أسفار
ASFAR

وثيقة التأمين

@gulfinsurance
gulfinsurance
1802080
www.gulfins.com.kw

gig Kuwait
مجموعة الخليج للتأمين

القسم	المحتويات	الصفحه
	التمهيد و شروط الأهلية	
1	الأحكام و الشروط العامة	12-1
2	التغطيات التأمينية	18-13
3	فترات الانتظار	19-19
4	الاستثناءات العامة	24-20
5	التعريفات	32-25

التمهيد

توافق شركة **مجموعة الخليج للتأمين ـ الكويت** وتضمن في مقابل دفع الأقساط المستحقة والمذكورة في جدول الوثيقه واستنادا إلى التصريحات التي صرح بها حامل الوثيقه في نموذج طلب التأمين و وفقا لحدود وشروط واستثناءات وثيقة التأمين بان تقدم إلى حامل الوثيقه والمؤمنين المشمولين معه المنافع الطبية المحددة بجدول المزايا خلال فترة سريان الوثيقة

إن وثيقة التأمين، جدول الوثيقه، جدول المزايا، و نموذج طلب التأمين المقدّم وأية مرفقات تشكل جزء واحداً من عقد التأمين ويجب ان يتم قراءتها و فهمها ستكون للكلمات والعبارات التالية المعاني المحددة لها في قسم التعريفات الموجود في الخلف إلا إذا اقتضى السياق غير ذلك.

شروط الأهلية

- الأشخاص المؤهلون للالتحاق بهذا البرنامج فقط هم **من لديهم وثيقة تأمين صحّي جماعي محلّيه سارية المفعول لدى GIG - الكويت** وإذا كان المؤمن عليه له مرافقين مسجلين معه تحت التأمين الجماعي فيجب أن يشترك جميعهم معه في نفس البرنامج.
- يجب أن يكون المؤمن عليهم مقيمين قانونيا في الكويت.
- وان لا يتواجدون خارج الكويت (سواء في إجازة أو رحلة عمل) لمدة تزيد عن 60 يوما على التوالي لكل زياره.
- العمر الأقصى المسموح به عند الالتحاق بهذا البرنامج هو 65 سنة
- تطبّق الشروط التاليه عند الأتحاق لأوّل مرّه في هذا البرنامج وعند التجديد

i. عملية الاكتتاب الطبي الفردي والتي ستستند على نموذج الطلب المقدّم والمكتمل و / أو خبرة المطالبات إن وجدت

ii. أن تكون الإقامة في الكويت سارية المفعول في حال الوافدين.

iii. استمرار التغطية للوثيقة التأمين الصحّي الجماعي الحالية لدى **GIG - الكويت.**

1. الأحكام والشروط العامة

المادة 1 : وثيقه التأمين

إن نموذج طلب التأمين الفردي / العائلي المقدم من المؤمن عليه، والتمهيد، التعريفات، الأحكام و الشروط العامة ، جدول الوثيقه(متضمنا نطاق التغطية المعتمد بجميع تحديداته واستثناءاته)، دليل المشترك، وأي أشعار أو ملحق لأي مما ذكر أعلاه تشكل جميعها العقد الكلي بين الأطراف المتعاقدة (والمشار إليها فيما بعد بوثيقه التأمين).

إن أي تعديل أو إضافة على وثيقه التأمين لن يكون ساري المفعول إلا إذا حرر خطيا وكان موقعا ومختوما من شركة التأمين. وليس لأي شخص آخر صلاحية تعديل هذه الوثيقه أو التنازل عن أي من شروطها وأحكامها.

المادة 2 : مدة العقد

فترة التأمين هي سنة كاملة.

ستبقى وثيقة التأمين الصحّي الفردي (أسفار) صالحه طالما أن المؤمن عليه لا يزال مؤمناعليه بموجب وثيقة التأمين الصحّي الجماعي التابعة لمجموعة الخليج للتأمين– الكويت.

المادة 3 : نموذج طلبات التأمين

يجب على مقدم الطلب تعبئة نماذج طلب التأمين الخاصة التي توفرها شركة التأمين وأية طلبات لاحقة لأشخاص يراد تأمينهم و على أن يتم تقديمها مع إثبات إنه لديه وثيقة التأمين الصحّي الجماعي سارية المفعول. ويخضع كل طلب للاكتتاب الطبي وتحتفظ شركة التأمين بحق رفض أي طلب تأمين جديد أو لاحق دون أي التزام بتبرير مثل هذا القرار ويحق لها قبول أي طلب تأمين بموجب أسعار وشروط خاصة التي تعتبرها مناسبة.

وإذا تم دفع أي مبلغ أو دفعة مقدمة على الحساب قبل قبول الطلب، فان مثل هذه الدفعات المقدمة لا تعتبر قبولا للطلب المقدم وتحتفظ شركة التأمين بحق رفض الطلب وإعادة المبالغ المدفوعة مقدما إلى الشخص طالب التأمين.

المادة 4 : نطاق التغطية المعتمد

نطاق التغطية المطبق وهو جدول المزايا الموافق عليه لكل مؤمن محدد في جدول الوثيقة التأمين.

يحتوي جدول الوثيقه على التغطية المقدمة للمؤمن عليه ويحدد أساس التعويض والدرجة والحدود المالية والمشاركة والتحمّل وحدود التغطية وأي استثناءات / استثناءات خاصة وأي شروط خاصة تتعلق بمستوى الخدمة أو المنفعة اعتمادا على طبيعة خدمات الرعاية الصحية، وشبكة مقدمي الخدمات الطبية وبلد حدوث الإصابة (بلد العلاج).

المادة 5 : الحدود العامة

التنسيق الخاص بالدفع :

باستثناء ما هو منصوص عليه في شروط وأحكام هذه الوثيقه، فإن الشركة لا تعوّض عن تكاليف أية معالجة ناتجة عن الإصابة أو المرض القابل للتعويض بموجب أي قانون أو تشريع أو نظام تأمين صحي آخر إلا بمقدار حصتها النسبية النقدية من النفقات والتعويضات بعد تطبيق نسب التحمّل و / أو المدفوعات المشتركة.

الدول المغطاة :

فقط خارج الكويت – هي المنطقة الجغرافية للتغطية كما هو مبين في جدول الوثيقه.

السقف المالي :

يعتبر أقصى مبلغ تعويض تدفعه شركة التأمين للشخص المشمول بالتغطيه تجاه النفقات المؤهله خلال مدة الوثيقه كما هي وارده في جدول الوثيقه.

المادة 6 : الأقساط

تدفع الأقساط المستحقة على حامل الوثيقه لشركة التأمين مقدما كما هي محددة في جدول الوثيقه، وحسب نظام الأقساط المتفق عليها سلفا بين حامل الوثيقه وشركة التأمين والمذكورة في جدول الوثيقه. ولا تبدأ التغطية التأمينية الممنوحة من قبل شركة التأمين وفق وثيقه التأمين إلا بعد دفع القسط الأول بالكامل.

وفي حالة عدم دفع قسط التأمين في تاريخ الاستحقاق، فإنه يحق لشركة التأمين عدم دفع قيمة المطالبات المقدمة لحين سداد الأقساط المستحقة الدفع بالكامل، وفي هذه الحالة سيتحمل حامل الوثيقة المسؤولية القانونية والمالية تجاه سداد قيمة أي فواتير علاج ترد إلى الشركة نتيجة استخدام المؤمن عليهم بطاقات التأمين لتلقي العلاج. واذا لم يتم السداد في غضون 30 يوم من تاريخ الإستحقاق فيحق للشركة أن تلغي التأمين تلقائيا" وفي هذه الحالة يجب دفع كل الأقساط المتبقية والمستحقة . يتم إثبات دفع القسط بإصدار إيصال فقط، من ممثل مفوض قانونا من شركة التأمين وليس بأية طريقة أخرى.

المادة 7 : الإضافة

يحق لحامل الوثيقه إضافة إلى هذا البرنامج المرافقين القانونيين التاليين له والمضافون حديثا في وثيقة التأمين الصحّي الجماعي لدى الشركه

أ. الأطفال حديثي الولادة لحامل وثيقة التأمين

يقدم حامل الوثيقة بشكل رسمي لشركة التأمين طلب التأمين وشهادة ميلاد مصدقة وبطاقة التأمين الصحّي الجماعي الصالحة للمولود. وتتعهد الشركة بإصدار أشعار يتضمن أضافة المولود.

ب. الزوج/الزوجة

ستتبع نفس العملية وفقا للنقطة (أ) أعلاه بالإضافة إلى أرفاق شهادة الزواج وبطاقة التأمين الصحّي الجماعي االسارية المفعول. وتكون أية إضافة إلى وثيقة التأمين باطلة ما لم يتم إقرارها رسميا وتقبلها كتابة وتوقيعها وختمها من قبل شركة التأمين؛

و يحتسب قسط التأمين المستحق المتعلق بأي إضافة على أساس تناسبي يومي بدءا من تاريخ الانتساب إلى تاريخ انتهاء الرئيسي لصلاحية هذه الوثيقه .

ملاحظات :

- سيكون تاريخ الإضافة هو التاريخ الفعلي الذي يتلقى فيه طلب الإضافة مع جميع المستندات المطلوبة
- لن يتم قبول أي إضافة باثر رجعي
- وسيتم رفض أي طلب تحويل من برنامج إلى آخر خلال مدة سريان التعاقد لأي سبب (ما لم يتم الاتفاق على غير ذلك وذكره صراحة في العقد)
- وفي جميع الحالات يشترط لإضافة المرافقين أن يتم شمولهم ضمن نفس البرنامج المشمول به حامل الوثيقة.

المادة 8 : إلغـاء اسـم أحد المشمولين بالتأمين

ويجوز لحامل الوثيقه أن يطلب رسميا من شركة التأمين إلغاء أحد الأشخاص المشمولين بموجب عقد التأمين خلال سريان الوثيقه، وذلك في أي من الحالات الاستثنائية التالية :

- وفاة الشخص المؤمن عليه المطلوب إلغاءه.
- في حال إلغاء/إنتهاء الإقامة الحالية داخل الكويت للوافد.
- لم يعد المؤمن عليه مرافقا قانونيا على سبيل المثال، في حالة الطلاق.

سيتم إلغاء هذه الوثيقه الفردية تلقائيا في حالة تم إلغاء التغطيه الخاصّه للمؤمن له في وثيقة التأمين الصحّي لمجموعة **الخليج للتأمين–الكويت.** وبناء على ذلك، سوف يكون تاريخ إنتهاء وثيقة أسفار هو نفس تاريخ إنتهاء التغطيه الخاصّه للمؤمن من وثيقة التأمين الصحّي الجماعي **لمجموعة الخليج للتأمين – الكويت.** ومع ذلك، في حال تم إلغاء أو عدم تجديد العقد الجماعي الصحّي لدى **مجموعة الخليج للتأمين–الكويت** ، فإن وثيقة أسفار ستستمر حتى تاريخ انتهاءها الطبيعي.

سوف يتم استرداد جزء من القسط السنوي للأشخاص الذي تم إلغائهم في حالة عدم وجود مطالبات متكبدة بموجب وثيقة أسفار وسيتم احتسابها على أساس تناسبي.

لن يتم إسترداد أي جزء من القسط السنوي في حالة أي مطالبات متكبدة بموجب وثيقة أسفار. وسيتم إحتساب النهائي للقسط المسترد ٣ أشهر بعد تاريخ الإلغاء. يجب إرسال طلب الإلغاء إلى شركة التأمين كتابيا ويجب أن تكون الشركة قد أكّدت الإستلام بصوره رسميّه.

استمرارية الغطاء

ويسمح بفترة سماح مدتها 30 يوما بعد تاريخ انتهاء / إلغاء وثيقة أسفار يمنح فيها الاستمرارية.

وإلا فإن المؤمن عليه سوف يعامل كعميل جديد وتطبّق عليه المتطلبات الأهلية السابقة.

المادة 9 : إلغاء وثيقة التأمين

يحق للشركة (المؤمن) إلغاء هذه الوثيقه دون رد أي مبالغ ماليه عن الفترة المتبقيه للوثيقه في الحالات الخاصه التاليه :

ا. عدم دفع الأقساط وفقا لأحكام المادة 6.

ب. في حالة وجود أقوال كاذبة و / أو إخفاء معلومات جوهرية وفقاً لأحكام المادة 10.

المادة 10 : تصريحات حامل الوثيقه

إن وثيقه التأمين مع أية إضافة أو إلغاء أو تعديل خاص به يصدر من قبل شركة التأمين تكون مبنيّة على التصريحات التي أدلى بها حامل الوثيقه في نموذج الطلب الأولي والطلبات الرسمية الخطية اللاحقة.

إن أية بيانات خاطئة صرح بها حامل الوثيقه و/أوإخفاء لمعلومات جوهرية تتعلق بالحالة الصحية للمؤمن عليه المطلوب تأمينه وبنشاطاته المهنية ومكان إقامته تمنح شركة التأمين حق إلغاء وثيقه التأمين.

على حامل الوثيقه اعلام شركة التأمين بصورة فورية عن أي تغيير يطرأ أثناء سريان وثيقه التأمين أو عند تاريخ التجديد على مهنة ونشاط ومكان إقامة المؤمن عليه المغطى بموجب وثيقه التأمين وتحتفظ شركة التأمين نتيجة ذلك بحق إعادة النظر في شروط واحكام وأقساط وثيقه التأمين بما في ذلك إلغاء المؤمن عليه من التأمين أيضا.

المادة 11 : الإبلاغ عن المطالبات

كل الحالات التي يتوجب علاجها داخل المستشفى بما فيها العلاج اليوم الواحد تخضع للموافقه المسبقه من قبل شركة التأمين قبل تاريخ الدخول أو العلاج ويصدر بها موافقه رسميه.

أ. الإقامه في مستشفى من ضمن الشبكه المعتمده :

في هذه الحالات يستفيد المؤمن عليه من نظام توفير الخدمات في مراكز الشبكة فلا يتوجب عليه إبلاغ شركة التأمين ولن يكون خاضع لنظام الدفع والأسترداد، وعلى المؤمن عليه فقط إستخدام بطاقة التأمين وسوف تقوم ادارة المستشفى بالتواصل مع الوكيل الإداري للمطالبات لعمل اللازم وأخذ الموافقه.

ب. الإقامه في مستشفى خارج الشبكه المعتمده:

فيجب على المؤمن عليه الحصول على الموافقه المسبقه من شركة التأمين، وفي حال الموافقه وبعد الإنتهاء من العلاج يقدم المؤمن عليه لشركة التأمين خلال فترة أقصاها 60 يوم من تاريخ خروجه من المستشفى نموذج المطالبه المكتمل من قبل الطبيب المعالج مع الفواتير الأصليه والتقارير الطبيه من أجل الإسترداد طبقا للأسس المذكوره في دليل المشترك.

اما في الحالات الإستثنائيه الطارئه على المؤمن عليه إخطار شركة التأمين بذلك قبل خروجه من المستشفى ب 24 ساعة على الأقل، ويجوز أن يكون مثل هذا الإخطار خطيا أو شفويا.

ج. العلاج بالعيادات الخارجيه

في جميع الحالات المرضيه المغطاة والتي تستدعي علاجها في العيادات الخارجيه فيطبّق عليها نظام الدفع والإسترداد. وفي هذه الحاله يتوجب على المؤمن عليه خلال فترة أقصاها 60 يوما من تاريخ العلاج أن يقدّم لشركة التأمين نموذج المطالبه المكتمل من قبل الطبيب المعالج مع الفواتير الأصليه والتقارير الطبيه من أجل الإسترداد طبقا للأسس المذكوره في دليل المشترك. ومبلغ الإسترداد سوف يكون على حسب المبلغ المتعارف عليه والمعقول للبلد الذي تم فيه العلاج.

ما عدا في الولايات المتحدة، فإنه بالإمكان استخدام بطاقة التأمين لتلقي العلاج في العيادات الخارجية في المستشفيات المشاركة من أجل الإستفادة من نظام الدفع المباشر .

المادة 12 : تعديل وثيقه التأمين

إن أي تعديل يطلبه حامل الوثيقه على وثيقه التأمين خلال مدة سريان الوثيقه أو عند التجديد يجب أن يكون خطيا وبصورة رسمية. وتحتفظ شركة التأمين بحق الرفض أو القبول بشروط خاصة أوعادية أية تعديلات يطلبها حامل الوثيقه ولا تعتبر أية تعديلات على وثيقه التأمين سارية المفعول ما لم يتم إقرارها رسميا وقبولها خطيا وتوقيعها وختمها من قبل شركة التأمين.

وتقيد شركة التأمين على حساب حامل الوثيقه أو لحسابه قيمة القسط المترتب على التعديلات المقبولة والمنفذة، ويتم احتساب مثل هذا القسط على أساس النسبة والتناسب اعتبارا من تاريخ تنفيذ التعديلات حتى تاريخ انتهاء سريان مفعول وثيقه التأمين.

المادة 13 : مكافحة غسل الاموال

يحق لشركة التأمين فسخ وثيقه التأمين في حال عدم تمكّن الشركة من القيام بمتطلبات التحقق من هوية ونشاط المؤمّن له و/أو المستفيد وأخطار وحدة مكافحة غسل الأموال المشكلة وفقاً لأحكام قانون مكافحة غسل الأموال النافذ المفعول.

المادة 14 : الحلول

بعد أن يتم دفع أية مطالبة وفقا للشروط السارية المفعول، يعطي المؤمن عليه لشركة التأمين حق الحلول لملاحقة أي طرف ثالث مسؤول عن هذه الإصابة. ويعطي حامل الوثيقه والمؤمن عليه لشركة التأمين جميع الحقوق القانونية والمادية ذات الصله ويقدم كل من حامل الوثيقه والمؤمن عليه لشركة التأمين أية مساعدة ممكنة إذا مارست شركة التأمين حق الحلول المذكور أعلاه. ويتحمل حامل الوثيقه والمؤمن عليه مسؤولية أية أضرار تحدث نتيجة الإخلال بهذا الالتزام.

المادة 15 : العملة

تسدد أية مبالغ للشركة أو من قبل الشركة بالدينار الكويتي. وبالنسبة لمستحقات المطالبات، تستخدم الشركه سعر الصرف المطبق على تاريخ إصدار الفواتير أو آخر موعد للعلاج، أيهما أقرب.

المادة 16 : تغيير القانون

تخضع وثيقه التأمين لقوانين البلد الذي يتواجد فيه المركز الرئيسي للشركة ، وإذا تعارضت أحكام وثيقه التأمين مع القوانين التي أصبحت نافذة المفعول بعد سريان مفعول وثيقه التأمين يجوز للشركة باختيارها ، إعادة التفاوض على شروط وثيقه التأمين اعتبارا من تاريخ نفاذ هذا القانون.

المادة 17 : الرسوم

يتحمل حامل الوثيقه المؤمن عليه أية رسوم أو ضرائب أو طوابع تفرضها التشريعات على وثيقه التأمين و/أو على قيمة المطالبات المدفوعة من قبل شركة التأمين.

المادة 18 : بند استثناء العقوبات والحظر

تعفى شركة التأمين /او شركة إعادة التأمين من الاستمرار في تغطية الخطر كما تعفى من المسؤولية عن سداد اي مطالبة و / أو توفير أية خدمة و/ أو منفعة اذا كان من شأن ذلك ان يعرض شركة التأمين و / او شركة إعادة التأمين لعقوبة او خطر او قيد بموجب القرارات الصادرة سواء عن هيئة الامم المتحدة او الاتحاد الاوروبي وا لمملكة المتحدة او الولايات المتحدة الاميركية

المادة 19 : شرط التحكيم

ولن يتم تطبيق التحكيم إلا إذا سمح به القانون في الكويت. تحال كافة الخلافات الناتجة عن وثيقه التأمين إلى محكّم ليصدر الحكم المناسب ويتم تعيين هذا المحكم خطيا من قبل الأطراف المتنازعة وفي حالة عدم اتفاقهم على محكم واحد ، يحال الخلاف لثلاثة محكمين يعين كل طرف واحداً منهما ويتولى المحكمين اختيار المحكم الثالث ويسري على التحكيم قانون التحكيم الكويتي الساري المفعول.

القسم الثاني

التغطيات التأمينية

النفقات الطبية المدرجة في هذا القسم مشمولة بالتغطية التأمينية شرط ان تكون :

1- غير مستثناة .

2- موصوفة لضرورية طبية .

3- مرتبطة بالحالة المرضية المغطاة .

4- موصوفه من قبل أو تحت أشراف الطبيب المعالج .

تخضع بعض الخدمات أو المزايا الصحية لفرض قيود و / أو تحمّلات (إن وجد) و / أو حدود مالية، كما هو مبين في جدول الوثيقه.

أ. العلاج داخل المستشفى و عمليات / علاجات اليوم الواحد :

تسري هذه التغطية على الحالات الصحيه الغير مستثناة والمغطاة و التي تتطلب البقاء في المستشفى لمدة تزيد عن 24 ساعة ، و/أو حالات اليوم الواحد ، خدمات الطوارئ، والتي تشمل جميع التكاليف الطبية خلال التواجد في المستشفى :

* الأقامه في غرفة خاصة عاديه نموذجيه تشمل الرعاية التمريضية

* وحدة العناية المركزة إذا لزم الأمر وترتبط مباشرة بمرض مغطى حاليا أو مضاعفات ما بعد الجراحة المغطاة والتي تستلزم رعاية خاصة بخلاف المعتاد.

* رسوم الجرّاح ورسوم التخدير .

* خدمات المستشفيات بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر (الجراحة، غرفة العمليات، التخدير، الأدويه الموصوفه، و المختبر والأشعة وما إلى ذلك .

* استخدام المعدات الطبية للمستشفيات (مثل أنظمة دعم القلب والرئة، الحقن والسوائل الوريدية وغيرها ...)

* الاختبارات التشخيصية والمخبرية، صور الأشعه، تخطيط القلب الكهربائي، والمسح الضوئي ..الخ (المتعلّقه فقط بالسبب الرئيسي لدخول المستشفى) .

* فحص العينات، وصورالأشعة، الاختبارات، والتي ترتبط مباشرة إلى المرض الحالي، المسبّب لدخول المستشفى.

* تكلفة نقل الإسعاف الملائم اللازم في الحالات الطارئه إلى أقرب مستشفى محلي متاح ومناسب داخل البلد الذي يتم فيه العلاج

* تكاليف الإقامة للمرافق (في نفس الغرفة) للمؤمن عليه (الأطفال حتى سن 16 سنة) في الحالات الحرجة وكما أوصى بها الطبيب المعالج.

ملاحظات :

* جميع الحالات الصحيه الغير الطارئة تتطلب موافقة مسبقة من شركة التأمين في حين يجب إخطار شركة التأمين في حال دخول المستشفى في حالات الطوارئ في غضون 24 ساعة كحد أقصى.

* لن تغطي شركه التأمين أي تكاليف متعلقة بأي نفقات شخصية خلال الأقامه في المستشفى، ولا تكاليف خاصّه بتوظيف موظفين طبيين إضافيين من خارج المستشفى.

* تشمل مصاريف حالات اليوم الواحد الرسوم المهنية والخدمات واللوازم المقدمة داخل المستشفى عندما لا تكون الإقامه لليله كامله. تنطبق هذه المزايا فقط على الخدمات التي لا يمكن توفيرها عن طريق العيادات الخارجيه.

ب. العلاج في العيادات الخارجيه

تخضع الأدوية المزمنة لفترة انتظار مدتها 12 شهرا من تاريخ الانضمام .

وتشمل هذه التغطية الحالات الغير مستثناة والتي تتطلب زيارة الطبيب، الاختبارات التشخيصية ، الأدويه الموصوفه، والعلاج الطبيعي.

- **زيارة الطبيب:** هذه التغطيه تمثل رسوم زيارة الطبيب المحددة في جدول الوثيقه.
- **الأدويه الموصوفه:** تكون هذه التغطية سارية المفعول كما هي محددة في جدول الوثيقه في الحالات المرضية غير المستثناة و مبررة طبيا ومتعلّقه مباشرة بنفس الحالة الصحيه المغطاة والتي تتطلب علاج بالأدوية الموصوفة. وهي تشمل جميع الأدوية المعترف بها كأدوية، والتي يحددها الطبيب ولا تعطى لأغراض تجريبية ولا أثبتت عدم فعاليتها استنادا إلى الممارسة الطبية المعمول بها.
- **الاختبارات التشخيصية:** تسري هذه التغطية على الحالات الصحيه الغير مستثناة والمغطاة والتي تتطلب إجراء الاختبارات التشخيصية، شريطة أن تكون ضرورية طبيا ومتصلة مباشرة بالحالة الطبية المغطاة حاليا. وتشمل هذه الاختبارات على سبيل المثال لا الحصر :
  - الفحوصات المخبريه.
  - الأشعة السينية.
  - أشعة الرنين المغناطيسي.
  - الاشعة المقطعية.
  - تشخيص قسطرة القلب، الموجات الصوتيه على القلب، هولتر تخطيط القلب و اختبار الإجهاد.
  - التنظير الداخلي، إذا أجريت لأغراض التشخيص.

• **العلاج الفيزيائي:** تنطبق هذه التغطية على الحالات الغير مستثناة بسبب المرض أو الحوادث التي تتطلب إعادة التأهيل من خلال جلسات العلاج الفيزيائيه التقليدية الأساسية والتي يحدّدها الطبيب المعالج حتى عدد معيّن من الجلسات كما هي محدّده في جدول الوثيقه وتخضع لتقديم تقرير مفصل من الطبيب المعالج.

ج. الأمومة (الحمل والولاده)

تخضع تغطية الأمومة المذكوره أدناه (بما فيها الفحوصات الرّوتينيه الخاصّه بالحمل والولاده فترة الانتظار مدتها 12 (شهرا من تاريخ الانضمام)

تطبق هذه التغطية على النحو المحدد في جدول الوثيقه لكل من العلاج داخل وفي العيادات الخارجيه والمتعلقه بالحمل الطبيعي والولادة، والمضاعفات أثناء الحمل والإجهاض والإنهاء القانوني للحمل.

• الفحوصات الروتينيه قبل الولادة وبعدها.

• رسوم زيارة الطبيب.

• الأدوية الموصوفة والفيتامينات الضرورية خلال فترة الحمل

• الفحوصات المخبريه والأشعة المتعلقة بالحمل.

• رسوم الولادة الطبيعية، القيصرية، الإنهاء الطبي القانوني للحمل / الإجهاض، خدمات المستشفيات والرعاية التمريضية للأم.

• الحمل خارج الرحم

• يتم تغطية الرعاية الروتينية لحديثي الولادة بعد الولادة في حال تمت تغطية الأمومة حتى الحد المتبقي من حد الولادة للأم

• يغطي التأمين الأطفال الخدّج والتشوهات الخلقية والوراثية. وتسري هذه التغطية فقط للعلاجات داخل المستشفى خلال أول ٩٠ يوما بعد الولادة على النحو المحدد في جدول الوثيقة. وشرط ان تكون الولادة مغطاة بموجب الوثيقه وذلك لغاية الحد الأقصى المحدّد بجدول الوثيقه.

د – الطب البديل

تخضع هذه المنفعة لفترة انتظار مدتها 12 شهرا من تاريخ الانضمام

تسري هذه التغطية على الحالات الصحيه الغير مستثناة والمغطاة باستخدام علاجات طبية بديلة تختلف عن الطب التقليدي الذي يستهدف استعادة الوظائف الطبيعية. وتقتصر على:

• علاج الوخز بالإبر.

• الأيورفيدا.

• الارتجاع البيولوجي.

• العلاج بتقويم العمود الفقري.

• الهوميوباثي.

• العلاج الطبيعي.

ر. الفحوصات الروتينيه

تخضع هذه المنفعة لفترة انتظار مدتها 12 شهرا من تاريخ الانضمام. وتغطي حتى الحدود المحددة في جدول الوثيقه يقتصر على :

- المطاعيم .
- الماموجرام .
- مسحة عنق الرحم .
- فحص البروستاتا.
- فحص سرطان القولون .

س. خدمات الطوارئ العالمية

هذه التغطية تطبق على النحو المحدد في جدول الوثيقة على النحو التالي:

- الإخلاء.
- العودة إلى الوطن.
- المساعدة في دخول المستشفى .
- زيارة ذوي القربى.

القسم الثالث

فترات الإنتظار

3 . فترات الانتظار

قائمة الحالات الصحيه المطبّق عليها فترات الانتظار

تخضع جميع أنواع العلاج للحالات المرضيه التاليه بما في ذلك الخدمات الطبية والعمليات الجراحية والخدمات والاختبارات والأدوية والمواد الاستهلاكية والملحقات والأعضاء/البدائل الصناعية إلى فترة إنتظار اعتبارا من تاريخ الالتحاق / التسجيل بشرط ألا تكون هذه الحالات الصحيه متعلقة بمرض أو عارض موجود مسبقا أي قبل الأشتراك بهذا البرنامج التكميلي الدولي. وعليه، لن يتم تغطية علاج داخل المستشفى أي من الحالات التالية في إثناء الفترات المذكوره أدناه.

	الحالة الصحيّه (شرط أن لا يكون خاص بمرض أو عارض سابق للإشتراك)	فترة الأنتظار
1	**إصلاح الفتق .**	6 أشهر
2	**البواسير، الشق الشرجي والنواسير.**	6 أشهر
3	**استئصال اللوزتين،اللحمية خلف الأنف ، انحراف الحاجز الأنفي والجيوب الأنفيه.**	6 أشهر
4	**الأمومه وما يتعلّق بها من علاجات ومراجعات في العيادات الخارجيه و داخل المستشفى** والمتعلقه بالحمل الطبيعي ومراجعاته والولادة الطبيعيه والقيصريه، والمضاعفات أثناء الحمل والإجهاض و (الإنهاء القانوني للحمل).	12 أشهر
5	**الأمراض النسائيه على سبيل المثال لا الحصر** – الأورام الليفية وثواليل بطانة الرحم ، واستئصال الرحم.	12 أشهر
6	**دوالي الأوردة ، القيلة المائية ودوالي الخصية الغير مسببه للعقم .**	12 أشهر
7	**جراحات الظهر و آلام الظهر و مفصل الركبة ما لم تكن ناتجة عن حادث أو حادث سيارة** وقع بعد ما بدأت التغطيه و تم تحديده من قبل جهات ذات الخبرة و الإختصاص .	12 أشهر
8	**الأدوية المزمنة :** كافة الأدوية الخاصّه بالعلاج في العيادات الخارجيه للأمراض المزمنة المرتبطة على سبيل المثال لا الحصر – بمرض السكر ي وارتفاع الضغط والكولسترول وامراض القلب والصرع ، ومرض الباركنسون ..الخ.	12 أشهر
9	**الطب البديل :** استخدام علاجات طبية بديلة تختلف عن الطب التقليدي الذي يستهدف استعادة الوظائف الطبيعية، وتقتصرعلى:علاج الوخز بالإبر، الأيورفيدا، الارتجاع البيولوجي، العلاج بتقويم العامود الفقري، الهوميوبائي،والعلاج الطبيعي .	12 أشهر
10	**الفحوصات الروتينيه:** يقتصر على المطاعيم، الماموجرام، مسحة عنق الرحم، فحص البروستاتا فحص سرطان القولون .	12 أشهر

القسم الرابع

الإستثناءات العامة

4. الاستثناءات العامة

إستثناءات مطبّقه على الوثيقه على مدى الحياة

فيما يلي بعض الحالات الصحيه والعلاجات والبنود والتجهيزات وكافة النفقات التبعيه **غير مغطاة في هذه الوثيقه، ما لم ينص جدول الوثيقه على انها مشموله بالتغطيه خلافا لذلك أو تخضع لفترة إنتظار محدّده.**

إذا كنت غير متأكد من أي شيء في هذا القسم، يرجى الاتصال بنا للحصول على تأكيد قبل أن تذهب للعلاج.

هام - يرجى القراءة

i - لإستثناءات الخاصّه : يرجى مراجعة جدول الوثيقه الخاص بك لمعرفة ما إذا كان لديك أي إستثناءات خاصّه أو قيود على البرنامج. تنطبق الاستثناءات الواردة في هذا القسم بالإضافة إلى ذلك الاستثناءات والقيود الخاصّه.

ii - ملاحظة عامة لجميع الاستثناءات

بالنسبة إلى جميع الاستثناءات الواردة في هذا القسم، وأية استثناءات أو قيود خاصّه مذكوره في جدول الوثيقه، يرجى ملاحظة ما يلي :

- نحن لا ندفع للحالات الصحيه التي ترتبط مباشرة بالحالات أو العلاجات المسستثناة.
- نحن لا ندفع أي تكاليف إضافية أو زيادة في التكاليف الناشئة عن الحالات أو العلاجات المسستثناة.
- نحن لا ندفع مقابل المضاعفات الناجمة عن الحالات أو العلاجات المسستثناة.

4. الاستثناءات العامة

	الحالة المستثناة والغير المغطّاة
1	الحالات الصحيه السابقه للإشتراك والمتعلقه بحالات أو أعراض موجوده قبل الإنتساب بالتأمين. ما لم يتم التصريح عن هذه الحالات من قبل المؤمن عليه في نموذج طلب التأمين والقبول بها من قبل شركة التأمين **GIG – الكويت** .
2	أية حالة مستثناة بموجب الاستثناءات الخاصة ومذكورة بوضوح في جدول الوثيقه .
3	النقاهة، إعادة التأهيل، والمنتجعات الصحيه .
4	جميع أنواع تساقط الشعر والعلاج ذات الصلة .
5	جميع الأدوية والمنتجات والعلاجات والجراحة ذات العلاقة بالتجميل. (إلا إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية و جزء أساسي من العلاج اثر حادث مغطى يحصل خلال فترة هذه الوثيقة التعاقدية) .
6	جميع الأدوية، الفحوصات والأختبارات المتعلقة بتقليل الوزن ، جراحات السمنة ومضاعفاتها ذات الصلة وعيادات و برامج النظام الغذائية .
7	جميع العلاجات/ الاجراءات الطبية الوقائية والفحوصات الروتينه العامه .
8	جميع اختبارات الرؤية والعلاج أو الجراحة لتصحيح عيوب الانكسار. وجميع أنواع العدسات اللاصقة للعين والنظارات .
9	الختان (الأطفال و الكبار) و كل المضاعفات المتعلقه بها .
10	علاج التشوهات الخلقية والوراثية بعد 90 يوما من الولادة .
11	صعوبات التعلم والسلوك والصعوبات التنموية .
12	صعوبات النوم و النطق والاضطرابات النفسية وجميع الخدمات ذات الصلة والعلاج .
13	الأطراف والمفاصل الاصطناعية. المستلزمات و البدائل الاصطناعية الا إذا كان موافق عليها مسبقا .
14	المستلزمات والأجهزه الطبيه بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر أجهزة السمع، عصي المشي الكراسي المتحركة، أي جهاز اصطناعي، إما خارجي أو مزروع، التي تستبدل أو تكمل جزءا مفقودا أو معيبا من الجسم. بالإضافة إلى اللوازم الطبية في العيادات الخارجية بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر (جوارب الطبيه المرنة، الضمادات، الشاش، المحاقن، شرائط اختبار السكري والمنتجات المماثلة)؛ إلا إذا كان هو جزء من المعدات المستخدمه في غرفة الطوارئ.

4. الاستثناءات العامة

	الحالة المستثناة والغير المغطّاة
15	العقم و كافة الحالات المتعلقة بالخصوبة والتلقيح الصناعي وزرع الاجنة و كل ما يتعلق بها من اجراءات اواختبارات، والمستلزمات الطبيه،الأدوية والفحوصات الطبية ذات الصلة والعلاج والتخصيب في المختبر و / أو اللوازم الطبية. وبالإضافة إلى ذلك علاج المبيض المتعدد التكيسات، والخلل الهرموني وإصلاح دوالي الخصيه لغرض الخصوبه.
16	جميع الأدوية/الإجراءات والخدمات الصحية والمصاريف وكل ما يتعلق به من علاجات ومستلزمات و فحوصات طبية المرتبطة بعمليات تحويل الجنس، منع الإنجاب، والمساعده في الإنجاب، وسائل منع الحمل أو العجز الجنسي وجميع الخدمات المتعلقة.
17	الأمراض المنقولة جنسيا (STD) على سبيل المثال لا الحصر مرض الزهري، السيلان، الثآليل التناسلية .
18	غسيل الكلى .
19	أمراض الشيخوخة و الزهايمر، الخرف ، انقطاع الطمث و هشاشة العظام .
20	الحالات المرضيه الناتجه عن نشاطات خطرة غير مصرّح عنها مثل الطيران، الهبوط بالمظلات الدراجات الناريه، وتسلق الجبال الذي يستلزم استعمال حبال، النشاطات تحت الماء والتي تتطلب معدات اصطناعيه، وسباق السيارات ...الخ .
21	جميع اصابات العمل .
22	جميع المواد التي لا تعتبر أدوية وجميع الأدوية البديلة غير مثبتة الفعاليه و / أو تعتبر تجريبية من وجهة نظر شركة التأمين على أساس الممارسات الطبية المعمول بها ما عدا الفيتامينات العلاجية اللازمة طبيا في حالة تم اثبات النقص عنها مخبريًا .
23	مقويات، و حرق الدهون، الألبان الصناعية، المستحلبات، والمطهرات، العلكه، اللوازم الغذائية الأدوية العشبية (ما لم يحدد كعلاج أولي)، مركبات الجلوكوزامين ومنتجات حمض الهيالورونيك .
24	أية خدمات صحية أو علاجية لاتزال تحت التجربة أو الدراسة ولم تثبت فائدتها الطبية ما عدا ما ذكر في جدول الوثيقه .
25	العلاجات والاختبارات والأدوية والإجراءات الطبية والإمدادات الطبية التي هي ذات الصلة لأعراض و / أو مرض معين وتعتبر غير ضرورية طبيا أو تلك التي لم يصفها الطبيب المعالج أو كافة الحالات التي أدخلت إلى المستشفى بأمر من شخص ليس طبيبا .

4. الاستثناءات العامة

	الحالة المستثناة والغير المغطّاة
26	زرع الأعضاء ونقلها .
27	مرض نقص المناعة وجميع الحالات المرضية والفحوصات مرض الإيدز و كل ما يتعلق بها .
28	جميع الحالات الناتجة عن إدمان الكحول واستعمال المخدرات، جميع المواد و الخدمات المتعلقة ببرنامج الاقلاع عن التدخين و/أو المستخدمة في علاج إدمان النيكوتين .
29	كافة الحالات التي تستدعي الإقامه في المستشفى والتي لم يتم تبليغ مركز الخدمة الطبي لشركة التأمين عنها قبل 24 ساعة على الأقل من تاريخ الخروج من المستشفى .
30	محاولة الانتحار، إيذاء الذات المتعمد، وأي حاله مرضيه ناتجه عن القيام بعمل غير قانوني .
31	الزلازل ، الفيضانات، ثوران البراكين، الانجرافات الأرضية والأخطار الطبيعية الأخرى .
32	جميع الحالات الناتجة عن التلوث النووي مثل التعرض للأشعة الايونية والتلوث الإشعاعي والمفاعلات الذرية ومخلفات المعدات العسكرية او المخلفات النووية مهما كان نوعها .
33	كافة العلاجات والخدمات الطبية خارج المنطقة الجغرافية كما هو مصرح به في جدول الوثيقه .
34	جميع الحالات الناتجة عن مشاركة المؤمن عليه الفعلية في القوات المسلحة المنتظمة أو القوات المساندة لها، و جميع الحالات الناتجة عن الحرب ، الغزو ، أعمال العدو الأجنبي ،الاعتداءات أو العمليات شبه الحربية سواء كانت الحرب معلنة ام لا الحرب الأهلية، التمرد، الثورة الأحكام العرفية وأي عمل ارهاب .
35	منتجات الأسنان مثل معجون الأسنان، زيموفلور، خيط الأسنان، وفرشاة الأسنان وغيرها من البنود أو الأدوية المستخدمة لأغراض العناية بالأسنان .
36	جراحة الفك العلوي والسفلي (بما في ذلك تلك المتعلقة بالمفصل الصدغي الفكي) باستثناء العلاج المباشر للإصابات الحادة أو السرطان. لا يتم توفير التغطية لجراحة تقويم الأسنان و محاذاة الفك .
37	جميع ما يخص جراحة الأسنان واللثة .
38	جميع الحالات المتعلقة بالتهاب الكبد الوبائي (باستثناء A)
39	أية معالجة داخل المستشفى ، أو فحوصات وغيرها من الإجراءات التي يمكن القيام بها في العيادات الخارجيه بدون تعريض صحة المؤمَّن عليه لأى خطر .

4. الاستثناءات العامة

	الحالة المستثناة والغير المغطّاة
40	الجراحة من أجل تصحيح حدة السمع. مالم تكن ناتجة عن حادث. و جميع الأجهزة ذات العلاقة بالسمع .
41	الطب البديل و على سبيل المثال لا الحصر : التنويم المغناطيسي، العلاج بالتدليك و العلاجات المماثلة ما عدا المذكوره في جدول ووثيقة التأمين .
42	الأدوية والاختبارات العقلية والاضطرابات النفسية وجميع الحالات المتعلقة بها. والنهام وفقدان الشهية العصبي .

القسم الخامس

التعريفـــــات

5. التعريفات

يكون للكلمات والعبارات والمختصرات المشتركة في وثيقة التأمين والمعاني المخصصة لها ادناه :

1. **حادث :** إصابة عنيفة غير متوقعة وعرضية تسبب ضررا جسديا للمؤمن عليه.

2. **الحالات المرضية الحادة:** الأمراض والإصابات التي يكون لها علاج طبي محدد ومعروف للاستشفاء منها خلال فترة قصيرة.

3. **عمل إرهابي:** يعني العمل الذي يشمل ولكن غير محدد باستخدام القوة أو العنف و/أو التهديد من قبل أي شخص أومجموعة من الأشخاص سواءً كان/كانت يعمل/تعمل منفردة أو بالنيابة عن أو ذات صله مع اي منظمة أو حكومة ملتزمة بأهداف أو أسباب سياسية و دينية و عقائدية و عرقية وتشمل محاولة التأثير على أي حكومةو/أو إثارة الخوف في المجتمع أو جزء من المجتمع

4. **الاقتطاع التراكمي لكل مؤمن عليه :** مقدار النفقات التراكمية التي يتحملها المؤمن عليه خلال فترة الوثيقه قبل أن تبدأ مشاركة المؤمن بالدفع مقابل الخدمات الطبية خلال فترة سريان ذلك الوثيقه كما هو مذكور في جدول الوثيقه . وفي حالة تجاوز حد الاقتطاع هذا تصبح التغطية التأمينية لمثل هذا المؤمن عليه سارية المفعول فيما يتعلق بأية مطالبة قابلة للدفع على أن يطبق هذا الاقتطاع على حالات الاستشفاء فقط وحسب المنطقة الجغرافية المحددة في جدول الوثيقه.

5. **ممارس الطب البديل :** إن الوخز بالإبر، أو العلاج بتقويم العمود الفقري الذي تدرب بشكل كامل ومؤهل قانونيا ويسمح له بممارسة السلطات ذات الصلة في البلد الذي يتم تلقي العلاج.

6. **التعديلات:** أي تعديل أو اضافة لأحكام او شروط الوثيقة. وتصبح التعديلات فعاله عندما توقع من قبل الشركة والمتعاقد وهي تخضع لجميع الشروط والبنود والاستثناءات الاساسية ما عدا تلك التي يتم تعديلها على وجه التحديد

5. التعريفات

7. **الحد االإجمالي السنوي:** يعتبر أقصى مبلغ تعويض تدفعه شركة التأمين للشخص المشمول بالتغطية تجاه النفقات المؤهلة والمغطاة خلال مدة الوثيقة كما هي واردة في جدول الوثيقة.

8. **المراكز الطبية المعتمدة من قبل الوكيل الاداري:** وهي التي توفر خدمات الرعاية الصحية أو ما يتعلق بذلك خارج دولة الكويت (مثل المستشفيات، العيادات الطبية، الصيدليات والمختبرات الطبية). ان هذه المراكز الصحية أو أي جزء من خدماتها أو أقسامها قابل للتعديل في أي وقت (أي اضافة أو الغاء مركز طبي) خلال فترة سريان الوثيقة دون الحاجة لأخطار أو موافقة المتعاقد / حامل الوثيقة المسبقة.

9. **تاريخ الإنهاء :** الدقيقة الأولى (00:01) من اليوم والشهر والسنة حسب التوقيت المحلي التي تنتهي تغطية المؤمن عليه بناء على طلب حامل الوثيقه و/ أو عندما ينتهي وضعه القانوني كتابع أو مرافق قانوني أو لدى إلغاء هذا التأمين

10. **المرض المزمن :** المرض الذي يحتاج إلى علاج مستمر وبدون انقطاع مدى الحياة.

11. **الحالات الخلقية / الوراثية:** أي اضطرابات، عاهات، أو تشوهات خلقيه أو أمراض موجوده عند الولادة سواء كانت مشخّصة، معروفه أو غير معروفة للمريض و/أو ولي أمره.

12. **علاج اليوم الواحد :** الخدمات التي تقدم في المستشفى والتي تشمل جميع الإجراءات الجراحية وغيرها من الإجراءات العائدة لحالات مرضية غير مستثناة لا تتطلب المبيت في المستشفى ولكنها رغم ذلك تستوجب عناية طبية في المستشفى .

13. **الولادة :** الإقامة في مستشفى للولادة الطبيعية أو القيصرية ، والإجهاض المشروع و/أو أية تعقيدات تنتج عن ذلك.

14. **الدفع المباشر** : تتعهد شركة التأمين بان تدفع مباشرة إلى الشبكة الطبيه صافي النفقات القابلة للدفع التي بتكبدها المؤمن عليه في الحالات غير المستثناة والمغطاة ضمن شروط الوثيقه بعد احتساب أية مشاركة يتوجب أن يتحملها حامل الوثيقه و/أو اقتطاع يتوجب أن يتحمله المؤمن عليه و/أو أية مساهمة يتوجب أن تتحملها صناديق التأمين الطبي وذلك ضمن حدود التزام شركة التأمين كما هو محدد في وثيقه التأمين وتوابعه.

15. **تاريخ الالتحاق :** الدقيقة الأولى (00:01) من اليوم والشهر والسنة حسب التوقيت المحلي التي يلتحق فيها المؤمن عليه بالتأمين أول مرة وتتم تغطيته بموجب وثيقه التأمين أو تاريخ التحاق المؤمن عليه وتغطيته بموجب وثيقه تأمين سابق تم تجديده بشكل مستمر دون انقطاع.

16. **تاريخ بدء سريان المفعول :** الدقيقة الأولى (00:01) من اليوم والشهر والسنة حسب التوقيت المحلي التي يبدأ فيها سريان مفعول وثيقه التأمين أول مرة ولدى كل تجديد لاحق له.

17. **حالة طارئة :** حالة مرضية ناتجة عن مرض أو إصابة جسدية مفاجئة غير مستثناة تتطلب عناية من ذوي الاختصاص نظرا لوجود اعتلال جسدي جسيم يتطلب معالجة طبية أو جراحة يجب أجراؤها في البلد الذي تحدث فيه الإصابة ولا يمكن تأخيرها وتستدعي الإقامة في غرفة الطوارئ في مستشفى سواء تبعها أو لم يتبعها استشفاء. يغطي العلاج الطارئ في غرفة الطوارئ فقط الحالات التي لا يمكن علاجها بالعيادات الخارجية.

18. **تاريخ انتهاء سريان المفعول:** انتهاء مدة وثيقه التأمين في الدقيقة الأولى (00:01) من اليوم والشهر والسنة حسب التوقيت المحلي.

19. **النفقات القابلة للدفع** : جميع نفقات العناية الطبية المقدمة للمؤمن عليه والواجب دفع تعويض عنها والمغطاة بموجب وثيقه التأمين بعد حسم الاقتطاع المحدد لمثل هذه العناية الطبية الذي يتحمله المؤمن عليه بموجب شروط وثيقه التأمين.

20. **المطالبة القابلة للدفع :** أية مطالبة تقع ضمن نطاق التغطية المعتمد كما هو موضح في الشروط العامة لوثيقه التأمين تعتبر مطالبة قابلة للدفع بموجب وثيقه التأمين.

5. التعريفات

21. **مستشفى :** أية مؤسسة طبية ، عامة أو خاصة ، مرخصة قانونا لتقديم العلاج الطبي لشخص يعاني من مرض أو إصابة وينبغي أن تضم مثل هذه المؤسسة مباني منظمة وتملك الأجهزة التقنية الضرورية للتشخيص وإجراء العمليات الجراحية ويجب أن تقدم خدمات العناية الطبية من خلال طاقم موظفين يضم طبيبا مقيما واحدا على الأقل وممرضات مؤهلات . إن عبارة مستشفى تستثنى العيادات الخارجية والمصحات ومراكز العلاج الطبيعي والنوادي الصحية وبيوت العجزة وما شابه ذلك من مؤسسات بما في ذلك تلك المؤسسات المتخصصة في علاج الإدمان المخدرات والكحول

22. **استشفاء :** أية إقامة في المستشفى لمدة يوم واحد على الأقل بسبب حالة مرضية غير مستثناة لا يمكن معالجتها في العيادات الخارجية.

23. **المؤمن عليهم :** حامل الوثيقه والتابعون القانونيون المذكورين في الطلب الخاص بهذا التأمين الطبي أو من أضيف منهم بطلب رسمي وتم قبولهم وذكرهم جميعا رسميا من قبل شركة التأمين في جدول الوثيقه أو في أية أشعارات لاحقة وتم اعتبارهم بموجب هذا الوثيقه مؤمنا عليهم مؤهلين ويشار إليهم فيما بعد بالمؤمن عليهم.

24. **المؤمِن/شركة التأمين :** شركة التأمين **GIG – الكويت** المسجلة والمرخصة حسب الأصول للعمل في البلد الذي صدر فيه وثيقه التأمين.

25. **وثيقه التأمين :** الوثيقه كما هو معرف في المادة ا من الشروط العامة (التي تضمن شركة التأمين بموجبها، وفقا للأحكام والشروط والتجديدات والاستثناءات وغيرها من الشروط الواردة هنا ، دفع نفقات التغطيات المذكورة في جدول الوثيقه وملاحقه ومرفقاته) والمسماة فيما بعد توابع الوثيقه

26. **علاج داخل مستشفى :** الاستشفاء أو العناية المؤقتة في المستشفى أو المراقبة الطبية في غرفة طوارئ في مستشفى. هذه المعالجة تنطبق فقط على الحالات المرضية التي لا يمكن معالجتها في العيادات الخارجيه.

27. **دليل المشترك :** الكتيب الذي يحتوي على تعليمات ارشادية على كيفية استخدام التأمين الصحي

28. **التابعون/المرافقين القانونيون :** زوجة / زوجات حامل الوثيقه وأطفاله غير المتزوجين الذين تقل أعمارهم عن 18 سنة أو لا تزيدأعمارهم عن 25 سنة إذا كانوا طلابا جامعيين بدوام كامل

29. **مركز الخدمة الطبي :** مركز خدمات مهنية يعمل 24 ساعة على مدار السنة يديره فريق من الخبراء في إدارة مطالبات التأمين الطبي يعملون لدى شركة الخليج للتأمين وأعادة التأمين من اجل دعم ومراقبة تطبيق شروط وثيقه التأمين بالشكل الصحيح ويقوم مركزالخدمة الطبي في شركة التأمين بإرشاد المؤمن عليه وتزويده بالمعلومات مجانا من خلال الهاتف وبالتحقق من أهليته لتلقي العناية الطبية وبمراجعة وضعه الطبي قبل إدخاله إلى المستشفى وباتخاذ القرار باسم وبالنيابة عن شركة التأمين فيما يتعلق بحصوله على تأشيرة الدخول لتلقي العناية الطبية المحددة للمرض مدار البحث.

30. **بطاقة التأمين الطبي :** بطاقة شخصية تصدر باسم كل مؤمن عليه لتسهيل حصوله على الخدمات الطبية التي ينص عليها وثيقه التأمين وتقدمها الشبكة.

31. **الحالة المرضية:** جميع الحالات و/أو الاسباب و/أو الخدمات و/أو العلاجات و/أو الامراض المشمولة في وثيقه التامين وكافة مضاعفاتها والتي تقع ضمن سقف الحالات المرضية المذكورة في جدول المزايا لذات التشخيص المرضي

32. **الضرورة الطبية :** هي العلاجات الطبية / الخدمات أو الادوات الضرورية لتشخيص أو علاج الحالة المرضية وذلك بما يتفق مع المعايير المقبولة للممارسة الطبية. مع مراعاة الجودة و ليس رفاهية المريض أو الطبيب.

33. **الشبكة الطبيه المعتمده:** مجموعة الأطباء ، المستشفيات ، العيادات ، المراكز الطبية ، الصيدليات ، المختبرات ومراكز العلاج الطبيعي المرخصين لدى الجهات الرسمية المعنية التي تشكل شبكة التابعه لشركة التأمين من خلال تعاقد رسمي خاص توافق بموجبه هذه المجموعة من مقدمي الخدمات على توفير الخدمات الطبية للمؤمن عليه وفقا لشروط وثيقه التأمين كما هو منصوص عليه في جدول الوثيقه.

5. التعريفات

34. **غير مشترك في الشبكة :** كافة الأطباء والمؤسسات الطبية والمستشفيات والمراكز الطبية ومراكز العلاج الطبيعي والصيدليات المرخصين لدى الجهات الرسمية المعنية غير المشتركين في شبكة شركة التأمين.

35. **زرع الأعضاء:** عملية أخذ عضو/أعضاء من المتبرع وزرعها للمتلقي.

36. **علاج في العيادات الخارجيه :** الخدمات التي يمكن أن تقدم بموجب وثيقه التأمين فيما يتعلق باستشارات الطبيب ، والأدوية الموصوفة والفحوصات المخبرية والعلاج الطبيعي ... الخ والتي لا يتطلب أداؤها أي استشفاء أو علاج داخل المستشفى.

37. **طبيب :** أي طبيب مرخص ومؤهل لممارسة الطب بموجب قانون المنطقة التي تتم فيها المعالجة.

38. **مشاركة حامل الوثيقه و/أو المؤمن عليه :** النسبة المئوية من تكاليف الخدمة الطبية التي يتحملها حامل الوثيقه و/أو المؤمن عليه وفق ما هو مذكور في جدول الوثيقه.

39. **حامل الوثيقه:** الشخص / المؤمن له الذي تقدم بطلب للحصول على وثيقه التأمين بصفته الشخصية أو بالنيابة عن وباسم تابعيه القانونيين و تم قبول طلبه رسميا من قبل شركة التأمين.

40. **حالة سابقة للتأمين :** أي حالة مرضية سواء كانت مشخصة أو معروفة للمؤمن عليه/أو حامل الوثيقه أم لا ، أو أية حالة نتجت عن إصابة أو مرض وتم علاجها بواسطة الأدوية أو الجراحة أو تم إعطاء نصيحة طبية بشأنها قبل تاريخ التحاق المؤمن عليه بوثيقه التأمين.

41. **جدول الوثيقة (جدول المزايا) :** الجدول الذي يبين فيه المعلومات الشخصية الخاصة بالمؤمن عليه ونوع التغطية المختارة والحدود الجغرافية والاستثناءات الخاصة ان كانت موجوده وأي معلومات تخص البرنامج المختار الخ.

5. التعريفات

42. **نموذج الإدخال إلى المستشفى :** نموذج يجب تعبئته من قبل الطبيب المعالج للمؤمن عليه وتقديمه إلى مركز الخدمة الطبي قبل الدخول إلى المستشفى وهو إجراء إلزامي يتوجب القيام به قبل الانتفاع من أي تغطية لمصاريف المعالجة في المستشفى

43. **البرنامج:** مجموعة المنافع التي تعرضها شركة التأمين ويختارها حامل الوثيقه (المؤمن له)على نموذج طلب التأمين والموثقة في جدول الوثيقه.

44. **إعادة التأهيل:** العلاج في شكل مزيج من العلاجات مثل العلاج الطبيعي المهني والنطق تهدف إلى استعادة وظيفة كاملة بعد حاله مرضيه مثل السكتة الدماغية

45. **تاريخ التجديد :** التاريخ المتزامن مع تاريخ انتهاء سريان مفعول وثيقه التأمين في الدقيقة الأولى (00:01) من اليوم والشهر والسنة حسب التوقيت المحلي.

46. **الرسوم المعقوله والمتعارف عليها:** الرسوم للخدمات الطبية المغطاة والتي" كما هو محدد من قبل الشركة" إما: (1) الرسوم المتفق عليها مع مقدمي الشبكة الطبية في حين تلقي العلاج بالشبكة الطبية ، او (2) متوسط الاسعار لتلقي علاج مماثل لدى مراكز طبية معتمدة ضمن شبكة الوكيل الاداري داخل دولة الكويت أو خارج دولة الكويت.

47. **استثناءات خاصّه:** الخدمات الغير المغطاة أو المزايا التي تكون مستثناة بشكل محدد لشخص معيّن

48. **الاقتطاع لخدمة أو منفعة :** المبلغ المذكور في جدول الوثيقه ويتوجب أن يتحمله المؤمن عليه فيما يتعلق بالخدمة الطبية المقدمة.

49. **العمليات الجراحيه :** أية معالجة طبية لمرض، إصابة أو اعتلال جسدي عن طريق عمليه إستخدام الأدوات الجراحيّه بما في ذلك الإستشاره الطبيه المباشره وإجراءات العنايه ما قبل وبعد العمليه.

5. التعريفات

50. **تاريخ الإلغاء:** الدقيقة الأولى (00:01) من اليوم والشهر والسنة حسب التوقيت المحلي التي يلغى وثيقه التأمين بإشعار خطي من حامل الوثيقه و/ أو نتيجة عدم وفاء حامل الوثيقه بالالتزامات المنصوص عليها في الشروط العامة لهذا الوثيقه.

51. **نطاق التغطية:** هي المنطقة الجغرافية للتغطية على النحو المبين في جدول الوثيقه.

52. **بلد حدوث الإصابة :** البلد الذي استدعت فيه حالة المؤمن عليه الصحية خدمات عناية طبية وتكبد فيها المؤمن عليه النفقات المتعلقة بذلك.

53. **العلاج:** الخدمات الطبية التي يحتاج إليها المريض بغرض تشخيص وعلاج الحالات المرضية.

54. **حالة سابقة للتأمين غير مصرح بها :** الإخفاء من قبل المؤمن له و / أو حامل الوثيقه و/أو المؤمن عليه لأي حالة مرضية سابقه على بدء التأمين تشخيصية ومعروفة للمؤمن لهو/أو حامل الوثيقه و/أو المؤمن عليه والمذكور بطلب التأمين وتم الاستفسار عنها بالتحديد إن وجدت.

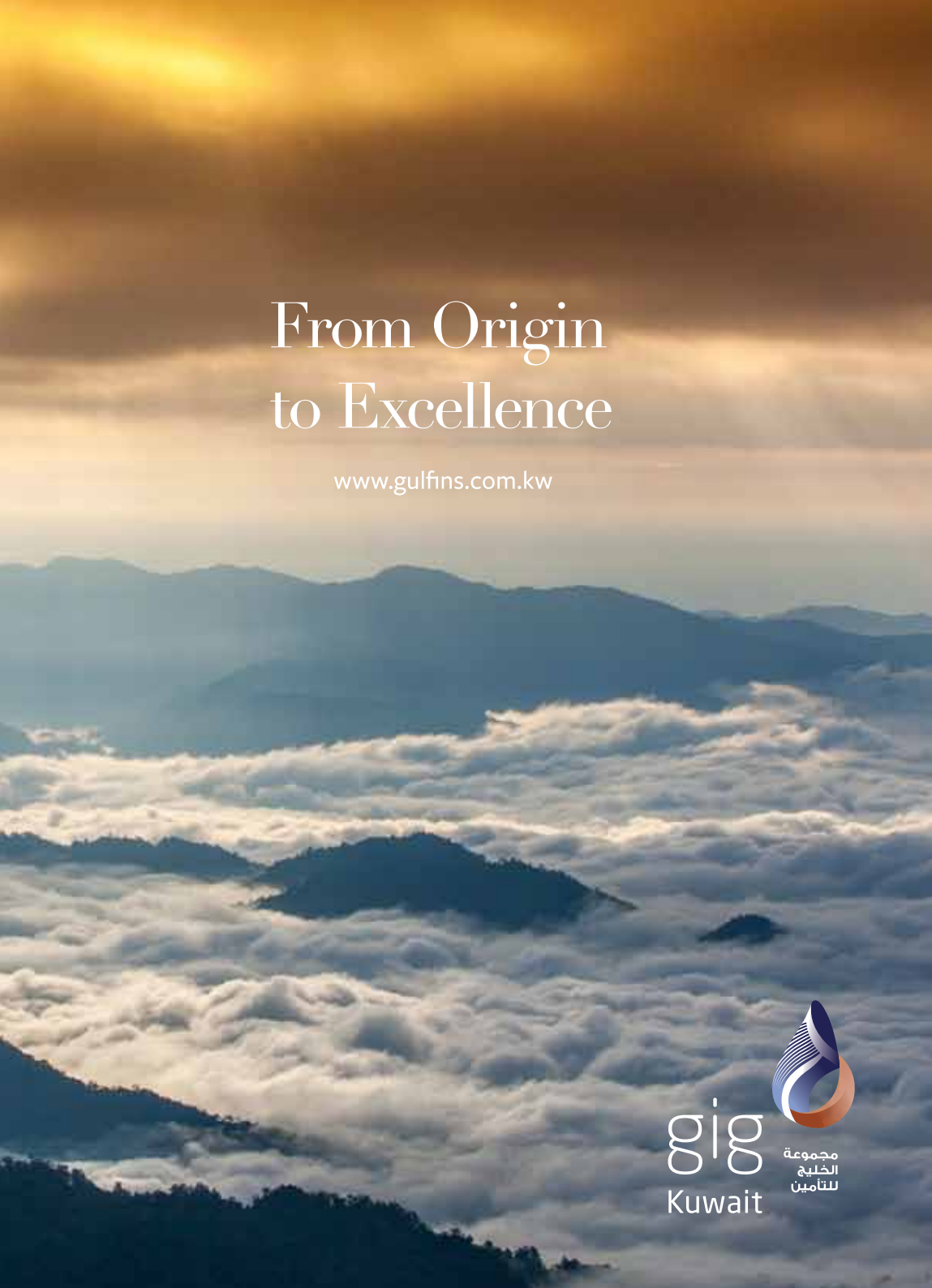
55. **نشاطات خطرة غير مصرح بها:** الإخفاء من قبل المؤمن له و/أو حامل الوثيقه و/أو المؤمن عليه لأي نشاطات خطرة يمارسها المؤمن له و/ أو حامل الوثيقه و/ أو المؤمن عليه والمذكورة بطلب التأمين وتم الاستفسار عنها بالتحديد إن وجدت.

56. **فترة الانتظار:** الفترة التي تبدأ من تاريخ التحاق الشخص بالوثيقة وخلال هذه المدة لا تغطى الحالات المرضية المعينه إلا بعد انقضاء هذه الفترة خلال سريان وثيقه التامين. ان فترات الانتظار مذكورة في جدول المزايا، وفي وثيقة وجدول التأمين.

57. **تاريخ التنازل:** تاريخ انتهاء فترة الانتظار الذي يبطل بعده مفعول الاستثناء العائد لحالة مرضية خاصة أو عامة.

gig
Kuwait

مجموعة
الخليج
للتأمين


From Origin
to Excellence
www.gulfins.com.kw
gig
Kuwait
مجموعة
الخليج
للتأمين

gig
Kuwait
مجموعة
الخليج
للتأمين

54.Undeclared Pre-existing conditions: The non-disclosure by the Insured at the date of application, for this Insurance Policy, of pre-existing conditions restrictively relating to health conditions specifically inquired about, in the Application Form, if any

55.Undeclared hazardous activities : The non-disclosure from the Insured at the date of application, for this Insurance Policy, of a hazardous activity(ies) which was/were specifically inquired about, in the Application Form, if any.

56. Waiting Period: The period of time starting from the Enrollment Date of the Insured person during which a specific or general medical condition or type of treatment shall not be covered under this Insurance Policy. All applicable Waiting Periods are listed in the Table of Benefits, Policy Schedule and Policy Wording.

57.Waiver date: The date of termination of the Waiting Period after which the exclusion related to a specific or general medical condition is deleted.

45.Renewal Date: The day (at 00:01 local time), month and year that coincides with the Expiration date.

46.Reasonable and Customary Charges: Fees for Covered Health Services which, as determined by the Company, are either: (1) for Network Providers, the contracted charge; or (2) Is the average of the cost to perform a similar or comparable treatment of the same category within Company's network inside or outside Kuwait.

47.Specific Exclusions : Non-Covered services or Benefits that are specific to the Covered Person or to the group.

48.Specific Deductible Excess per Service/Benefit: The amount of money stated in the Policy Schedule to be borne by the Policyholder in respect of the service or benefit under consideration.

49.Surgical Operation: Any necessary medical procedure involves the use of instruments or equipment. Includes consultations immediately before and after the operation, and all essential aftercare before you leave the hospital.

50.Termination Date: The day (at 00:01 local time), month and year on which the Insured's coverage is terminated as the result of his/her deletion at the request of the Policyholder and/or in case his/her status as Legal Dependent and/or Household Personnel no longer holds or upon the cancellation of this Insurance policy.

51.Territory of Cover: It is the geographical area of coverage as set out in the Policy Schedule. Territory Of Cover may differ between one Category and another under the same Policy

52. Territory of Occurrence (Country of Treatment): The country where the Insured's health condition has required healthcare services and where the related expenses were incurred.

53.Treatment: Surgical, medical or other procedures the sole purpose of which is to diagnose, cure or relieve a Medical Condition.

37.Physician: Any doctor of medicine (MD) who is duly licensed and qualified under the law of jurisdiction in which treatment is provided.

38. Policyholder Co-Payment: The percentage of healthcare cost as stated in the Policy Schedule to be borne by the Policyholder. In respect of the service or benefit under consideration.

39. Policyholder: The applicant for this Insurance Policy acting as the principal in his/her own capacity as well as in the name and on behalf of his/her Legal Dependents and/or Household Personnel and who's Application has been formally accepted by the Insurance Company.

40.Pre-Existing Condition: Any health condition known to the Insured and/or Policyholder, whether was diagnosed and known to the insured or not, or is a consequence of injury or illness for which medical, surgical and/or Pharmaceutical treatment or advice was provided prior to the Insured's Enrollment Date.

41. Policy Schedule (Table of Benefits): The insurance certificate which contains information related to insured personal detail, Type of cover, Territorial scope of coverage and Special exclusions if any and other details related to the type of plan enrolled.

42. Pre-Hospitalization Form: A form that must be completed by the attending Physician of the Insured and submitted to the Medical Call Centre prior to In-Hospital treatment. It is a mandatory pre-requisite to benefit from any In-Hospital coverage.

43.Plan: The combination of Benefits offered by the Insurance Company and selected by the Policyholder on the Application Form and documented in the policy schedule.

44. Rehabilitation: Treatment in the form of a combination of therapies such as physical, occupational and speech therapy aimed at restoring full function after an

30. Medical Card : A personalized card issued in the name of each Insured, facilitating his/her access to the healthcare services covered under this Insurance Policy and provided by the Network.

31. Medical Case : All cases and/or reasons and/or services and/or treatments and/or the covered diseases in the Insurance Policy and their complications, which falling within the medical cases limitation stated in the policy schedule for the same diagnosis.

32. Medical Necessity : Medical Treatment/Services or supplies that is needed & necessary to diagnose/treat a medical condition which must meet acceptable standards of medical practice. Considering the quality and not the luxury of the member or the physician

33. Medical approved Network : The group of doctors, hospitals, clinics, medical centers, pharmacies, laboratories and physiotherapy centers licensed by the concerned official bodies, which means that the provider has a participation agreement in effect with the Insurance Company in which this group of providers agrees to provide medical services to the insured under the terms of the insurance policy. It is provided in the Policy Schedule.

34.Non-Network : Any Physician and Health institution, Hospital, Clinic, Medical Center, Physiotherapy center and Pharmacy which are not part of the network

35.Organ Transplant : An operation of moving an organ(s) from the Donor to the Recipient.

36.Out Patient Treatment : Benefits that may be offered under this Policy in respect of services such as Doctor's consultation, Prescribed drugs, Diagnostic tests, Physiotherapy treatment, etc. and which do not require Hospitalization or any In-Hospital treatment/observation.

24. Insurance Company/The Company: The Insurance Company (Gulf Insurance Group- GIG- Kuwait) duly registered and licensed to operate in the country of issuance of this Insurance Policy.

25. Insurance Policy: The contract (as defined in Article 1 of the General Conditions) whereby the Insurance Company, subject to the terms, provisions, Limits, exclusions and other conditions provided herein, guarantees the payment of the benefits set forth in the Policy Schedule, its Modules and Appendices (referred to as Policy Schedule hereinafter).

26. In-Hospital Treatment: A Hospitalization or Day-Hosp or treatment/observation in an Emergency Room/ Facility or in a Hospital, which cannot be performed on an Out-Patient basis.

27. Insured Guide: A booklet that provides information on how to benefit from the Insurance Policy.

28. Legal Dependents: The unmarried children of the Policyholder who are under 18 years old or below 25 if still a full-time university student, and the Spouse(s) of the Policyholder

29. Medical Call Centre: Professional service center operating 24 hours all year round staffed with a team of medical and claims administrative specialists working for the Company to support and monitor the proper application of the Insurance Policy. The Medical Call Centre provides the Insured with guidance and information through telephone inquiries at no cost; and verifies eligibility, carries out pre-admission reviews, and takes the decision in the name and on behalf of the Insurance Company as to whether or not to grant Free Access to the specific healthcare service under consideration.

18. Expiration Date: The day (at 00:01 local time), month and year on which the Insurance Policy expires.

19. Eligible Expenses: All expenses for healthcare services delivered to the Insured which are identifiable or covered under this Insurance Policy after allowing for any Specific Deductible Excess defined hereinafter, applicable at the level of such service(s) as provided.

20. Eligible Claim: Any claim falling within the Applicable Scope of Coverage as set forth in the General Terms and Conditions of this Insurance Policy shall qualify as an Eligible Claim under this Insurance Policy.

21. Hospital: Any medical institution, public or private, which is legally licensed and provides medical treatment to a sick and injured person. The facility must consist of organized premises, possess the necessary technical and scientific equipment for diagnosis and surgical operations and should provide healthcare services by a staff of at least one resident Physician and qualified nurses. The term "Hospital" excludes out-patient clinics, sanatoria, Physiotherapy centers, health clubs, retirement/nursing homes and similar institutions, including those specialized in substance abuse (drugs, alcohol)

22. Hospitalization: Any Hospital confinement for a minimum of one (1) night due to any non-excluded health condition and which cannot be performed on an Out-Patient basis.

23. Insured: The Policyholder, the Legal dependents listed in the Application for this health Insurance or included thereafter, formally accepted by the Insurance Company and shown in the Policy Schedule or in any subsequent endorsement thereon are considered under this Insurance Policy as eligible Insured and referred to as insured hereinafter.

12.Day Care : Same day services comprising all Surgical and other procedures related to non-excluded health conditions, not requiring an overnight stay at a Hospital but nevertheless necessitating specialized medical attention and care in a Hospital

13.Delivery : Hospitalization for normal or cesarean delivery, medically necessary abortion or miscarriage and/or any complications arising there from.

14.Direct Billing : The Insurance Company's undertaking of direct settlement to the Network of all Eligible Expenses incurred by the Insured and related to non-excluded cases net of any applicable Policyholder's Co-Payment and/or Deductible Excess and/or any underlying health fund participation and within the limits of liability of the Insurance Company as defined in this Insurance Policy.

15.Enrollment Date : The day (at 00:01 local time), month and year when the Insured has been enrolled and covered for the first time under this Insurance Policy or enrolled and covered under an initial Insurance Policy which has been renewed without any interruption.

16. Effective Date : The day (at 00:01 local time), month and year on which the Insurance Policy takes effect for the first time or for each subsequent renewal.

17.Emergency : A health condition sustained as a result of sudden, non-excluded sickness or bodily injury, raising a legitimate concern that there may be a significant medical problem necessitating treatment (Medical or Surgical) to be performed exclusively within the Territory of Occurrence which must not be delayed and which requires confinement to a Hospital Emergency Room/ Facility followed by Hospitalization or not. Emergency treatment in an Emergency Room is only covered in case treatment cannot be performed on an out-patient basis.

5.Definitions

6. Amendments : Any attached description of additional or alternative provisions to the Policy. Amendments are effective only when signed by the Company and the policyholder. Amendments are subject to all conditions, limitations and exclusions of the Policy except for those specifically amended.

7. Annual Aggregate Limit : This is the Maximum Indemnity amount payable by the Insurance Company to the Covered Person towards Eligible Expenses during Policy Period; as set out in the Policy Schedule.

8. Approved Healthcare Provider by TPA : Centers providing Healthcare services outside the state of Kuwait (i.e. Hospitals, clinics, pharmacies and laboratories). Healthcare providers list is subject at any time during the policy period to amendments (i.e. addition and / or deletion of a provider) without policyholder's prior approval or notice.

9. Cancellation Date : The day (at 00:01 local time), month and year on which this Insurance Policy has been cancelled as a result of the Policyholder's written notice and/or as a result of the non-fulfillment of the Policyholder's obligations as set forth in the General Terms herein.

10. Chronic Condition : A Medical Condition requiring a regular uninterrupted lifetime treatment.

11. Congenital/Genetic Condition : Any abnormality, deformity or illness that existed at birth whether diagnosed, known or unknown to the patient or his guardian. Including birth defects, congenital diseases, anomalies & or deformities.

5.Definitions

Words, terms, expressions and abbreviations used in the context of this Insurance Policy shall have the meanings set forth here below:

1. Accident : An unexpected violent and sudden event causing physical bodily injury (injuries) to the Insured.

2. Acute medical conditions : Diseases, illnesses and injuries, which have a known medical treatment and cure where recovery shall be on short term.

3. Act of Terrorism : Including but not limited to the use of force or violence and/or the threat thereof, of any person or group(s) of persons, whether acting alone or on behalf of or in connection with any organization(s) or government(s), committed for political, religious, ideological, or ethnic purposes or reasons including the intention to influence any government and/or to put the public, or any section of the public, in fear.

4. Aggregate Deductible Excess per Insured : The amount of Eligible Expenses relating to an Insured person to be borne by the Policyholder over an accumulation period as specified in the Policy Schedule before any Insurance coverage applies during the validity of the Insurance Policy. Whenever this Aggregate Deductible Excess is satisfied within the accumulation period, the Insurance coverage shall apply in respect of that Insured for any Eligible in hospital Claim only based on the geographical area specified in the policy schedule.

5. Alternative Medicine Practitioner : An acupuncturist, or Chiropractic who is fully trained and legally qualified and permitted to practice by the relevance authorities in the country in which treatment is received.

Section 5

Definitions

4.General Exclusion

	Excluded – Non covered conditions/Treatments
40	Surgery for hearing correction. Unless they result from an accident. And all devices related to hearing.
41	Alternative medicine, including but not limited to: hypnosis, massage therapy and similar treatments. Except as stated in the Schedule and the Insurance Policy.
42	Drugs, mental tests, mental disorders and all related cases. And anorexia nervosa

4.General Exclusion

	Excluded – Non covered conditions/Treatments
26	Organ implants and /or transplantation
27	Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), and any conditions or diseases related to AIDS/HIV.
28	Abuse of alcohol or drugs, substance or solvent abuse, narcotics and, addictive conditions or disorders and all services and supplied that are part of smoking cessation programs and use for the treatment of nicotine addiction.
29	All cases requiring In-Hospital stay/treatment, which has not been notified to the Insurance Company at least 24 hours before Discharge Date.
30	Suicide attempts, voluntary self-injury and injury resulting from Committing of or attempts to commit an illegal action.
31	Earthquakes, flood, volcanic eruption, landslide and other natural hazards.
32	All cases resulting from nuclear contamination, i.e. any exposure to ionizing radiation, radioactive contamination, nuclear processes, military material or nuclear waste of any kind.
33	All services attained/incurred outside the Territorial Coverage as per the Policy Schedule.
34	All cases resulting from the Insured taking part actively in the regular armed forces and or any paramilitary force. In addition, All cases resulting from war, invasion, act of foreign enemy, hostilities or warlike operations (whether war be declared or not), civil war, rebellion, mutiny, revolution, martial law and Any Act of Terrorism.
35	Dental products such as tooth paste, zymofluor, dental floss, toothbrushes and other items or drugs used for dental care purpose.
36	Upper and lower jawbone surgery (including that related to the temporomandibular joint) except for direct treatment of acute traumatic Injury or cancer. No Coverage is provided for orthodontic surgery, jaw alignment.
37	All Dental and Gums surgery.
38	All cases related to Viral Hepatitis and their complications (except for Hepatitis A).
39	Any treatment within the hospital, examinations or other procedures that may be performed in outpatient clinics without endangering the insured's health for any risk.

4.General Exclusion

	Excluded – Non covered conditions/Treatments
15	Infertility and all fertility related treatment and In-vitro fertilization (IVF) and all related tests and/or medications and/or medical procedures and/or medical supplies. In addition treatment for polycystic ovary, hormonal dysfunction and Varicoceles repair for purpose of fertility.
16	Health Services and associated expenses for sex transformation operations, voluntary sterilization and for reversal of sterilizations. Contraceptive supplies or services. All services related to or and sexual dysfunction.
17	Sexually transmitted diseases (STD) and conditions including and not limited to Syphilis, Gonorrhoea, Genital warts.
18	Renal Dialysis.
19	Aging related conditions limited to dementia, Alzheimer's, Menopause.
20	All cases related to hazardous activities including but not limited to piloting. Motorcycling, mountaineering necessitating the use of ropes, underwater activities Requiring the use of artificial apparatus, parachuting, hang, gliding and motor racing.
21	Work related accidents.
22	All substances, which not considered as medicines and all alternative medications without proved efficacy and/or considered experimental from Insurance Company aspect based on established medical practices except medically necessary therapeutic vitamins in case of reported deficiency.
23	Tonics, anabolic, fat burners, Milk formula, lozenges, antiseptics, chewing gums, nutritional supplies, herbal medicine (unless specified as first line of treatment), Glucosamine compounds and Hyaluronic acid products
24	Experimental, investigational Health services and associated expenses unless mentioned in the table of Benefits.
25	Any treatment, tests, medications, medical procedures, and medical supplies which is syphon related to a specific symptom and/or disease and considered medically unnecessary Or those which are not prescribed by a treating Physician or directed to In-Hospital by a non-Physician.

4.General Exclusion

	Excluded – Non covered conditions/Treatments
1	Pre-existing conditions and its related conditions/symptoms that were present before enrolment unless declared & Accepted by **GIG - Kuwait**
2	Any case excluded under Specific/Special Exclusion(s) and clearly mentioned in the Policy Schedule .
3	Convalescence, Rehabilitation, Spa.
4	All types of Hair fall and related treatment.
5	All cosmetic related medicines, products, treatments and surgery (unless mandated by a covered accidental injury and is an essential part of treatment, occurring during the Policy's Contractual period).
6	Weight loss drugs and investigation, Bariatric surgeries and its related complications, diet clinic or diet programs.
7	All Kinds of preventive treatment and procedures and all general check-up .
8	All Vision tests, treatment or surgery for the correction of refraction error. All kinds of eye contact lenses and eyeglasses.
9	Circumcision (adult and child) and all related complications.
10	Congenital, Genetic and Heredity conditions treatment received after 90 days following birth.
11	Learning, behaviour and developmental difficulties .
12	Sleep, Speech and Psychiatric disorders and all related services and treatment.
13	Artificial limbs and joints. Prosthesis and Arthrosis unless pre-approved by the company.
14	Supplying or fitting of physical aids /devices including but not limited to: Hearing aids, Walking sticks, Wheel chairs, any artificial device, either external or implanted, that substitutes for or supplements a missing or defective part of the body. In addition to Outpatient medical supplies including but not limited to (Elastic stockings, bandages, Gauze, Syringes, Diabetic test strips, and like products); Unless it is a part of equipment or Emergency Room treatment.

4.General Exclusion

Life time Exclusions

The following certain Medical conditions and Treatments, Items, Supplies and all their related or consequential expenses **are not covered in** this Policy **unless other wise specified as Covered in the Policy Schedule or subject to specified Waiting Period.**

If you are unsure about anything in this section, please contact us for confirmation before you go for treatment.

IMPORTANT-PLEASE READ

i. Personal Exclusion: Please check your Policy Schedule to see if you have any personal exclusions or restrictions on your plan. The exclusions in this section apply in addition and alongside and such personal exclusions and restrictions

ii. General note for all exclusions

For all exclusions in this section, and for any personal exclusions or restrictions as stated in your Policy Schedule, please note that :

- We do not pay for conditions which are directly related to excluded conditions or treatments
- We do not pay for any additional or increases costs arising from excluded conditions or treatments
- We do not pay for complications arising from excluded conditions or treatments.

Section 4

General Exclusion

3. Waiting Periods

List of Medical Conditions with applicable Waiting Periods

All Treatment including (medical, surgeries, services, tests, medicines, consumables, accessories and prostheses) for the following conditions is subject to below Waiting Period a pplicable as from joining/enrolment date provided that these conditions are NOT related to Pre-existing Conditions. As such Inpatient treatment for below conditions will not be covered during the waiting period.

	Provided it is NOT related to Pre-existing condition	Waiting period
1	**Hernia repair.**	**6 months**
2	**Hemorrhoids, Anal Fissures and Fistula.**	**6 months**
3	**Tonsillectomy, Adenoidectomy, Turbinate Hypertrophy, Nasal septal deviation and Nasal Sinusitis.**	**6 months**
4	**Maternity treatment includes both In-patient and Out-patient treatment** related to normal pregnancy and childbirth (normal delivery or cesarean section), complications during pregnancy, miscarriage and termination of pregnancy when medically necessarily (legal abortion).	**12 months**
5	**All Female reproductive system procedures :** including but not limited to Fibroids, Myomectomy, Hysterectomy, Uterine Polypectomy...etc.	**12 months**
6	**Varicose veins, Hydroceles, Varicoceles not related to infertility.**	**12 months**
7	Any treatment related **Spine and Knee joint Disorders or Surgeries.** Except for car accidents or accidents that took place after the inception of the policy and details of which have been recorded by the competent authorities.	**12 months**
8	**Chronic Medications:** Related to (Outpatient treatment) of a covered disorders including but not limited to Diabetes, Hypertension, other Cardiovascular disease, Cholesterol, Epilepsy, Parkinson's Disease, etc.	**12 months**
9	**Alternative medicine that differs from conventional ways of treatment:** including and limited to Acupuncture, Chiropractic, Ayurveda, Biofeedback, Homeopathy and Naturopathy.	**12 months**
10	**Wellness :** including and limited to Vaccination, Mammogram, PAP smear, Prostate and Colon cancer screening.	**12 months**

Section 3

Waiting Periods

E. Wellness

This benefit is subject to 12 months waiting period from joining date.

This coverage shall apply after continuing 12 months waiting period and covered **up to specified Limits in the policy schedule.**

It is limited to:

* Vaccination .
* Mammogram .
* Pap smear.
* Prostate screening.
* Colon cancer screening .

F. Global Emergency Services

This coverage will apply as specified in the Policy Schedule as follows:

* Evacuation
* Repatriation
* Hospital Admission Assistance
* Compassionate Visit

- New Born Prematurity and congenital anomalies are only covered for in-patient treatments during the first 90 days following birth from a covered maternity case up to specified Limits in the policy schedule.

D. Alternative (complementary) medicine

This benefit is subject to 12 months waiting period from joining date.

This coverage shall apply in the event of non-excluded health conditions by using alternative medical treatments that differs from conventional medicine aimed at restoring normal physical functions. These treatments are subject to 12 months waiting period and **up to specified Limits in the policy schedule and it is limited to:**

- Acupuncture treatment
- Ayurveda.
- Biofeedback
- Chiropractic.
- Homeopathy
- Naturopathy

*** Physiotherapy :** This coverage shall apply in the event of non-excluded cases due to either sickness or accident requiring rehabilitation through basic conventional Physiotherapy sessions as prescribed by the attending Physician up to the specified number of sessions in the policy schedule and subject to submission of detailed report from the treating physician.

C. Maternity Benefit

Maternity coverage (both outpatient and inpatient Maternity treatment) is subject to 12 months waiting period from joining date.

This coverage shall apply as specified in the Policy Schedule for both inpatient and outpatient treatment related to normal pregnancy and childbirth, complications during pregnancy, miscarriage and legal termination of pregnancy.

- Pre and postnatal care
- Consultant's Fees
- Prescribed Medicines & necessary vitamins during pregnancy.
- Pathology & radiology tests related to pregnancy
- Charges for Normal delivery, Caesarian, Legal Medical Termination of Pregnancy / Abortion, Miscarriage, hospital services and nursing care of mother.
- Ectopic pregnancy
- Routine newborn care following birth from covered maternity case is covered up to the remaining limit from the mother delivery limit

B. Out-Patient Treatment

Chronic medications are subject to 12 months waiting period from joining date.

This coverage includes Physician Consultation, Diagnostic Tests and/or Pharmaceuticals and/or Physiotherapy.

* **Physician Consultation**: This benefit representing the identifiable doctor visit fee.

* **Prescribed Medications:** This coverage shall apply in the event of non-excluded health conditions if it is medically justified and directly related to the same medical covered current condition, and it comprises all drugs, recognized as medicines, prescribed by a physician and not given for experimental purpose nor proved ineffective based on established medical practice.

***Diagnostic Tests**: This coverage shall apply in the event of non-excluded health conditions requiring the conduction of Diagnostic Tests, provided that medically necessary and directly related to the current covered medical condition. These tests include but not limited to:

- Laboratory tests
- X-Ray
- MRI
- CT Scan
- Diagnostic Cardiac Catheterization, Echocardiogram, Holter ECG and Treadmill stress test.
- Endoscopies, if conducted for Diagnostic purposes.

* Pathology, radiology treatment and/or tests, which are directly related to the current illness, necessitate admission.

* Cost of appropriate ambulance transport needed because of an emergency to the nearest available and appropriate local hospital within the country of treatment.

* Hospital Accommodation cost for an accompanying person (in same room) to insured member (children up to 16 years old) in case of critical conditions and as recommended by the treating Doctor.

Notes:

- All Non-Emergency Hospitalizations require prior approval of the Insurance Company while Emergency Hospitalization must be notified to the Insurance Company within maximum of 24 hours from admission to the Hospital.
- Charges shall not be payable if related to any personal expenses during admission, nor hiring of additional medical staff from outside the hospital.
- Day Care treatment include Professional fees, services and supplies provided in a Hospital setting when there is no overnight Hospitalization. This Benefit only applies to services, which cannot be provided in an Out-patient facility.

2.Insurance Benefits

Health Services described in this section are ONLY Covered when:

1. Not Excluded

2. Medically Necessary

3. Treatment prescribed is related to the medical condition.

4. Provided by or under the direction of treating registered Physician

Certain Health Services or Benefits are subject to separate restrictions and/or Deductibles and/or Co-insurance (if applicable) and/or Financial Limits as set out in the Policy Schedule.

A.In-Patient & Day Care Treatment

This coverage shall apply in the event of non-excluded health conditions requiring Hospitalization stay for over 24 hours, and/or Day care, and/or Emergency Service, comprising all medical costs incurred while in Hospital:

* Room and board in a standard private room including nursing care.

* Intensive care unit if required and directly related to a current covered illness or a common postoperative complication following a covered surgical procedure that necessitates special care other than normal.

* Surgeon and Anesthesiologist fees.

* Hospital services including but not limited to (Surgery, Theater, Anesthesia, Pharmacy, Laboratory, Radiology, etc)...

* Use of Hospital medical equipment (e.g. Heart and Lung support systems, etc...) Intra-venous Infusions, Injections, etc...

* Diagnostic and Laboratory tests, X-rays, Electrocardiograms, Scans, Advanced Imaging etc. (Only related to the original cause of covered Hospitalization).

Section 2

Insurance Benefits

Article 19: Arbitration

Arbitration will only apply if allowed as per laws in Kuwait. All differences arising out of this Insurance Policy shall be referred to the decision of an Arbitrator to be appointed in writing by the parties in difference or if they cannot agree upon a single Arbitrator to the decision of three Arbitrators, one to be appointed in writing by each of the parties, and the third will be appointed by the Arbitrators, and the Kuwaiti arbitration law shall be applicable to the arbitration.

Article 17: Duties

Any levies on the Insurance Policy applied by legislations, tax or stamp duty shall be borne exclusively by the Policyholder.

Article 18: Sanction Limitation and Exclusion Clause

No (re)Insurance Company shall be deemed to provide cover and no (re)Insurance Company shall be liable to pay any claim or provide any benefit here under to the extent that the provision of such cover, payment of such claim or provision of such benefit would expose that (re) Insurance Company to any sanction, prohibition or restriction under United Nations resolutions or the trade or economic sanctions, laws or regulations of the European Union, United Kingdom or United States of America.

Article 14: Subrogation

Once the Insurance claim has been paid in accordance with the current terms, the Insured subrogates his/her right to the Insurance Company to pursue any third party responsible for an injury. The Policyholder and the Insured transfer to the Insurance Company every relevant, substantial and legal right. Both, the Policyholder and the Insured shall provide the Insurance Company every possible assistance in the case the Insurance Company exercises the above right of subrogation. Should the Policyholder and the Insured breach this obligation, they shall be responsible for any losses incurred by the Insurance Company

Article 15: Currency

Any money payable to or by the Insurance Company shall be in Kuwaiti Dinar.For claims settlements the Insurance Company will use the exchange rate that applied on wither the date on which the invoices were issued or the last date of the treatment, whichever is later.

Article 16: Change of Law

This Insurance Policy is intended to conform to the law of the country in which the Insurance Company's home office is located. If a conflict arises between this Insurance Policy and such law becomes effective after the Policy Effective Date, the Insurance Company may, at its own option, renegotiate the terms of this Policy from the date such law becomes effective.

Article 12: Policy Amendments

Any amendment on this Insurance Policy requested by the Policyholder during the validity of this Insurance Policy or on the Renewal Date must be formally requested in writing from the Insurance Company. The Insurance Company reserves the right to decline, accept on special or standard terms amendments required by the Policyholder. Any amendment to this Insurance Policy shall be void unless it has been formally acknowledged and accepted in writing, signed and stamped by the Insurance Company.

The Insurance Company shall credit or debit the Policyholder with the premium related to the accepted and implemented amendments, which shall be calculated on a pro-rata basis starting from the date of the amendment's implementation up to the Expiration Date.

Article 13: Anti Money Laundering

The Insurance Company has the right to revoke any Insurance contract if it could not accomplish the requirements of identification and activity verification for the Insurance Company and/or for the insured, and notify the anti-money laundering unit- which is formed according to the current effective anti-money laundry law.

C. Outpatient Treatment:

Out of Hospital claim will be on Reimbursment basis (Pay and claim). Insured must provide the insurance company with a completed medical claim from and original invoice within a maximum period of 60 days from date of treatment (please refer to Insured Guide). The reimbursed amount will be subject to Reasonable and Customary charges in the country of treatment. However in USA, the insured can use their insurance cards within the network to benefit from direct settlement.

Article 11: Claims Notification

All In-Hospital treatment including Day Care treatment must be pre-approved and issued with official approval by the Insurance Company before admission.

a. In-Hospital Treatment within the approved network:

In such cases, the insured person benefits from the system of providing services in the centers of the network. He does not have to inform the insurance company and he will not be subject to the payment and recovery system. The insured only has to use the insurance card and the hospital administration will communicate with the designated Third Party Administrator of the claims for the necessary action and approval.

b. In-Hospital Treatment Outside the approved network:

The insured must obtain the prior approval from the insurance company. If approved and after the completion of the treatment, the insured will submit to the insurance company within a maximum period of 60 days from the date of discharge from the hospital the completed claim form by the treating physician with the original invoices and medical reports for the refund In accordance with the principles stated in the Insured Guide.

In exceptional cases, like an Emergency In-Hospital treatment occurring, the Insured is obliged to notify the Insurance Company at least 24 hours before Discharge Date. Such notification can be in writing and/or verbally.

Article 9: Policy Cancellation

The Insurance company may cancel this Policy without refunding any money for the remaining period in the following cases:

a. Non-payment of installments in accordance with the provisions of Article 6.

b. In the case of false statements and / or not disclosing material substantiated information in accordance with the provisions of Article 10.

Article 10 : Policyholder's Statements

This Insurance Policy, including its related additions, deletions and amendments, has been and shall be issued by the Insurance Company on the basis of the statements made by the Policyholder on the initial Application Form and on the subsequent written formal requests. Any proven false statement(s) made by the Policyholder and/ or material information relating to the proposed Insured's state of health, professional activities and place of residence, shall result in the Insurance Company's right to cancel this Insurance Policy. The Policy holder must immediately inform the Insurance Company of any alteration that may occur during the validity of this Insurance Policy or at Renewal Date regarding the profession, activities and place of residence of the Insured covered under this Insurance Policy. The Insurance Company reserves the right to reconsider accordingly the Policy terms, conditions and premiums. This reconsideration includes the deletion of the insured.

1.General Terms and Conditions

This individual policy (ASFAR) will be automatically canceled in case the insured member is not anymore covered under GIG-Kuwait Group Medical Insurance Policy. Accordingly, deletion date for ASFAR policy will be the same as the deletion date of member from GIG-Kuwait Group Medical Insurance Policy.

However, in case the whole GIG –Kuwait Group Insurance Medical Insurance Policy is cancelled or not renewed then the ASFAR policy will continue until its normal expiry date and therefore, deletion date will be the expiry date of this ASFAR policy.

Premium refund for the deleted members is only provided in case of no incurred claims under this ASFAR policy and will be calculated on Pro-rata basis.

No premium refund in case of any incurred claims under this ASFAR policy. Final calculation will be done 3 months after deletion date. Deletion or Cancellation request should be sent to the insurance company in writing and must be formerly acknowledged by the company (GIG-Kuwait).

Continuity of Cover

A grace period of **30** days after expiry/deletion date of this ASFAR policy is allowed to grant continuity.

Otherwise, insured member will re-apply as a new member as per earlier advised eligibility requirements.

shall be calculated on a pro-rata daily basis starting from the Enrollment date of the newly added Insured dependent Enrolment Date up to the main Expiration Date of this policy.

Remarks :

- Addition date will be the actual date of receiving the Addition Request along with all required documents.
- Retrospective requests for additions are not allowed.
- Request for changing the Plan during the course of the Policy period will not be accepted in any case.
- All family Members shall be Insured under the same Plan opted for the employee at inception date of the Scheme. Provided they are all insured under the group local policy with GIG-Kuwait

Article 8: Deletion of Insured Members

The Policyholder may formally request from the insurance company in writing to delete an Insured covered under this Insurance Policy during the running of this policy, in the following exceptional cases :

- Death of the insured person whose cancellation is required.
- In case of canceling the current residency in Kuwait for the expatriate.
- The insured is no longer considered as a legal dependent for example, in case of divorce.

Article 7: Additions

The Policyholder has the privilege to add his/her following legal dependents to this Insurance Policy provided these dependents must be already insured with him/her under **GIG-Kuwait Group Medical Insurance Policy.**

a. New born children of the Policyholder :

The Policyholder must formally advise the Insurance Company by submitting a completed Insurance Application, with a certified Birth Certificate and a valid Group Medical Insurance card for the requested newly added member. After which the Insurance Company undertakes to issue an endorsement for including the new born child.

b. His/her new spouse :

The same process will be followed as per point (a) above in addition to providing the Marriage Certificate .

Any addition to the Insurance Policy shall be void unless it has been formally acknowledged and accepted in writing, signed and stamped by the Insurance Company. The premium related to any formal addition, which shall be due by the Policyholder to the Insurance Company,

Territorial of Cover:

Only outside Kuwait – It is the geographical area of coverage as set out in the Policy Schedule

Financial Limitations:

The maximum amount paid by the Insurance Company for specific Benefits Covered under the terms of this Policy, Financial Limitation will be specified in the Policy Schedule.

Article 6: Premiums

The premiums due by the Policyholder to the Insurance Company as defined in the Policy Schedule are payable in advance by the Policyholder according to pre-agreed premium instalment between the Policyholder and the Insurance Company and as specified in the Policy Schedule. The coverage provided by the Insurance Company under this Insurance Policy shall not commence until the first installment is fully paid.

In the event the Insurance premium/instalment is not paid on the due date, the Insurance Company shall be entitled to suspend payment of claims due to the insured until the settlement of all outstanding premium and if payment was not settled within 30 days of due date the insurance policy will be void & canceled automatically & all outstanding premium must be settled.

The premium payment is substantiated exclusively solely by the issue of a relevent reciept from a legally outhorized representative of the insured member.

Article 4 : Applicable Scope of Coverage

The applicable scope of coverage which is the Schedule of Benefits approved for each insured is set out in the insurance Policy Schedule. The Policy Schedule contains the coverage provided to the insured and determines the basis of compensation, the degree and the financial limits, participation, deduction and limits of coverage, and any special exceptions/exclusions and any special conditions related to the level of service or benefit depending on the nature of the Healthcare services, the Network of Medical Providers and the Territory of Occurrence (Country of Treatment).

Article 5: General Limits

Coordination Payment Clause:

Except as provided in the Terms & Conditions of this policy, the Insurance Company will not compensate for expenses related to Treatment of injury or sickness that are recoverable by any law, legislation or other Health insurance system except its financial proportional share from claim payable amount after deduction of applicable deductibles and/or co-payments.

Article 3 : Insurance Applications

New Insurance Application and any subsequent Applications by persons proposed for Insurance must be fully completed by the applicant using the special forms provided by the Insurance Company. Each application will be subject to medical underwriting and the Insurance Company reserves the right to reject any new or subsequent Application without any obligation to justify the decision, or may accept it under any special rates, terms and special conditions that are deemed appropriate.

If any payment or prepayment is made to the account prior to acceptance of the application, such advanced payment do not constitute acceptance of the application and the Insurance Company reserves the right to refuse the application and return the advanced payment to the person requesting the insurance.

1.General Terms and Conditions

Article 1 : Insurance Policy

The Individual/Family Application Form of the insured member, the Preamble, Definitions, General Terms and Conditions, Policy Schedule (including Applicable Scope of Coverage with its Limits and Exclusions), the Insured's Guide as well as any Attachment(s) and Endorsement(s) to any of the aforementioned, shall constitute the entire contract between the parties hereto (herein referred to as the Insurance Policy)

Any amendment or addition to the Insurance Policy shall be void, unless it has been made in writing and is signed and stamped by the Insurance Company. No Insurance intermediary has the authority to amend this Policy or waive any of its provisions.

Article 2 : Policy Period & Validity

The Policy Period is for one full year.

The validity of this Individual Medical Insurance Policy (ASFAR) will remain as long as insured member is still insured under GIG-Kuwait Group Medical Insurance Policy.

If the insured was deleted from the **Gulf Insurance Group - Kuwait** Medical policy, Asfar plan will continue until its expiry date provided that Eligibility Requirements specified in the previous section are maintained.

Preamble & Eligibility

- The insured member must be a legal resident in Kuwait.
- Members will not be travelling outside Kuwait (whether business trip or vacation) for more than 60 consecutive days per visit.
- Maximum allowed age at entry is 65 years old.
- The following conditions will apply in case of New Enrollments and Renewals under such programme:

  i. Individual medical underwriting that will be based on the completed medical application form and/or available claims experience if any.

  ii. Valid residency in Kuwait in case of expatriates.

  iii. Continuous coverage under **GIG- Kuwait** Group Medical Insurance policy

Preamble & Eligibility

Preamble

In consideration of the payment of the premium due, and in reliance upon the statements made by the Policyholder on the Application and subject to Limits, General Terms and Conditions, and Exclusions of this Insurance Policy and any attachment forming part of it, the Insurance Company **Gulf Insurance Group - Kuwait, (GIG - Kuwait)** agrees to provide the Policyholder named on the Application with the medical benefits specified in the Table of Benefits as set forth in the Applicable Scope of Coverage during the validity period of the policy.

The Insurance Policy, Policy Schedule, Table of Benefits, the completed Insurance Application and any attachments constitute as one part and must be read and understood.

Any words, phrases and expressions used anywhere within this Policy have specific meanings assigned to them as explained in the Definitions Section listed at the end of this document, unless otherwise expressly stated within the Policy

Eligibility Requirements

- Persons are eligible to enroll in this insurance program only if they are an **active insured members under an existing local Group Medical Insurance policy with GIG- Kuwait** . If the Insured has dependents registered with him under the group insurance, then all of them must participate with him in this same program.

Section	Contents	Page
	Preamble & Eligibility Requirements	
1	General Terms and Conditions	3-16
2	Insurance Benefits	16-22
3	Waiting periods	23-23
4	Standard General Exclusions	24-28
5	Definitions	29-37

أسفار

ASFAR

POLICY WORDING

@gulfinsurance
gulfinsurance
1802080
www.gulfins.com.kw

gig Kuwait
مجموعة الخليج للتأمين