل بنا قبل تلقي العلاج

- كافة الفحوصات، التشخيصات، العلاج، العمليات، والخدمات الطبية الأخرى الغير طارئة
- كافة خدمات الولادة (التوليم) بالمستشفى
- كافة خدمات علاج الأسنان بالعيادات الخارجية
- كافة أنواع حالات العلاج النفسي

العلاج بالعيادات الخارجية

- التصوير الغير طارئ بالرنين المغناطيسي (MRI)، الأشعة المقطعية (CT) والتصوير المقطعي بالانبعاث البوزيتروني (PET) و التشخيص الداخلي مثل التنظير، تنظير القولون، التصوير الضوئي للمعدة
- خدمات العلاج الطبيعي
- وصفات المواد القابلة للاستهلاك لمدة ٣٠ يوما أو أكثر؛
- كافة خدمات علاج الأسنان بالعيادات الخارجية والتي يتم الحصول عليها عن طريق شبكة الدفع المباشر
- كافة أنواع حالات العلاج النفسي

إذا لم تقم بطلب الموافقة المسبقة كما هو مطلوب في الصفحة ٦، فهذا قد يؤدي الى رفض تعويض جزئي أو كلي للمطالبة. وإذا كنا ملزمين بدفع أي عنصر غير مشمول ضمن إستمارة الإعتماد المرسله لمقدم الخدمة الطبية فسوف نقوم بإسترجاع ذلك المبلغ منك. سوف يتحمل العضو أي تكلفة غير مرتبطة بشكل مباشر بالعلاج.

يرجى منك الإتصال بنا قبل التخطيط للمبيت (التوليم) في المستشفى و قبل تلقي بعض العلاجات الأساسية بالعيادات الخارجية. ويسمح لنا هذا بمساعدتك بطرق مختلفة: عن طريق إدارة عملية المبيت في المستشفى و إدارة الفاتورة، عن طريق التأكيد لك أو لأي من يقدم لك العلاج بأن مطالبتك مغطاة، و بأي تكلفة و والفتره الموافق عليها للعلاج. و في حالة حدوث أي إختلاف بين مستوى التغطية المعتمد من قبلنا و ما هو مطلوب من قبل المستشفى عند خروجك من المستشفى، فيجب عليك دفع هذا الفرق قبل مغادرتك المستشفى. و إذا لم تتصل بنا فإنه من الممكن أن تتحمل كافة أو جزء من تكاليف العلاج.

في حالة الموافقة المسبقة على التغطية، سوف نؤكد أن:

- العلاج المخطط له مغطى ضمن وثيقتك
- العلاج المخطط له ذو ضرورة طبية
- العلاج المخطط له سيتم في فترة زمنية مناسبة
- العلاج المخطط له ضمن حدود التكاليف المعقولة والمألوفة/المعتادة
- تكاليف العلاج المخطط له تقع ضمن حد الميزة المتبقي من برنامجك

إن إتفاقيتنا معك تتطلب الحصول على الموافقة المسبقة للحالات العلاجية و الخدمات التالية:

العلاج بالمستشفيات وعلاج الرعاية

اليومية (النهارية)

- كافة تكاليف الدخول للمستشفى وتكاليف الرعاية اليومية (النهارية)

يمكن أن تحميك الموافقة المسبقة قبل الدخول للمستشفى من دفع الفاتورة

أننا نحاول بجهد أن نقوم بالموافقة المسبقة لكافة الحالات العلاجية خلال ساعات قليلة. ولكن في بعض الحالات قد نحتاج للمزيد من المعلومات عن الحالة المرضية، العلاج المخطط له أو الطبيب الممارس. قد يستغرق هذا القليل من الوقت وقد يتم تأخير الموافقة. ينطبق هذا بصفة خاصة عندما تقوم بإختيار أو تكون ملزم باستخدام مقدم رعاية صحية خارج شبكتنا أو مقدم رعاية صحية غير معترف به من قبلنا. وعندما يحدث ذلك، فإن عليك الحصول على موافقة مسبقة للعلاج المتلقي خلال 5 أيام على الأقل قبل الدخول للمستشفى و يجب عليك التأكد مع مقدم الخدمة بأنه قد تم الحصول على موافقتنا الكتابية قبل بدأ العلاج. وإذا لم يتم ذلك، يرجى الإتصال بنا على الفور. فمن المتوقع أننا قمنا بإقتراح علاج مختلف قبل بدأ العلاج. وإذا لم تسمح لنا بإدارة حالتك، فعند تلقيك لأي علاج، هناك احتمال أن تتعرض لتكاليف إضافية.

ماذا نعني بـ «معترف به من قبلنا»

يوجد في جميع أنحاء العالم العديد من الأطباء الممارسين و المنظمات ذوي المهارة والمدرسين تدريباً عالياً ولكن هناك أيضاً أولئك الذين في حين محاولتهم لإثبات مؤهلهم المهني، فإن مهاراتهم لا تفي بالمعايير المقبولة من الخبرة والرعاية و/أو النزاهة. ونحن لا «نعترف» بهؤلاء الذين لا يقون بمعاييرنا في هذا الشأن. لذلك، عندما نقوم بإختيار استخدام طبيب أو مقدم خدمة «غير معترف به» فلن نستطيع تسويه مطالبتك. وإنه من الضروري أن تتأكد من حالة الاعتراف لدينا للطبيب الممارس ومقدم الخدمة قبل تلقي العلاج.

قرارات عن العلاج الخاص بك

نحن لا نقرر طريقة تلقيك العلاج سواء كانت بالمستشفى (تويم)، رعاية يومية (نهارية) أو بالعيادة الخارجية. فهذا يتم تقريره من قبل الطبيب الممارس. ولن نسأل عادة عن ذلك، إلا إذا اختلف رأي الفريق الطبي الخاص بنا، بأنه يجب أن يتم العلاج بطريقة مختلفة. وفي حالة حدوث ذلك، فسنطلب منك توضيح سبب إختيار هذه الطريقة للعلاج. و إننا ندرك بأن هناك سببا وجيها لإختيار الطبيب الممارس هذه الطريقة. ولكن هدفنا بالسؤال عن هذه الأمور هو التقييم العادل والدقيق لأي مطالبة.

تقييم «المعقول والمألوف»

لا يعتمد قسط التأمين الذي تدفعه على مطالباتك الشخصية فقط بل على كافة المطالبات الناشئة عن كافة العملاء. لذلك، إنه من مصلحة الجميع أن ندفع فقط ما هو معقول لتكلفة العلاج. إننا نقوم بإدارة مستوى المطالبات حول أنحاء العالم عن طريق تطبيق عملية حسابية لتحديد التكلفة «المعقولة والمألوفة» لأي علاج في أي مكان تم تلقيه. وفي حالة عدم اليقين، سيتم تعويض كافة التكاليف المغطاه بناءً على قيمة مساوية إلى متوسط التكلفة المتفاوض عليها و المخفضه للعلاج ضمن الشبكة الموضحة في برنامجك.

خارج كافة دول مجلس التعاون الخليجي سيتم تسديد التكاليف المغطاة والمستحقه على أساس متوسط تكلفة العلاج المتفاوض عليها والمخفضة ضمن شبكتنا العالمية لذلك البلد. وعند عدم وجود مثل هذا الإجراء في الدولة، فسوف نستخدم متوسط تكاليف مماثلة والتي قد قمنا مؤخراً بدفعها وقبولها في هذا المجال. سوف ينطبق تقييم «المعقول والمألوف» التابع للشبكة حتى في حالة قيام الطبيب الممارس بإحالتك لتلقي العلاج خارج نطاق شبكتنا، عند توافر مثل هذا النوع من العلاج في شبكتنا. سوف ينطبق «المعقول والمألوف» في أي حالة. وفي حالة إصابتك بالشك يرجى الإتصال بنا قبل تلقي العلاج.

جدول العمليات

في هذا الكتيب، يتم الرجوع إلى جدول العمليات وهو عبارة عن مستند يوضح قائمة بالعمليات الجراحية المثبتة، التي يتم تغطيتها و المصنفة حسب تعقيدها. يتم الإشارة لكل عملية برقم لأغراض إدارية. يوجد مايزيد عن ١٠٠٠ عملية في القائمة، ويجرى منها ٢٥٠ عملية عادة على أساس يومي.

إن هذا المستند مكتوب بلغة طبية و يتم إستخدامه من قبل أطباء ممارسين و يستخدم لتقييم ما إذا كان العلاج المقترح أو مطالبتك مغطاة. ويتم تحديث هذا الجدول بشكل مستمر ليشمل العمليات الجديدة والموافق عليها ثم يحفظ لدينا.

الرأي الثاني

يمكننا ان نستشير طبيب ممارس مستقل عن الحقائق الطبية المتعلقة بالمطالبة أو لفحص العضو المعني فيما يتعلق بالمطالبة. وهذا نادرا ما يحدث و نحن نستخدم هذا الحق فقط في حالة عدم التيقن من طبيعة أو مدى الحالة المرضية و/أو مسؤوليتنا بموجب الوثيقة.

إذا كنت بحاجة للعلاج في الخارج

إذا كنت بحاجة للعلاج في الخارج، يجب عليك الإتصال بشركة أكسا للتأمين على ٠٠٩٧١٤٤٢٩٤٠٠٠ أو على إحدى الأرقام المبينة على بطاقة عضويتك.

وإذا أوصى الطبيب الممارس بالتنويم في المستشفى أو إجراء طبي رئيسي بالعيادة الخارجية، فيرجى الإتصال على إحدى الأرقام المبينة أدناه لتأكيد بأنك تستحق هذه الميزة. يجب إرسال أي فواتير مع إستمارة مطالبه كاملة إلى:

شركة أكسا للتأمين، ص.ب ٣٢٥٠٥، دبي، الإمارات العربية

الإمارات: ٠٠٩٧١٤٤٢٩٤٠٠٠

أو مكتب أكسا المحلي في:

قطر: ٠٠٩٧٤٤٤١٢٨٧٣٣

البحرين: ٠٠٩٧٣١٧٥٨٢٦١٢

عمان: ٨٠٠٧٢٩٢٦

يمكن الحصول على عنوان المكتب المحلي الخاص بك في صفحة ٢٨.

عند تلقيك للعلاج

قم بتعريف نفسك كعضو لشركة أكسا

لقد تفاوضنا مع المستشفيات والأطباء الممارسين عن الأحكام الملائمة في جميع أنحاء العالم. و هذا لصالحك، حيث أصبحت المزايا الخاصة ببرنامجك تستهلك بشكل أبسط بسبب تكاليف العلاج والتي تكون عادة أقل من المتوسط. وحتى نتأكد من إنتفاعك من ذلك، يجب عليك تعريف نفسك قبل تلقي العلاج في أي مكان لأثبات أهليتك للتخفيض عن طريق تقديم بطاقة التأمين الصحي لأكسا مع إستمارة رسمية للهوية، مثل جواز السفر، إلى أي مقدم خدمة حتى تبين أنك عضو مؤمن له لدى وثيقة أكسا للتأمين الصحي. إذا لم تتأكد من معرفة مقدم الخدمة لإستحقاقك أسعار الخدمات المخفضة فقد تتحمل الفرق بين قيمة الفاتورة و الأسعار التي قمنا بالإتفاق عليها معه.

في حالة وجود أي سؤال؟

على الرغم من أننا حاولنا تزويدك بقدر الإمكان بالعديد من المعلومات الهامة والمفيدة في هذا الكتيب، فإذا كان لديك أي سؤال عن تغطيتك يمكنك الإتصال على قسم الموارد البشرية الخاص بكم للحصول على برامج الشركة أو الإتصال على شركة أكسا للحصول على وثائق التأمين الفردية أو العائلية.

يوجد تفاصيل عن طريقة الإتصال بنا في صفحة المقدمة.

<p>يمكنك زيارة موقعنا www.axa-gulf.com لطباعة إستمارة المطالبة إذا كنت ترغب بالحصول على واحدة. يجب عليك تقديم إستمارة مطالبة كاملة، موقعة من قبل الطبيب الممارس والعضو، عند كل زيارة سواء كانت للطبيب الممارس، المستشفى، العيادة، الصيدلية، مركز تشخيص أو أي وسيلة أخرى يتم تقديم خدمات صحية فيها.</p>	<p>إستمارات المطالبة</p>
<p>عندما يتم تسجيلك في شبكة الفوترة المباشرة و يتم تعريفك كعضو لأكسا، يجب أن يتم إعطائك إستمارة مطالبة، إذا لم يتم ذلك، يرجى أن تطلب إستمارة مطالبة. أنك تتحمل مسؤولية التأكد من إكمال الإستمارة بشكل كلي وتوقيعها من قبلك ومن قبل الطبيب الممارس. سيقوم المستشفى المعني بشبكة الدفع المباشر بإرسال إستمارة المطالبة كاملة لنا. وإذا كنت خارج دول مجلس التعاون الخليجي. فسوف تحتاج لطبع إستمارة مطالبة من موقعنا الإلكتروني قبل تلقي العلاج و أخذها معك إلى الطبيب الممارس ليقوم بإكمالها وتوقيعها.</p>	<p>إستمارات المطالبة ضمن شبكة الدفع المباشر</p>
<p>إذا لم يتم علاجك في مستشفى ضمن شبكة الدفع المباشر ومغطاه ضمن برنامجك، فسوف يتم تطبيق عملية مختلفة. يجب عليك أخذ إستمارة الطلب معك (الموجودة في موقعنا الإلكتروني) و التأكد من إكمالها وتوقيعها من قبلك و من قبل الطبيب الممارس الذي يعالجك و إرسالها لنا في أسرع وقت ممكن، مع تزويدنا بكافة المعلومات المطلوبة (يتم قبول الفواتير الأصلية فقط مع مطالبتك). وستضمن إستمارة المطالبة الكاملة إتمام معالجة مطالبتك بسرعة. قد تؤدي إستمارة المطالبة الغير كاملة والغير موقعة إلى تأخير تسوية مطالبتك و في بعض الحالات قد يتم إرجاع مطالبتك إليك حتى تقوم بإكمالها. وانه من الضروري لنا أن نحصل على تقرير طبي من الطبيب الممارس. وإذا لم يقوم الطبيب الممارس بالرد علينا بسرعة فهذا قد يؤدي لتأخير مطالبتك. نحن لا ندفع للتقارير الطبية. وفيما يتعلق بالحالات العلاجية التي تتطلب موافقة مسبقة، فيجب الحصول على هذه الموافقة منا، كتابيا، قبل بدأ العلاج. ويجب أن ترفق نسخة من الموافقة مع المطالبة. يرجى الملاحظة بأنه، في حالة تعويض المطالبات، سوف نعوضك فقط عن المطالبات المقدمة خلال ٩٠ يوم من تلقي العلاج. يمكنك زيارة موقعنا الإلكتروني: www.axa-gulf.com/uae/en/group-healthcare للحصول على إستمارة موافقة مسبقة إذا رغبت بالحصول على واحدة.</p>	<p>إستمارات المطالبة خارج شبكة الدفع المباشر</p>
<p>يجب إرسال أي فواتير مع إستمارة المطالبة كاملة إلى: شركة أكسا للتأمين، ص.ب ٣٢٥٠٥، دبي، الإمارات العربية المتحدة. الهاتف: ٠٠٩٧١٤٤٢٩٤٠٠٠ أو مكتب أكسا المحلي في: قطر: ٠٠٩٧٤٤٤١٢٨٧٣٣ البحرين: ٠٠٩٧٢١٧٥٨٢٦١٢ عمان: ٨٠٠٧٢٩٢٦ يمكن الحصول على عنوان المكتب المحلي الخاص بك في صفحة ٣٣.</p>	<p>مكان إرسال مطالبات</p>
<p>بخلاف مكان إقامتك، يجب عليك أن تدفع قسط التأمين الخاص بك بعملة الدرهم لدولة الإمارات، بالدينار لدولة البحرين، بالريال العماني لدولة عمان أو الريال القطري لدولة قطر. سوف يتم دفع المطالبات بنفس العملة إلا إذا تم الإتفاق مسبقا على خلاف ذلك. سيتم تحويل المزايا المدفوعة بالعملة المحلية بإستخدام أقرب سعر صرف تم نشره في صحيفة فينانشال تايمز لدليل العملات العالمية الحالية عند تقييمنا المطالبة.</p>	<p>إستمارات المطالبة ضمن شبكة الدفع المباشر</p>

٥. معرفة موقفنا من حالات مرضية معينة

في جميع الأحوال، سوف يتم دفع تغطية تكاليف العلاج المرتبطة بالأورام لمدة ثلاث سنوات فقط في فترة حياة العضو.

موقفنا من غسيل الكلى

سنعتبر علاج غسيل الكلى المتلقى لأي سبب، كعلاج لحالة مرضية مزمنة لذا سيخضع لحدود مزايا التي تغطي علاج الحالات المزمنة سواء كانت حاله مرضيه سابقة أو نشأت بعد بدأ سريان الوثيقة، أيهما يطبق.

موقفنا من الفحص الوراثي

لا ندفع للفحص الوراثي حتى ولو كان جزءاً من المسح الضوئي لحاله مرضية، ولا لأي إستشارة ضرورية حدثت بعد الفحص الوراثي، ولا في حالة عمل هذه الفحوص لمعرفة ما إذا كان هذا العضو معرض بشكل وراثي لتطور لحالة مرضية في المستقبل. وذلك لأنه تم عمل هذه الفحوصات لغرض معرفة ما إذا ستحدث حالة مرضية أم لا، وليس لغرض معرفة طريقة علاج حالة مرضية. ولا يتم دفع هذه الميزة في حالة الفحوصات الوراثية أو الإستشارات التابعة لمثل هذه الأغراض.

موقفنا من الأمراض النفسية

تغطي وثيقتك علاج الأمراض النفسية للحد المبين في جدول المزايا لبرنامجك. يجب على العضو المتلقي للعلاج أو أي عضو من عائلته/ عائلتها الإتصال بنا للحصول على موافقتنا الخطية للعلاج و للتكلفة المقترحة قبل بدأ العلاج.

يرجى الملاحظة بأنه سيتطلب من العضو أن يدفع ٣٠٪ من أي ميزة ندفع لها.

موقفنا تجاه الحالات المرضية المزمنة والناشئة بعد قبول عضويتك

نحن نقدم تغطية لمثل هذه الحالات إلى الحد الموضح في الميزة رقم ٢٢ في جدول المزايا المطبق في برنامجك. توجد هذه الميزة فقط لعلاج الحالات المزمنة عند ظهور أول أعراضها بعد قبول العضو من قبلنا للتغطية في البرنامج المحدد.

إذا كان هناك أي أعراض قبل بدأ سريان الوثيقة، فيجب إبلاغنا بهذه الأعراض بحسن نية، وفقاً للقسم السابق. شريطة، أن يتم هذا الإفصاح ويتم قبوله من قبلنا، فسيتم تغطية علاج هذه الحالة تحت ميزة "الحالات المرضية السابقة" المبينه في برنامجك.

يرجى الملاحظة بأن الحد المبين لهذه الميزة يطبق كحد لمجموع مثل هذه الحالات لكل عضو ولكل سنة. وبالتالي فإن المستوى الموضح هو لكافة الحالات مجتمعة. ستتم التغطية ضمن هذه الميزة للحالات العلاجية المعترف بها، المثبتة و الضرورية و الموصوفة من قبل طبيب ممارس فقط.

موقفنا في ما يتعلق بعلاج السرطان

يخضع علاج الاورام والتكاليف الملحقه بها والمطبقة على حالة مرضية أو الناشئة عن أعراض نشأت قبل قبولنا للعضو إلى الأحكام والحدود المطبقة للميزة رقم ٢١ والمبينه في جدول المزايا المطبق في برنامجك.

إذا كان علاج الاورام والتكاليف الملحقه بها والمطبقة على حالة مرضية أو الناشئة عن أعراض ناشئة بعد قبولنا للعضو للتغطية بموجب أي برنامج، فسوف تدفع هذه التكاليف من الحدود الإجمالية للبرنامج التابع لوثيقة التأمين الخاصة بالعضو في وقت التشخيص الأولي لهذه الحالة. سوف يتم تغطية مرحلة الإعاة لأي علاج ضمن الميزة رقم ٢٢. لن يتم قبول زيادة مستوى الخطة لعلاج السرطان في جميع الأحوال.

٦. إدارة وثيقتك

فترة الوثيقة، فيمكن أن نضيف تكلفة إدارية إضافية إلى المعدل التناسبي لقسط التأمين المدفوع.

سيكون تاريخ تجديد الوثيقة السنوية للعضو مشابه للوثيقة الأصلية. ولكن ستبدأ أي فترة إنتظار للميزة بموجب الوثيقة من تاريخ إنضمام العضو الإضافي.

الانتقال لوثيقة ليست مقدمة من قبل أكسا للتأمين

إذا كنت تنوي تغيير بلد الإقامة الأساسي (المكان الذي تقيم فيه أغلب أيام السنة) يجب عليك إخبارنا. فيمكن أن يتم نقل خطتك إلى خطة التأمين الصحي لأكسا بي بي بي - المملكة المتحدة (في المملكة المتحدة فقط) أو إلى خطة التأمين الدولية، الموجودة وقت النقل، ولن يكون هناك أية إستثناءات صحيه إضافية. ويمكن عمل ذلك عندما تغادر بلد الإقامة الأساسي و تلغي تأشيرة الإقامة شريطة:

أ. أن تكون تلك الخطه متوفرة و أن أكسا بي بي بي قادرة بشكل قانوني على تقديمها في البلد الذي ستذهب إليه. ويجب عليك أن تستوفي أي معايير إقامة أو معايير أخرى مطلوبة من قبلنا حتى نتمكن من تقديم تلك الخطه لك في تلك الدولة.

ب. يجب ان تقدم لنا إستمارة طلب كاملة و موقعه (يمكنك الحصول عليها من الموقع الإلكتروني للتأمين الصحي لأكسا بي بي بي أو من قبل شركة التأمين الحالية التابعه لك) خلال ٣٠ يوم من إلغاء خطتك المحليه أو من مغادرك لبلد إقامتك، أيهما أقرب. يرجى منك الطلب من أكسا أحدث إستمارة إثبات عضوية لك إذا لم تكن بحوزتك صورة لعضويتك الحالية أو إستبيان بأحدث المزايا التابعة لهذه العضوية.

ج. أن تكون عضوا في خطة أكسا للتأمين الحالية لما لا يقل عن سنة واحده وقمت بدفع أقساط التأمين لتلك الفترة.

ماذا يحدث في حالة رغبتك بالانتقال لخطه أخرى

يمكنك أن تطلب منا ترقية أو تخفيض مستوى تغطيتك في أي فترة تجديد سنوية للوثيقة. ويرجى إعلامنا بذلك قبل ٣٠ يوم على الأقل من تاريخ الإنتهاء لنضمن لك سريان التغيير عند التجديد. سوف نبذل أقصى جهدنا لنلبي طلبك و لكن لنا الحق برفض أي طلب لتعديل تغطيتك. في حالة قبولنا لطلبك بترقية مستوى التغطية، يمكن أن نقوم بحصر تغطيتك لبعض الشروط السارية في وقت الترقية إلى مستوى المزايا المطبقة في الوثيقة الأصلية. في حالة تخفيض مستوى التغطية، سيتم تطبيق أحكام جديدة للوثيقة فورا عند التجديد. وفي أي حدث، سيتم الحصول على الموافقة النهائية لأي تغيير من قبلنا فقط عند التجديد اللاحق لمثل هذا الطلب. ولا يمكن تفعيل التغييرات خلال فترة سريان الوثيقة تحت أي ظروف. يجب إعلامنا وبحسن نيه بأية حالة تعرفها أو أن من المفترض أنك تعرفها في وقت أي تغيير، وقبل أن يتم تفعيل التغيير للوثيقة.

ماذا ستفعل في حالة رغبتك بإضافة أعضاء آخرين إلى وثيقتك؟

إذا رغبت بإضافة شخص آخر إلى الوثيقة الحالية، سوف نرسل لك إستمارات لتقوم بإكمالها و يجب أن تقدم لنا كافة المعلومات المطلوبة. يمكنك أن تطلب إضافة أعضاء عائلتك في أي وقت. و يمكن إضافة أي طفل رضيع إلى وثيقة تأمين الأم خلال ٣٠ يوم من وقت الولادة مع تغطية الطفل التي ستبدأ في ذلك الوقت. شريطة أن تكون تغطية الأم سارية المفعول في وقت الولادة. و إذا لم تكون الأم مغطاة من قبلنا في تاريخ الولادة، يمكن إضافة الطفل المولود حديثا إلى وثيقة تأمين الأب وسيتم تغطيته بعد الخروج النهائي من المستشفى و بدأ رعاية الوالدين له.

يرجى الملاحظة بأننا غير ملزمين بقبول أي أعضاء إضافيين. و إذا قبلنا عضو إضافي خلال

د. لقد قبلت التسعير المقترح من قبل التأمين الصحي لأكسا بي بي بي في المملكة المتحدة للخطة التي قمنا بإختيارها.

وهذا السعر قد يتجاوز معدل التسعيرة الطبيعى المعلن لتلك الخطة ليعكس المخاطر المتزايدة الناجمة عن مثل هذا النقل.

يرجى الملاحظة بأننا نحتفظ بحق رفض التغطية إذا اكتشفنا أنه قد تم طلب النقل فقط للحصول على منافع أكثر لحالة طبية أنت على علم بها. يجب عليك بحسن نية الإفصاح عن أي حالة في إستمارة الطلب في وقت طلب النقل.

و إن كنت ترغب بالنقل، يجب عليك القيام أولاً بالإتصال بمركز المبيعات الدولي لأكسا بي بي على ٠٠٤٤١٨٩٢٥١٢٣٤٥. يجب عليك تقديم الموافقة لأكسا حتى تتمكن من إصدار السجل السابق لوثيقتك. إن عملية إدارة النقل قد تكون معقدة، لذلك عن طريق إشعارنا بأسرع وقت ممكن، سوف تساعد على ضمان أن تبدأ تغطيتك عند الحاجة إليها.

في حالة عدم قدرة التأمين الصحي لأكسا بي بي على توفير تغطية متواصلة، سوف نقوم وبعد أخذ تصريح منك، بتقديم كافة التفاصيل الممكنة عن سجل مطالباتك السابق معنا إلى أي شركة تأمين قد تقدم طلب النقل إليها لمساعدتك و مساعدتهم على أخذ قرار مبني على معرفة عن طلب النقل الخاص بك. سوف تتفق معك الشركة التي قدمت طلب النقل إليها، إذا كان بالإمكان تقديم لك التغطية وبأي مستوى.

ماذا سيحدث إن رغبت بإلغاء وثيقتك

يمكنك إلغاء وثيقتك في أي وقت عن طريق تقديم إشعار كتابي لا يقل عن ٣٠ يوم، ويجب أن تعلم بأن هذا عقد سنوي ولن نقوم بإرجاع أي أقساط تأمين في حالة نشوء أي مطالبة حتى وإن كانت صغيرة في الوثيقة الحالية. في حالة موافقتنا على

إرجاع أقساط التأمين (يعتمد ذلك على تقديرنا الوحيد)، سوف نقوم بإرجاع فقط أقساط تأمين على أساس النسبة والتناسب من نهاية شهر السنة الميلادية التي حدث فيه الإلغاء.

ملاحظة: يوجد تكلفة إدارية لاتقل عن ٢٠٪ لقسط التأمين السنوي لأي إلغاء نوافق عليه. يرجى الملاحظة أيضا بأننا لن نقبل أي مطالبات من أي نوع بعد إشعار الإلغاء و بعد قبولنا لأي إلغاء.

في وثائق تأمين المجموعات (الحد الأدنى المطلق ستة موظفين)، يحدد عدد الموظفين إستحقاق التخفيض لقسط التأمين للمجموعة، ونحن نحتفظ بالحق بتطبيق أدنى قسط تأمين متطلب يعكس عدد الموظفين، في حالة إلغاء واحد أو أكثر من الموظفين.

ماذا تعني إتفاقية العضوية

يشمل هذا المستند أحكام عضويتك معنا و يجب أن يتم قرائته مع أي مستندات تكميلية قمنا أو قد نقوم بتقديمها لك من وقت لآخر (على سبيل المثال إستبيان عضويتك، جدول المزايا، جدول المزايا المخصص للمجموعة، بطاقة عضويتك، أحكام المساعدة الطبية الدولية الطارئة). لقد حاولنا تسهيل هذه الإتفاقية بقدر المستطاع، ولكن إذا كان هناك أي شيء لم تفهمه أو تريد توضيحه، يرجى الإتصال بنا. لا يمكن اتخاذ القرارات و/أو تفعيل التغييرات فيما يتعلق بالمزايا إلى إتفاقية عضويتك بشكل شفوي بل يجب تأكيدها كتابيا من قبلنا. قد نقوم بتسجيل المكالمات لمصلحتك الخاصة في حالة وجود أي إستفسار لاحق أو لأغراض التدريب.

يوجد في كل مستند تأمين تعاريف، أحكام و إستثناءات مفصلة والتي تمثل جزء من العقد بيننا. يرجى قرائتها بتأن و الإستفسار في حالة عدم فهم أي شيء. يوجد لبعض الكلمات و العبارات معاني خاصة. و توضح هذه المعاني أدناه. وتكتب هذه الكلمات بالخط العريض.

٧. التعريفات

مكان / مكان التغطية

أحد المناطق التالية:

■ المنطقة ١: جميع أنحاء العالم

■ المنطقة ٢: جميع أنحاء العالم باستثناء الولايات المتحدة الأمريكية.

■ المنطقة ٣: دول مجلس التعاون الخليجي وهي المملكة العربية السعودية، الكويت، البحرين، قطر، الإمارات و عمان بالإضافة إلى إيران، لبنان، الأردن، سوريا، مصر، الهند، باكستان، سيرلانكا، بنغلادش، كوريا، الفلبين، أندونيسيا، نيبال و بوتان.

■ المنطقة ٤: بلد الإقامة الأساسي والذي يعتبر إحدى دول مجلس التعاون وهي البحرين، قطر، الإمارات العربية المتحدة و عمان.

■ المنطقة ٥: بلد الإقامة الأساسي والذي يعتبر إحدى دول مجلس التعاون وهي البحرين، قطر، الإمارات العربية المتحدة و عمان بالإضافة إلى البلد الأصل وهي اي من الهند، باكستان، سيرلانكا، بنغلادش، الفلبين، نيبال و بوتان.

مكان الإقامة

تتمثل عادةً بدولة الإمارات العربية المتحدة، عمان، قطر أو البحرين أو بلد الإقامة الأساسي كما هو معرف في **بلد الإقامة الأساسي (صفحة ١٣)**.

جدول المزايا

الجدول المطبق على برنامجك و الذي يوضح الحد الأقصى للمزايا التي سندفعها لكل عضو.

مزمّن

حالة طبية أو حالة مرضيه تستمر لفترة طويلة أو للأبد.

الشركة

صاحب العمل التابع لك و/أو الكفيل.

إتفاقية الشركة

إتفاقية مع الشركة تقوم بتسجيلك كحامل للوثيقة. توضح الإتفاقية الأطراف المغطية، وفترة بدأ التغطية، وكيفية تجديد التغطية، وكيفية دفع أقساط التأمين.

العملة

تتمثل العملة ب الدرهم لدولة الإمارات، الدينار لدولة البحرين، ريال عماني لعمان أو ريال قطري لقطر التي يتم بها دفع تعويض المطالبات إلى العضو و دفع أقساط التأمين بها.

التسجيل / وقت التسجيل

سوف يبدأ تسجيلك بعد ٢٣:٥٩ ساعة من تاريخ قبول العضو و بعد إستلام و قبول قسط تأمين العضو من قبلنا. تعتبر أي ذكرى تجديد سنوية هي الفترة التي تم فيها قبول العضو بموجب الشروط المطبقة في ذلك الوقت.

عضو في العائلة

شريك أو أطفالك الغير متزوجين (أو أطفال شريك) المقيمين معك عند إصدار الوثيقة أو عند تجديدها. ونعني بالشريك هو الزوج أو الزوجة الذي يقيم معك بشكل دائم. ولا يمكن أن تشمل الوثيقة أطفالك بعد تاريخ التجديد بعد عمر ٢١ سنة.

المجموعة

إنه الشخص الذي يدفع قسط التأمين للوثيقة، لا يعتبر هو العضو المستفيد من التغطية بموجب الخطة و هو ليس عضو في العائلة. يكون هذا الشخص عادة صاحب العمل أو الكفيل.

المستشفى

أي منشأة مرخصة كعيادة طبية أو جراحية أو مستشفى، مركز مختص أو مقدم خدمة في البلد الذي يعمل فيه والمُعترف بها من قبلنا.

دليل المستشفيات/ قائمة الدفع المباشر

مستند نقوم بنشره يوضح المستشفيات الذين قمنا بالتعاقد معهم و الذين يستخدمون خدمات الدفع المباشر، يجب أن يستخدم حامل الوثيقة المستشفيات الموجودة في دليل المستشفيات إلا في حالة الطوارئ عندما يكون من غير الممكن القيام بذلك.

الإنقضاء

فترة إلغاء التغطية.

مدى الحياة

الفترة التي يكون فيها العضو على قيد الحياة. و لا يعني بها فترة الوثيقة.

حالة مرضية

أي مرض، عله أو إصابة، ويشمل ذلك الأمراض النفسية.

طبيب ممارس

الشخص الذي يتم الإعتراف به من قبلنا، لديه الشهادات الأساسية في ممارسة الطب والجراحة من كلية طب معترف بها والمرخص لممارسة الطب من قبل هيئة ترخيص في مكان إعطاء العلاج. نعني «بكلية طب معترف بها» «كليات الطب التي تم ذكرها في الدليل العالمي الحالي لكليات الطب التي نشرتها منظمة الصحة العالمية».

العضو/ حامل الوثيقة

أنت أو أي عضو في العائلة تم إدراجه في الوثيقة.

إشعار الإلغاء في تاريخ التجديد السنوي

في حال عدم موافقتنا و/أو موافقتك الخطية على تجديد الوثيقة قبل نهاية السنة، فإن التغطية ستنتهي في تاريخ التجديد السنوي. هذا سيحدث سواء تم تقديم إشعار إلغاء كتابي من قبلنا إليك أم لا.

الممرض

ممرض مؤهل مسجل لممارسة التمريض في مكان العلاج و معترف به من قبلنا.

إخصائي علاج طبيعي

شخص مؤهل ومرخص لممارسة العلاج الطبيعي في مكان تلقي العلاج و معترف به من قبلنا.

البرنامج

أي برنامج تأميني في نطاق سلسلة برامج التأمين الصحي لأكسا.

الوثيقة

إتفاقية/ عقد التأمين بيننا وبينك. توجد الأحكام الكاملة الخاصة بها في النسخ الحالية من المستندات التالية والتي ترسل إليك من وقت لآخر:

- أي إستمارة طلب، نطلب منك إكمالها.
- الأحكام و جدول المزايا الموجود في التغطية بموجب برنامجك.
- بيان عضويتك و خطاب القبول.
- دليل أو قائمة بالمستشفيات والتي قد تستخدمها إذا تم إرفاق هذه القائمة لهذا المستند كما هو موضح في إتفاقية المجموعة. في حالة إرفاق هذه القائمة لإتفاقية المجموعة فسيتم تقديمها على دليل المستشفيات.

يجب تأكيد التغييرات لهذه الأحكام كتابياً و سوف نقوم بالإجابة كتابياً لتأكيد أي تغييرات تم تفعيلها أو وعود قمنا بها.

الوصفات

الأدوية والضمادات الموصوفة بالعيادات الخارجية كما وصفها الطبيب الممارس لعلاج حالة مرضية تغطيها وثيقة العضو.

بلد الإقامة الأساسي

البلد الذي تقيم فيه أو تنوي الإقامة فيه لمعظم أيام السنة لمدة ١٨٥ يوم أو أكثر والذي ستسجل لدينا كعنوانك ومكان إقامتك.

جدول العمليات

مستند يبين قائمة بالعمليات الجراحية التي ندفع المزايا لها وتصنف حسب تعقيدها.

عملية جراحية

عملية أو تدخل جراحي مذكور في قائمة جدول العمليات.

العلاج

عملية جراحية أو إجراء طبي تم من قبل طبيب ممارس. وهذا يشمل:

- **عمليات التشخيص** - الإستشارات و الفحوصات المطلوبة لإجراء التشخيص.
- **العلاج بالمستشفى (التنويم)** - العلاج داخل المستشفى حيث يجب أن يبيت العضو في المستشفى ليلة واحدة أو أكثر لأسباب طبية.
- **علاج اليوم الواحد (النهاري)** - العلاج داخل المستشفى، وحدة الإقامة القصيرة أو العيادة الخارجية لأنه بحاجة إلى فترة من العلاج تحت الإشراف الطبي لكن دون أن يقضي ليلته فيها.
- **العيادات الخارجية** - العلاج في العيادات الخارجية أو غرفة إستشارات الطبيب الممارس أو في المستشفى حيث لا يشغل العضو سريراً.

المملكة المتحدة

بريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية، بما في ذلك جزر القنال وجزيرة مان.

الزيارة

كل مرة يزور فيها العضو الطبيب الممارس و يتلقى الإستشارة و/أو العلاج لحالة مرضية.

نحن / لنا / خاصتنا

شركة أكسا للتأمين (الخليج) ش.م.ب (م)

السنة

١٢ شهراً ميلادياً من تاريخ بدأ الوثيقة أو آخر تاريخ لتجديدها إلا إذا اتفقنا على خلاف ذلك مع الشركة.

أنت

حامل الوثيقة المذكور في بيان عضويتك (في حالة برامج المجموعات الكبيرة، سيكون كل عضو في قائمة الأعضاء أتعق مع الشركة أو الشركة نفسها).

٨. ما الذي ندفعه

١. تؤمن هذه الوثيقة الأعضاء ضد تكلفة العلاج الضروري المطلوب من قبل الطبيب الممارس. ولكن سندفع فقط:
 - أ. للتكاليف المدفوعة للعناصر الموجودة في جدول المزايا و يخضع ذلك للحدود المبينة. ملاحظة: إذا دفعت أي تكاليف تزيد عن الحدود، فيجب عليك دفع الفرق.
 - ب. لعلاج حالة مرضية معروف باستجابتها السريعة للعلاج. سوف نتوقف عن الدفع في حالة إستقرار الحالة المرضية. و نحن نحفظ بالحق لتحديد ما اذا أصبحت الحالة المرضية مزمنة أو ذات طبيعة متكررة.
 - ت. التكاليف المدفوعة من قبل الطبيب الممارس، قبل تكاليف المختبر أو خدمات طبية أخرى من هذا القبيل، التي تكون في المستوى المؤلف المتكبد من قبل الأطباء الممارسين عموما للخدمات المستلمة. وإذا لزم الأمر يمكننا تأخير دفع المطالبة حتى نشعر بالارتياح أن الرسوم مناسبة. إذا كانت التكاليف التي تم دفعها للطبيب أعلى من المعتاد سوف ندفع فقط المبلغ المؤلف، في إعتقادنا، وسوف تقوم بدفع المبلغ المتبقي.
 - ث. العلاج المطلوب من قبل إخصائي فيزيائي، إخصائي لعلاج العمود الفقري، إخصائي تقويم العظام، معالج مثلي، معالج الوخز الأبر، مؤهلين و معترف بهم من قبلنا أو لخدمات ممرض إذا كان ذلك مغطى من قبل الخطة و كما هو مسموح به من قبل جدول المزايا.
- ج. شريطة أن لا تكون التكاليف لشيء مستثنى من قبل أحكام الوثيقة.
- ح. التكاليف المدفوعة للفترة التي تم دفع فيها قسط التأمين.
- خ. علاج الحالات التي تسبق فترة بدأ هذه الخطة/البرنامج ماعدا العلاج الذي يرتبط بحاله تم إستثناءها بشكل مسبق أو تخضع لمهلة سداد من قبل أكسا للتأمين أو أي شركة تأمين سابقة و هذا الإستثناء أو المهلة لم تنقضي أو كما هو مسموح به حسب برنامجك.
- د. التشخيص الأولي وإستقرار الحالة المزمنة (الحالة المرضية التي لا تستجيب بسرعة للعلاج أو تشفى بسرعة) التي تنشأ بعد بدأ الوثيقة، يعني بالإستقرار هو في حالة تطور الحالة المرضية إلى المرحلة الحادة، فسيتم تغطية العلاج الذي يؤدي إلى إستقرار الحالة. ولكن لن ندفع للفحوصات الدورية التي تتم على المدى الطويل والتي يكون الغرض منها التحكم ومراقبه حاله عند إستقرارها مثل الإستشارات الدورية و/أو الأدوية الدورية سواء تم وصفها من قبل طبيب ممارس أم لا إلا إذا كانت مصرح بها حسب جدول المزايا و موافق عليها من قبلنا.
- ذ. الوصفات: الأدوية والضمادات الموصوفة بالعيادات الخارجية كما وصفها الطبيب الممارس لعلاج حالة مرضيه تغطيها وثيقة العضو، شريطة أن توجد هذه التغطية في برنامجك.

يرجى الملاحظة بأننا لن ندفع للمستلزمات الإعتيادية مثل، ولكن ليس على سبيل الحصر، الشامبو، الصابون، معاجين الأسنان، وسائل منع الحمل وأدوية علاج الصداع وعلاج البرد، والفيتامينات (حتى عند وصفها) وغيرها والتي قد يتم شراؤها دون وصفة طبية في الصيدلية المحلية كما أننا لا ندفع للمكالمات الهاتفية أو الخدمات الاعلامية. يرجى أيضا ملاحظة أننا لا ندفع عن العلاجات بالمعادن و الأعشاب والمكملات الغذائية الأخرى إلا كجزء من العلاج البديل فقط عندما ندرك إن هذه العلاجات مشروعة.

٢. عند تلقي العلاج في الإمارات، المملكة العربية السعودية، البحرين، عمان، قطر أو المملكة المتحدة، سوف نقوم بتسوية مباشرة للتكاليف المدفوعة في المستشفيات الموجودة في دليل أو قائمة المستشفيات المرفقة لهذا المستند فقط (الرجاء مراجعة التعريفات الخاصة بالمستشفى و دليل المستشفيات). إذا كان من الضرورة الطبية استخدام مستشفى آخر ولقد اتفقنا بشكل محدد كتابيا على استخدامها قبل بدأ العلاج (لن نرفض ذلك بشكل غير معقول) فسنحاول إجراء تسوية مباشرة. يرجى العلم بأن بعض مقدمي الخدمة يرفضون القيام/ بذلك الإجراء. سوف نقوم فقط بدفع تكاليف الإقامة في المستشفى التابعه للعلاج إلى حد معقول. على سبيل المثال استخدام غرفة خاصة ذات سرير واحد مع الحمام.

٩. ما الذي لا ندفعه (الإستثناءات والحدود)

١. لن ندفع للأمور التالية:
 ١. علاج أي حالة مرضية (و أي حالة مرضية تابعة لها سواء شخصت أم لا) والتي كان يعاني منها العضو سابقا عند الإنضمام والتي يجب أن يبلغنا عنها ولكنه لم يبلغنا عنها كليا أو لم يبلغنا بكل شيء إلا في حالة إتفاقنا مسبقا كتابيا معك بعدم الحاجة لإبلاغنا. وهذا يشمل أي حالة مرضية أو أعراض سواء تم علاجها أم لا و أي حالة مرضية سابقة تتكرر أو أي حالة يعلم بها العضو حتى لو لم يتم إستشارة طبيب ممارس.
 ٢. العلاج الغير جراحي لحالة مرضية لا تستجيب بسرعة للعلاج أو التي تستمر أو تتكرر إلا إذا صرح بذلك في جدول المزاي و تم قبول ذلك كتابيا من قبلنا.
 ٣. مراقبة الحالة المرضية عند إستقرارها إلا إذا صُرح بذلك في جدول المزاي و تم قبول ذلك كتابيا من قبلنا.
 ٤. أي عملية جراحية غير مدرجة في جدول العمليات، إلا إذا اتفقنا مسبقا على ذلك.
 ٥. أي علاج يقوم بتخفيف الأعراض بشكل مؤقت بدلا من علاج الحالة المرضية المعنية.
 ٦. الحمل الطبيعي أو الولادة إلا في حالة ذكر ذلك بشكل محدد في جدول المزاي، ولكن سندفع لعلاج الحالة المرضية التي نتجت عن وحدثت خلال الحمل أو الولادة ماعدا العملية القيصرية. لن تتم تغطية العملية القيصرية وأي مضاعفات تابعة لها إلا إذا كانت خطتك تغطي «الولادة» وهذا لا يقتصر على أي فترة إنتظار مطبقه في برنامجك. وفي هذه الحالة سيتم تغطية العملية القيصرية و أي
- مضاعفات تابعة لها بموجب ميزة «الولادة» وتخضع لحدود القيمة المالية المذكورة فيها. لن ندفع لعلاج أي حالة مرضية تنشأ خلال الحمل أو الولادة إذا حدث الحمل عن طريق أي شكل من أشكال المساعدة ويشمل التلقيح الصناعي. سوف نرسل لك قائمة بالحالات المرضية التي ندفعها إذا طلبت منا ذلك.
٧. العلاج الذي يبدأ أو العلاج المطلوب خلال ٩٠ يوم بعد الولادة لأي طفل تمت ولادته بطرق صناعيه أو أي شكل من أشكال المساعدة ويشمل ذلك التلقيح الصناعي.
٨. إنقضاء الحمل أو أي آثار تبعيه له.
٩. الفحوصات إلى وعلاج العقم ومنع الحمل والمساعدة على الإنجاب، والتعقيم (أو عكس ذلك) أو أي آثار تبعيه لها أو أي علاج لها.
١٠. علاج العجز الجنسي، الخلل الجنسي أو أي آثار تبعيه لذلك.
١١. علاج الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي أو أي آثار تبعيه لذلك.
١٢. العلاج الضروري الذي ينشأ من أو مباشرة أو غير مباشرة نتيجة تغيير الجنس.
١٣. علاج أي حالة طبية تنشأ بأي حال من الأحوال من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية.
١٤. علاج السمنة أو أي حالة طبية تنشأ من أو ترتبط، بأي شكل من الأشكال بالسمنة بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر عمل ربط المعدة أو التدبيس، وإزالة الأنسجة الدهنية أو الفائض (بما في ذلك الورم الشحمي) من أي جزء من الجسم سواء كان متطلبا لأسباب طبية أو نفسية.

٢٦. (١) الرياضات الإحترافية - أي تكاليف علاج مدفوعة ناتجة عن المشاركة في أوالتدريب على أي رياضة تتلقى عنها راتب أو تعويض نقدي، بما في ذلك المنح أو البعثات (إلا إذا تلقت تكاليف السفر فقط).

(٢) الرياضة الخطرة - علاج الإصابات الناتجة عن القفز من مكان مرتفع، الغوص في الجرف، تحليق طائرة غير مرخصة في أو التحليق لغرض التعلم، الفنون القتالية، التسلق الحر، تسلق الجبال مع أو بدون الحبال، الغوص إلى عمق أكثر من ١٠ أمتار، الرحلات إلى ارتفاع أكثر من ٢,٥٠٠ متر، القفز بالحبال، التجديف، القفز المظلي، الطيران الشراعي أو الطيران بالطائرات الخفيفة، الهبوط بالمظلات، إستكشاف المغاور، التزلج في مناطق التزلح أو أي نشاط آخر للرياضات الشتوية يتم القيام فيه في مناطق التزلح.

٢٧. أي علاج تم إستثنائه بشكل خاص حسب الأحكام الموضحة في بيان عضويتك أو حسب الجداول التي تشكل جزءاً من هذه الإتفاقية

٢٨. أي تكاليف مدفوعة لأسباب إجتماعية أو محلية أو لأسباب لا ترتبط مباشرة بالعلاج مثل ولكن ليس على سبيل الحصر، الشامبو، الصابون، معاجين الأسنان، وسائل منع الحمل وأدوية علاج الصداع وعلاج البرد، والفيتامينات (حتى عند وصفها) وغيرها والتي قد يتم شراؤها دون وصفة طبية في الصيدلية المحلية كما أننا لا ندفع للمكالمات الهاتفية أو خدمات الوسائط الأخرى.

٢٩. أي تكاليف تابعة للمصحات المائية الصحية والمنتجعات وعيادات العلاج بالطبيعة (أو الاطباء الممارسين) أو

١٥. تكاليف جمع الأعضاء المتبرع بها لجراحة زرع الأعضاء أو أي تكاليف إدارية معنيه بذلك حتى لو كان هذا الزرع مصرح به من قبل بنود هذا البرنامج.

١٦. العلاج الذي ينشأ بشكل مباشر أو غير مباشر بسبب الإصابة التي يسببها الشخص لنفسه عمداً أو محاولة الإنتحار.

١٧. العلاج الذي ينشأ من أو بأي شكل من الأشكال مرتبط باستخدام الكحول أو المخدرات أو إساءة استخدام العقاقير أو أي إدمان

١٨. أي علاج لتصحيح قصر أو طول النظر

١٩. علاج الأطفال الذين يعانون من تأخر في النمو سواء كانت الصعوبات جسدية أو نفسية أو صعوبات في التعلم؛

٢٠. العلاج الوقائي؛

٢١. اللقاحات والفحوص الطبية الروتينية أو الوقائية الأخرى (بخلاف الفحص الطبي الروتيني كما هو مسموح به من قبل برنامجك)، ويشمل ذلك إستشارات المتابعة الروتينية؛

٢٢. تكاليف تقديم أو تركيب أي طرف أو جهاز إصطناعي؛

٢٣. الأدوية أو الضمادات الموصوفة بالعيادات الخارجية باستثناء تلك المحددة في ١-ذ، الوصفات، التي تغطيها الوثيقة.

٢٤. تقويم الأسنان، اللثة، حشو الأسنان، طب الأسنان الوقائي، والعناية بالأسنان العامة بما في ذلك الحشو، بغض النظر عن يعطي العلاج ما لم ينص على ذلك في برنامجك وتم موافقه عليه كتابيا، من قبلنا؛

٢٥. المطالبات فيما يتعلق بالعلاج المتلقي خارج منطقة التغطية أو إذا كان العضو مسافرا وفقا لمشورة طبية حصل عليها داخل منطقة التغطية؛

تطبيق الأحكام الخاصة في الحالات التالية:

٢.

لن ندفع للمزايا التالية:

١. الجراحة أو العلاج التجميلي، أو أي علاج يتعلق أو يتطلب بسبب علاج تجميلي سابق. ومع ذلك سوف ندفع ثمن الجراحة إذا:

أ. كانت الجراحة لغرض إستعادة وظيفة أو شكل بعد وقوع حادث أو بعد عملية جراحية لحالة مرضية، شريطة أن يكون قد تم تقديم التغطية للعضو بشكل مستمر بموجب الخطة التابعة لنا قبل وقوع الحادث أو العملية الجراحية، و

ب. يتم ذلك في مرحلة مرضية مناسبة بعد وقوع الحادث أو العملية الجراحية، و

ج. نتفق على تكاليف العلاج كتابياً قبل القيام به.

٢. أي عملية للأسنان إلا إذا تم تغطيتها في الخطة الخاصة بك. ومع ذلك، فإننا سوف ندفع لبعض العمليات الجراحية التي تحتاج إلى أن تقوم بها عن طريق جراح فم والوجه والفكين. سوف نرسل لك قائمة بهذه الإجراءات عند طلبك ذلك.

٣. الرعاية التمريضية الخاصة في المستشفى و/أو أي رعاية تمريضية في المنزل إلا إذا اتفقنا مسبقاً كتابياً بأن ذلك ضروري ومناسب.

٤. العلاج بالهرمونات البديلة، إلا عندما يشار إليه طبيباً (لتخفيف الأعراض فيزيولوجية)، عندها سندفع للاستشارات وتكلفة الزرع أو اللصقات (ولكن ليس الأقراص). سوف ندفع

أي مكان مماثل، حتى إذا تم تسجيله كمستشفى.

٣٠. أي مطالبة أو جزء من مطالبة فيما يتعلق بما يجب أن تدفعه كمبلغ تحمل (أو مبلغ إستقطاع أو مبلغ تأمين مشترك). في هذه الحالة سوف ندفع الباقي من المطالبة بعد خصم مبلغ التحمل (أو مبلغ الإستقطاع أو مبلغ التأمين المشترك).

٣١. العلاج بالمستشفى (التنويم) أو اليوم الواحد (النهارى أو اليومي) في دولة الإمارات العربية المتحدة والمملكة العربية السعودية والبحرين وعمان وقطر والمملكة المتحدة إلا إذا تم تعريفه كما هو في البند ٨-٢ أعلاه.

٣٢. بالمستشفى (التنويم) أو اليوم الواحد (النهارى أو اليومي) أو بالعيادات الخارجية في الولايات المتحدة الأمريكية إلا إذا صرح بذلك في برنامجك.

٣٣. تكاليف التنويم بأي مستشفى والتي تكون غير معقولة ومفرطة. سوف ندفع فقط لتغطية التكاليف المعقولة لغرفة ذات سرير واحد مع حمام خاص بها وفقاً لتكلفة الإقامة المرتبطة مع العلاج المتلقى.

٣٤. أي تكاليف للعلاج المتعلقة بـ/أو لعلاج التشوهات الخلقية و/أو التشوهات سواء كانت واضحة و/أو تم تشخيصها أو معروفة عند الولادة أم لا.

٣٥. أي تكاليف لتلقي العلاج اللازم نتيجة أي عمل غير قانوني من قبل العضو والذي يتطلب العلاج.

٣٦. أي تكاليف للتقارير الطبية، وللتسجيل أو رسوم الدخول من أي نوع.

من أجل التوضيح: يوجد تغطية لتلقي العلاج اللازم نتيجة لعمل إرهابي شريطة أن لا يكون العمل الإرهابي نتيجة تلوث نووي أو بيولوجي أو كيميائي.

٥. لن ندفع المزايا لأي علاج إذا لم نستلم إستمارة مطالبة كاملة وبشكل صحيح مع الفواتير الأصلية في غضون ٩٠ يوماً من تلقي العلاج.

٦. لن ندفع المزايا لأي علاج مطلوب نتيجة لحادث أو إصابة عمل يتم إسترداد تكلفته من وثيقة تأمين تمويل العمال، والتأمينات الاجتماعية أو قانون حكومي مشابه والسائد في وقت الإصابة أو الحادث. يجب عليك إعلامنا إذا كانت المطالبة متصلة بالعمل.

٧. لن نسمح للأعضاء بترقية مستوى التغطية إلا عند موعد التجديد السنوي للوثيقة وعند الطلب كتابيا فقط، للقيام بذلك. يجب أن يتم تأكيد قبول ترقية مستوى التغطية من قبلنا كتابيا، قبل بدأ سريانها.

٨. لن ندفع لمستويات المزايا التي تم ترقيتها لعلاج أي حالة مرضيه نشأت أو المتوقعه بشكل معقول من قبل العضو قبل سريان ترقية مستوى التغطية. يجب على الأعضاء الإفصاح عن أي حالة مرضيه من هذا القبيل لنا عند طلب ترقية مستوى التغطية. عندما تتوضح مثل هذه الحالة المرضية، فسيتم تقييد المزايا لمثل هذه الحالة المرضية إلى مستوى التغطية الذي كان ينطبق على مثل هذه الحالة المرضيه قبل الترقية.

فقط المزايا لمدة ثمانية عشر شهراً كحد أقصى من تاريخ أول إستشارة.

٥. إعادة التأهيل لمرضى التنويم بالمستشفى إلا في الحالات التالية:

- إذا كان التأهيل جزءاً لا يتجزأ من العلاج، و
- يتم تنفيذه من قبل طبيب ممارس متخصص في إعادة التأهيل، و
- يتم في مستشفى أو وحدة إعادة تأهيل معترف بها من قبلنا، و
- تم الاتفاق على التكاليف، كتابياً، من قبلنا قبل بدأ التأهيل.

٦. لن ندفع لإعادة تأهيل مرضى التنويم بالمستشفى لأكثر من ٢٨ يوماً إلا في حالات تضرر النظام العصبي المركزي بشكل شديد نتيجة الصدمات الخارجية.

٧. العلاج الذي لم يثبت بأنه فعال أو العلاج التجريبي. ومع ذلك فإننا سندفع إذا ثبت قبل بدأ العلاج بأنه تم الإعتراف بأن العلاج مناسب من قبل هيئة طبية موثوقة واتفقنا كتابيا، مع طبيب ممارس، على مقدار التكلفة.

٣. لن ندفع عن المزايا لأكثر من ١٠٠ يوم في المجموع خلال فترة حياة العضو لعلاج التنويم بالمستشفى للمرض النفسي.

٤. لن ندفع لأي علاج، أو للحصول على المساعدة الطبية الدولية الطارئة، إذا كان هناك حاجة إليها نتيجة للتلوث النووي، التلوث البيولوجي أو التلوث الكيميائي، عند الانخراط في أو المشاركة في الحرب، غزو أو اجتياح عدو الأجنبي، والحرب الأهلية وأعمال الشغب والتمرد والعصيان المسلح والثورة والإطاحة بالحكومة قانونياً، انفجارات الأسلحة الحربية أو أي حدث مماثل للأحداث المذكورة. يرجى الملاحظة،

١٠. القيام بالمطالبات

يرجى العودة إلى الصفحة ١٦ للتفاصيل عن كيفية القيام بالمطالبة.

١. قبل أن نستلم أية مطالبة يجب عليك التأكد من:

- يجب على العضو إرسال إستمارة مطالبة كاملة في أسرع وقت ممكن وفي فترة لا تتجاوز ٩٠ يوما من تاريخ بدأ العلاج، و
- يجب أن نستلم الفواتير الأصلية لتكاليف العلاج، و
- يجب على العضو إعطائنا كافة المعلومات التي نطلبها

٢. يجب على العضو إبلاغنا في إستماره المطالبة إذا كان هناك إمكانية بمطالبة التكلفة من أي شخص آخر أو بموجب وثيقة تأمين أخرى أو مصدر آخر (مثل ولكن لا يقتصر على وثيقة تعويض العمال أو التأمينات الإجتماعية أو وثيقة تأمين السيارات). وفي حالة تحقق ذلك، فيجب:

- في حالة إشتراك وثيقة تأمين أخرى، فسندفع حصتنا النسبية، أو
- إذا كانت المزايا المطالب بها لعلاج شخص عن إصابة أو حالة مرضية بسبب شخص آخر (طرف ثالث)، سندفع فقط المزايا التي يمكن للعضو المطالبة بها بموجب الوثيقة (إلا في حالة تغطية هذه المزايا من قبل وثيقة تأمين أخرى، فسندفع حصتنا فقط من المزايا). ولكن عند دفع هذه المزايا بموجب أحكام الوثيقة والقانون فإن لنا الحق بإسترداد هذه المبالغ من الطرف الثالث. في هذه الحالة، يجب أن يطبق التالي:

أ. يجب عليك إخبارنا بأسرع وقت ممكن عن ما إذا كنت أنت المتسبب بالإصابة أو الحالة المرضية أو كانت بسبب طرف ثالث. ثم سنرسل

لك إستمارة حتى تقوم بإعطاءنا التفاصيل الكاملة بشكل كتابي.

ب. إذا قمت أو العضو بتقديم مطالبة، أو لم تقوم بتقديمها (أو رفضت القيام بالمطالبة) ضد الطرف الثالث، فيجب عليك أو على العضو العمل بحسن نية و القيام بكافة الإجراءات التي نطلبها لضمان إستردادنا للأموال من الطرف الثالث و تتم إعادة دفعها لنا إلى حد مبلغ المزايا الذي قمنا بدفعه (وأي فائدة). وسوف نطلب منك أن تقوم بتوقيع تعهد بذلك.

ت. إذا لم تقم أو العضو بدفع الأموال المستردة من الطرف الثالث لنا إلى حد مبلغ المزايا المدفع (وأي فائده)، فإن لنا الحق بإسترداد هذا المبلغ منك و/أو من العضو.

٣. يمكننا أن نعين أو ندفع لطبيب ممارس مستقل للحصول على إستشارة فيما يتعلق بالمشاكل الصحية المتعلقة بأي مطالبة. إذا تطلب الأمر ذلك، فإن الطبيب الممارس المستقل سوف يقوم بالفحص الطبي للعضو مقدم المطالبة وتقديم تقرير لنا. يجب على العضو التعاون مع الطبيب الممارس المستقل وإلا لن ندفع المطالبة.

٤. إذا قام العضو بتقديم أي مطالبة كاذبة بأي طريقه من الطرق:

- فلن ندفع أي مزايا للمطالبة و
- و إذا قمنا مسبقا بدفع المزايا لتلك المطالبة قبل أن نكتشف أن المطالبة كاذبة، فيمكننا إسترداد هذه المزايا منك (العضو/أو الشركة)، و
- يمكننا القيام بأي من الإجراءات المذكورة في الفقره ١٣-٢.

٥. سنقوم بتحويل المطالبات المدفوعة بأي عمله بخلاف عملة الدرهم لدولة الإمارات، بالدينار لدولة البحرين، بالريال العماني لدولة عمان أو الريال القطري لدولة قطر بإستخدام اقرب سعر صرف تم نشره في صحيفة فينانشل تايمز لدليل العملات العالمية الحالية عندما نقيم المطالبة إذا أتفقنا بشكل مسبق كتابيا بتعويض العضو عن المزايا بعملة خلاف المذكورين أعلاه فسيكون سعر الصرف المستخدم كما هو أعلاه.

سيتم دفع أي أسعار صرف تم دفعها من قبل العضو و سيتم خصمها من أي مدفوعات ستدفع للعضو بموجب هذه المطالبة.

١.١. الانضمام، التجديد والنقل

خاصة قد تعتبر ضرورية لأي حالات طبية موجودة و/أو سابقه في تاريخ إستمارة الطلب حتى وإن كانت هذه الشروط مغطاة بشكل مسبق من قبل البرنامج الصحي للمجموعة التابع لأكسا. يرجى الرجوع إلى الصفحة ١٤ إذا كنت ترغب بالإنقال إلى وثيقة لا تقدم من قبل أكسا للتأمين.

متى يمكن أن تتغير أحكام وثيقتك

نحن لا ننوي تغيير أحكام برنامجك التأميني خلال فترة سريان الوثيقة، ولكن لدينا الحق بإلغاء أو تغيير كافة أو أي جزء من وثيقتك عند أي تاريخ تجديد. سوف نقوم بشكل عام بتعديلات فقط لعكس أي تغييرات سابقة وغير متوقعة في ممارسة أو الإجراءات الطبية و نوع و تكرار المطالبات الناشئة من قبل أعضائنا المغطيين بموجب نفس البرنامج التي تكون مغطى بموجبة.

إن الغرض من هذه التغييرات هو السعي، قدر الإمكان، للحفاظ على نفس المستوى إلى حد كبير ونوع التغطية المستخدمة، مع ضمان أن يبقى البرنامج معقول. وقد نقوم بتغيير الأقساط إذا ساهم تغيير التكاليف والضرائب واللوائح أو المزايا بذلك بشكل ضروري.

في حالة كان من المتطلب قانونياً أن نقوم بعمل تغيير خلال سنة الوثيقة، على سبيل المثال، تم فرض ضريبة جديدة، فسنكون ملزمين بالقيام بذلك قبل تاريخ التجديد القادم. نحن نحفظ بالحق بتطبيق أحكام الإكتتاب إلى وثيقتك في أي وقت، إذا ظهرت أي حالة مرضية كان يجب أن يتم الإعلان عنها، ظهور حالة مزمنة في فترة مستبعده وتحول حالة مرضية إلى حالة مزمنة بشكل طبيعي خلال سنة الوثيقة.

يرجى الرجوع إلى شركة أكسا للحصول على معلومات عن كيفية تغيير وثيقتك.

١. سوف نخبرك كتابياً عن تاريخ بدأ وثيقتك و عن أي أحكام خاصة تطبق عليها. يمكننا أن نرفض تقديم التغطية و سوف نخبرك عند حدوث ذلك.

٢. إن وثيقتك لسنة واحدة إلا إذا اتفقنا على خلاف ذلك مع الشركة، حيث تسري هذه الوثيقة على عقد المجموعة. في نهاية ذلك الوقت، شريطة أن يكون البرنامج ساري المفعول، لك أو، إذا كانت الوثيقة تسري على عقد المجموعة، فيمكن للشركة أن تجدد الوثيقة وفقاً للأحكام والشروط المطبقة في ذلك الوقت. وسوف تكون ملزمة بتلك الأحكام. ومع ذلك، فإننا نحفظ بالحق بعدم قبولك كعميل أو برفض تجديد وثيقتك في أي فترة تجديد سنوية.

٣. يمكن فقط للأشخاص المذكورين في إتفاقيه الشركة إذا كانت تسري الوثيقة على عقد المجموعة أن يكونوا أعضاء في هذا البرنامج. تنتهي كافة التغطيات عندما تتوقف عن العمل لدى الشركة أو عندما تقرر الشركة إنهاء التغطية.

٤. إذا أنتهت التغطية بموجب إتفاقيه الشركة، فيمكنك أن تنتقل إلى خطة أخرى.

٥. يمكن لأعضاء هذه الوثيقة عند إنسحابهم من برنامج الشركة الصحي للمجموعة أن ينضموا إلى وثيقة فردية تابعة لأكسا للتأمين. في كافة الأحوال، سيطلب من العضو إستكمال إستمارة طلب جديدة و الإفصاح عن كافة المعلومات الطبية السابقة فيما يتعلق بأي وكل فرد سيتم تأمينه. تحتفظ شركة التأمين بالحق بتطبيق أي إستثناء، بنود و/أو أحكام

١٢. ماذا تتوقع منك؟

١. يجب عليك التأكد من صحة جميع المعلومات ودقتها وعلى ان تكون كاملة عند طلبنا لك بتزويدنا فيها. وإذا لم تكن كذلك، فإن من الممكن إلغاء الوثيقة أو تطبيق أحكام مختلفة للتغطية.
٢. تم تصميم هذه الوثيقة للأشخاص المقيمين في دولة الإمارات العربية المتحدة، مملكة البحرين، سلطنة عمان و دولة قطر. يجب عليك إخبارنا إذا قام العضو بتغيير مكان الإقامة الأساسي حتى وإن كانوا مقيمين في نفس المنطقة. وإذا لم تقم بإبلاغنا لن نقوم بدفع المزايا.
٣. أنت (أو الشركة، المكان الذي تسري فيه الوثيقة على إتفاقية لمجموعة) يجب أن تدفع قسط التأمين في وقت إستحقاقه. سوف نقرر المبلغ في بداية كل سنة و نخبرك بمقدار المبلغ. يمكنك أن تقوم بدفعه بالطريقة التي اتفقنا عليها. وبما أن وثيقتك تسري لسنة كاملة فيجب أن تدفع قسط تأمين يغطي السنة كاملة مهما كانت طريقة دفعه. وإذا لم يتم دفع أقساط التأمين في وقت إستحقاقها فسيتم إلغاء الوثيقة.
٤. أنت (العضو أو الشركة) يجب أن ترسل إلينا و نخبرنا في حالة تغيير عنوانك. فأنت تتصرف بالنيابة عن أي عضو مغطى من قبل وثيقتك، حتى نقوم بإرسال كافة الرسائل المتعلقة بالوثيقة على عنوان الشركة أو عنوان العضو.
٥. إذا كان هناك إشكال بينك وبيننا، فإن لدينا عليه إجراءات الشكاوي، موضحة في الصفحة ٢٥، والتي يجب أن تتبعها الشركة أو العضو حتى نقوم بحل إشكال.

١. يمكننا أن نقوم بتغيير كافة أو أي جزء من الوثيقة و يشمل ذلك جدول المزايا أو هذه الأحكام ولكن فقط للأسباب الموضحة في الكتيب أو الإتفاقيه، وستطبق التغييرات عليك فقط عندما تقوم بتجديد وثيقتك إلا إذا كنا ملزمين بموجب القانون بتطبيق أي تغيير مع السريان الفوري. سوف نقدم لك إشعار معقول بالتغييرات و سوف نقوم بإرسال تفاصيل عنها على العنوان المسجل لدينا للشركة أو العضو. سيبدأ سريان التغييرات عندما تقوم بالتجديد أو عندما تطبق بموجب القانون، وحتى و لأي سبب إذا لم يستلم أي عضو تفاصيل عنها.
٢. إذا خالف أي عضو أي من أحكام الوثيقة أو قام بعمل أو حاول بالقيام، أي مطالبة كاذبة، فيمكننا:
 - رفض الدفع، و
 - رفض تجديد وثيقتك، أو
 - فرض أحكام مختلفة إلى أي تغطية سوف نقدمها، أو
 - إنهاء وثيقتك و كافة التغطيات بموجبها على الفور
٣. تخضع هذه الوثيقة لقانون البلد الذي صدرت فيه سواء كانت دولة الإمارات العربية المتحدة، مملكة البحرين، سلطنة عمان أو دولة قطر. إذا كان البلد الرئيسي للإقامة لحامل وثيقة التأمين أو، لعقد المجموعة، مكتب الشركة الذي يقوم بإدارة الوثيقة مسجل لدينا، في دولة الإمارات فسوف يطبق قانون الإمارات، و إذا كان في مملكة البحرين فسيطبق قانون البحرين، وإذا كانت في سلطنة عمان فسيطبق قانون عمان، وإذا كانت في قطر فسيطبق قانون قطر، بخلاف موقع أي عضو في أي وقت.
٤. لن نتحمل تكلفة التقارير الطبية.
٥. لا يمكن تغيير شروط وأحكام الوثيقة ولا يمكن الموافقة على تغطية بيننا وبينك شفويا. يجب تأكيد أي تغييرات، موافقات أو بيانات أخرى متعلقة بوثيقتك، كتابيا من قبلنا. ولن نكون ملزمين بأي تصريح شفوي غير مؤكد كتابيا من قبلنا.
٦. قد يكون مطلوبا من أكسا تطبيق عقوبات دوليه قانونية على هذه الوثيقة. وفي مثل هذه الحالة، قد لا تستطيع أكسا للتأمين إستيفاء كافة إلزاماتها بموجب أحكام هذه الوثيقة، وعند حدوث ذلك، فستخضع لإجراء قانوني بموجب قانون دولي أو محلي.

١٤. في حالة وقوع أية مشاكل...

المدير التنفيذي، أكسا للتأمين عنوان مكتب دولة الإمارات العربية المتحدة.

الذي سيقوم بدراسة الحالة و تأكيد وضعنا النهائي.

يرجى الملاحظة: يمكنك طلب التحكيم في نزاعات المطالبات، عندما تستكمل الخطوات المطلوبة من إجراءات الشكاوي الموضحة أعلاه. يرجى وضع رمز المجموعة و أرقام العضوية في جميع المراسلات.

في دولة قطر

اننا نفخر في شركة اكسا للتأمين بتقديم خدمة ممتازة لعملائنا و لكننا نعلم ان الامور قد لا تسير كما ينبغي احيانا. تتعامل شركة اكسا للتأمين مع أية شكاوى تصلها بكل جدية و تهدف الى حل جميع مشاكل العملاء فوراً. يجب تقديم اي قضايا لم يتم حلها الينا، سيتم تسجيل جميع الشكاوى وتحليلها من قبل مسؤولي الشكاوى الذين سوف يتواصلون معك.

الالتزام

إن عمليات إداره الشكاوي لأكسا ملتزمة بمتطلبات هيئة مركز قطر للمال لمعالجة الشكاوي

ماذا يجب أن تفعل؟

الرجاء إرفاق التفاصيل التالية في الشكاوى:

- الاسم الكامل
- رقم الوثيقة/رقم المطالبة
- رقم الهاتف و/أو البريد الإلكتروني
- فرع
- المنتج
- ملخص للشكاوى

بكافة دول الخليج بإستثناء قطر

إننا و مع إرادتنا القوية لتفادي المشاكل إلا أنه قد تنشأ بعض المشاكل من حين وآخر. وفي تلك الحالة، فإن لدى مدراء أكسا للتأمين سلطة كبيره لتسوية المشاكل و سيقومون بفعل ما هو بإستطاعتهم لمساعدتك. يجب أن يكون ذلك أول نقطة إتصال لك. و في الحالات التي لا يتم فيها حل شكاوك، يرجى الكتابه إلى:

المدير الإقليمي لعمليات التأمين الصحي، القسم الصحي،

عنوان دولة الإمارات المتحدة:

شركة أكسا للتأمين (الخليج) ش.م.ب، الطابق، المبنى ٧، منطقة دبي للتعهيد، شارع المنامة (مقابل شارع المدينة الأكاديمية)، ص. ب ٣٣٢٥٠٥، دبي، دولة الإمارات العربية المتحدة.

هاتف رقم: ٠٠٩٧١٠٤٤٢٣٣٩٠

فاكس: ٠٠٩٧١٠٤٤٤٨٩١٧٨

الذي سيقوم بالتحقيق بشكاوك بشكل مستقل.

عند إستلام الإجابة من مدير عمليات التأمين الصحي، قسم التأمين الصحي، ولا تزال غير راضي عن الطريقه التي تم تسويه شكاوك فيها، فيمكنك الكتابة إلى:

العضو التنفيذي - للتأمين الصحي و تأمينات الحياة على عنوان مكتب دولة الإمارات العربية المتحدة.

إذا نشأت شكاوك عن مشكلة متعلقة بالمطالبات، فيجب عليك وعلينا إحاله شكاوك إلى محكم مستقل. وفي هذه الحالة سوف نوصي بمحكم لن يكون عضوا في شركة أكسا للتأمين أو الشركات المرتبطة بها والذي يجب أن يلتزم الطرفين بقراره. وعندما يتفق الطرفين على محكم، فسوف يتم تعيينه من قبل:

على الانترنت

- الموقع www.axa-gulf.com
- اضغط على قائمة الاتصال بنا ثم اختر الشكاوي
- ملء استمارة الشكاوى (ويشمل الحقول الإلزامية)
- قدم الشكاوى

البريد

مسؤول الشكاوي
شركة أكسا للتأمين (الخليج) ش.م.ب فرع
مركز قطر للمال
صندوق بريد ١٥٣١٩، الدوحة، قطر

بعد تقديم الشكاوى

- سنخطرک بتلقينا للشكاوى
- ستستلم نسخة عن معايير خدمة معالجة الشكاوي التابعة لنا
- سيقوم أحد موظفي شركة أكسا للتأمين بالاتصال بك للمساعدة في حل هذه الشكاوى

برنامج تسوية خلافات العملاء

إذا لم تكن راض عن الرد النهائي، يمكنك الرجوع لبرنامج تسوية خلافات العملاء (CDRS) المقدم من قبل مركز قطر المالي عن طريق إرسال تفاصيل الشكاوى اما بالبريد الالكتروني

complaints@cdrs.org.qa او على العنوان
البريدي لـ:

برنامج تسوية خلافات العملاء ص.ب ٢٢٩٨٩،
الدوحة، قطر.

١٥. ميثاق العملاء الخاص بك

خدمه محترفة وذات كفاءة

سيتم التعامل مع جميع طلبات المساعدة وجميع المطالبات التي تقدمها بإنصاف (بدون أي تحيز أو تفضيل) وفقاً للمزايا وإتفاقية العضوية التابعة لبرنامجك.

للمزيد من المعلومات الاتصال:
شركة أكسا للتأمين

ص. ب ٣٢٥٠٥

دبي، الإمارات العربية المتحدة

الهاتف: ٠٠٩٧١٤٤٢٩٤٠٠٠

فاكس: ٠٠٩٧١٤٤٢٩٤٠٩٩

بما إننا حريصين على تقديرك كعميل لدى أكسا للتأمين فإن لك حقوق وإستحقاقات هامة. يحق لك أن تتوقع الحصول عليها كالتالي:

اللباقة

سيتم التعامل مع متطلباتك بسرعة دائماً، بتعقل ولباقة، لا يعتبر أي إستفسار للعملاء تافه جداً أو متعب جداً في حله.

تقديم المشورة والتوجيه للمساعدة

سوف يقوم موظفي أكسا للتأمين بمساعدتك، إذا كان لديك أي شكوك، لفهم أحكام العقد الخاص بك وأية عوامل أخرى تؤثر على التغطية التي لديك. وسوف يساعدونك في توضيح طريقة الإستخدام الصحيح للتغطية الخاصة بك عندما تحتاج إلى تقديم مطالبة.

سرية التعامل مع المعلومات والأموال الشخصية الخاصة بك كلما كان ذلك ممكناً

سوف تبقى أي تفاصيل طبية نطلبها سرية بقدر الإمكان. قد تقدم أكسا للتأمين معلومات بشأن المطالبات التي تقوم بها أو المطالبات الماضية أو غيرها من التفاصيل التي قدمتها لنا إلى كفيك أو صاحب العمل أو إدارة حكومية إذا كانوا يدفعون بشكل جزئي أو كلي لهذه الوثيقة أو إذا كان يحق لهم بموجب القانون بطلب هذه المعلومات منا. لن يتم تحمل أي مسؤولية من قبلنا لأي نتيجة ناشئة عن تقديم هذه المعلومات إلى أي طرف من الأطراف المذكورة أعلاه.

تقديم إشعار مسبق في حالة تغيير التغطية

سيتم إخطارك بالتغييرات الجوهرية لأحكام التغطية (بما في ذلك المزايا، الأقساط وإتفاقية عضويتك) كتابياً، بشكل مسبق قبل تاريخ بدأ سريان التغييرات.

**لجميع الاستفسارات (خدمة العملاء)
يمكنك الإتصال بنا:**

الإمارات العربية المتحدة
٠٠٩٧١٤٤٢٩٤٠٠٠

قطر

٠٠٩٧٤٤٤١٢٨٧٣٣

البحرين

٠٠٩٧٣١٧٥٨٢٦١٢

عمان

٨٠٠٧٢٩٢٦

البحرين

شركة أكسا للتأمين (الخليج) ش.م. ب. (م)
الطابق الأرضي، مبنى رقم ١٧٧، شارع ٢٨٠٣،
منطقة السيف ٤٢٨، ص.ب ٤٥، المنامة،
مملكة البحرين

عمان

شركة أكسا للتأمين (الخليج) ش.م. ب. (م)
ص.ب ١٢٧٦، الرمز البريدي ١١٢، روي- سلطنة
عمان

مواقع فروعنا

الإمارات العربية المتحدة

شركة أكسا للتأمين (الخليج) ش.م. ب.
الطابق الثاني، مبنى ٧، منطقة دبي للتعهيد،
شارع المنامة (مقابل شارع المدينة الأكاديمية)،
ص.ب ٣٢٥٠٥، دبي، الإمارات العربية المتحدة

قطر

شركة أكسا للتأمين (الخليج) ش.م. ب. فرع
مركز قطر المالي
مكتب الشركة

برج مركز قطر للمال ١ الخليج الغربي، رقم
المكتب ٦٠٤، الطابق السادس، ص.ب ١٥٣١٩،
الدوحة، قطر

شركة أكسا للتأمين (الخليج) ش.م. ب. فرع
مركز قطر المالي
مكتب للمبيعات

برج مركز قطر للمال ١، الطابق الأرضي، ص.ب
١٥٣١٩، الدوحة، قطر
مسجله في البحرين، رخصه مركز قطر للمال
رقم ٠٠٠٢٤

مرخص من قبل هيئة مركز قطر للمال

وكيل أكسا

بفضل وجود أكثر من ١٠٢ مليون عميل في جميع أنحاء العالم، فإن شركة أكسا للتأمين تعتبر واحدة من أكبر شركات التأمين في العالم. نحن نقدم مجموعة واسعة من منتجات التأمين لتلبية احتياجاتك الشخصية واحتياجات العمل.

تأمين السيارات

التأمين الصحي

تأمين المنازل

تأمين السفر

تأمين اليخوت

تأمين الانتقال من المنزل

تأمين الجولف

تأمين الدراجات النارية

الإمارات العربية المتحدة: ٨٠٠ ٤٨٤٥

البحرين: ٨٠٠ ٠١ ٦٠

عمان: ٩٦٨ ٢٤٤ ٠٠١ ٠٠ +

قطر: ٨٠٠ ٢٩ ٢١

www.axa-gulf.com

شركة أكسا للتأمين (الخليج) ش.م.ب (م)

البحرين: سجل تجاري رقم ٢٢٢٧٢

صادرة من قبل مصرف البحرين /LL/ رخصة تأمين رقم ٠٠٨ المركزي.

قطر : مسجلة في البحرين. رخصة مركز قطر للمال رقم ٠٠٠٢٤ مرخصة من قبل هيئة تنظيم مركز

قطر للمال.

عمان : سجل تجاري رقم ١١٢٢٤٤ سجل تأمين رقم ٦ صادر من قبل هيئة السوق المالية .

دولة الإمارات العربية المتحدة: مسجلة في سجل شركات التأمين - شهادة رقم (٦٩) بتاريخ ٢٢/٠١/٢٠٢٠.

خاضعة لأحكام قانون رقم (٦) لسنة ٢٠٠٧ في شأن إنشاء هيئة التأمين وتنظيم أعماله.

وكلاء التأمين: مجموعة كاثو.



رؤية جديدة / للتأمين
redefining / insurance