

## Domestic Helper Health Insurance

Underwritten by:

**ACIG**  
التأمين أمان



## المجموعة المتحدة للتأمين التعاوني

Domestic Helper Health Insurance	برنامج التأمين الصحي للعمالة المنزلية
<p>In The name of Allah , The merciful</p> <p>Allied Cooperative Insurance Group ( ACIG) is a Saudi Joint Stock Company established in accordance with the Royal Decree dated 18/9/1427 H with a paid up capital of SR 200 Million to provide SHARIA'A Compliant Cooperative Insurance Products</p> <p>In Saudi Arabia, Allied Cooperative Insurance Group (ACIG) takes pride in being one of the few insurance carriers in providing Group Medical Insurance. ACIG, through its Health Division, is geared to provide local employers with globalized benefits to their employees by utilizing its utmost experience in health care services. Our firm provides a consistently high level of services both locally or out of the Kingdom of Saudi Arabia through its association with an International Health Insurance player. Clients have access to ACIG expertise in managing and coordinating medical benefits</p> <p>We are pleased to offer you our proposal for Health Insurance Coverage according to CCHI policy. Enclosed are the general &amp; Special conditions, policy Schedule, Prices &amp; General Exclusions. hoping to take into account that these rates apply for each member for one year insurance and the proposed rates are based on the information provided by you, So. ACIG reserve full right to adjust prices in the event of conflict of information</p> <p><b>POLICY OBJECTIVES</b></p> <p>The policy is designed to meet the following objectives:-</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>To provide a comprehensive health insurance policy covering both outpatient and inpatient emergency hospital treatment expenses.</li> <li>Direct settlement of all eligible medical expenses provided at Nominated Preferred Providers by <b>ACIG</b>.</li> <li>To relive employees from administering medical claims by settling claims directly to Preferred Providers</li> </ol>	<p>بسم الله ، وبحمده</p> <p>المجموعة المتحدة للتأمين التعاوني (أسيج) هي شركة مساهمة سعودية تأسست وفقا لمرسوم ملكي بتاريخ ١٤٢٧/٩/١٨ هـ . لتوفير منتجات التأمين التعاوني المتوافقة مع أحكام الشريعة الإسلامية .تفتخر المجموعة المتحدة للتأمين التعاوني ( أسيج ) في كونها واحدة من عدد قليل من شركات التأمين التعاوني في المملكة العربية السعودية وذلك في توفير التغطية التأمينية الصحية للشركات . أسيج ، من خلال القسم الطبي ، في اتم الجاهزية لتوفير منافع عالمية للموظفين التابعين لأصحاب العمل المحليين وذلك من خلال الاستفادة القصوى من تجربتنا الرائدة في مجال خدمات الرعاية الصحية توفر شركتنا مستوى عال من الخدمات على حد سواء محليا أو خارج المملكة العربية السعودية من خلال ارتباطها مع عدد من رواد التأمين الصحي الدولي . بحيث يتاح لعملاء أسيج الاستفادة من خبرة الشركة في إدارة وتنسيق المنافع الطبية.</p> <p>وبطبيب لنا أن نتقدم اليكم بعرضنا لتأمين الرعاية الصحية بحسب وثيقة مجلس الضمان الصحي التعاوني.حيث نرفق لكم الشروط العامة والخاصة وجدول المنافع والأسعار والاستثناءات العامة ، أملين الأخذ بالاعتبار أن هذه الأسعار تنطبق على كل عضو مشترك بالتأمين لمدة سنة تأمينية ، كما نود احاطتكم علما بأن الاسعار المقترحة تستند للمعلومات المقدمة من جانبكم ، لذا تحتفظ شركة أسيج بكامل الحق في تعديل الأسعار في حالة وجود تضارب في المعلومات.</p> <p><b>أهداف الوثيقة :-</b></p> <p>تم تصميم هذه الوثيقة لتحقيق الأهداف التالية: -</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- توفير وثيقة تأمين صحي شاملة تغطي نفقات العلاج الطارئة في كلا من العيادات الخارجية وفي قسم التنويم بالمستشفيات .</li> <li>2- تسوية مباشرة لجميع المصاريف الطبية المغطاة والمقدمة عبر شبكة مقدمي الخدمة المرشحين بواسطة أسيج.</li> <li>3- للتخفيف على الموظفين من إدارة المطالبات الطبية عن طريق تسوية المطالبات مباشرة إلى مقدمي الخدمة الصحية المرشحين.</li> </ol>
<p><b>General Conditions</b></p>	<p><b>الشروط العامة</b></p>

1- This quotation is considered to be an integral part of The policy in case of your kind approval to issue medical.

2- Assigned providers NW list is considered to be an Integral part of this quotation

3-The quotation rates are based on the revealed & Submitted information by the client. The submitted information is considered as true and accurate and the Company reserves all rights to review this quotation

4- All Employees should be enrolled at the policy inception without any selective basis and ACIG Holds all rights of assessing any addition request after policy Inception.

5- ACIG must be informed about all chronic medical conditions, example and not limited to cancer cases, renal failure, Hemodialysis, kidney transplant, liver disease (such as hepatitis B& C), heart diseases, congenital diseases and deformities. In case ACIG was not notified with the above before the issuance of the policy, the company reserves its rights not to cover any Medical condition that was not disclosed by the policyholder.

6- New Additions are required to fill in the Health Declaration Form, and ACIG has the right to assess the premium

7- The annual premium will be calculated based on the final list of insured members received from the policyholder after accepting this offer

8- If this quotation is approved , kindly complete the hereunder required list :

- A- Filling out ACIG application form signed by an authorized person
- B- Premium Payment is mandatory prior to policy, CCHI upload of insured members
- C- Copy of the offer signed by an authorized person
- D- Valid Copy of the Sponsor ID
- E- Insured Members List is required in an EXCEL file
- F- Valid Copy of the member's ID
- G- Filling out the HDF by the insured member, with the insured signature including the date.

#### (8) Proof of Validity

This policy represents the basic level of insurance cover granted to the insured individual. This Policy shall not be valid unless confirmed by a schedule duly signed by an employee officially authorized by the Company. Likewise, any addition to this policy

1- يعتبر العرض جزءاً لا يتجزأ من الوثيقة في حال تمت موافقتكم الكريمة عليه بإصدار وثيقة تأمين طبي لمنسوبيكم.

٢- تعتبر الشبكة الطبية المرفقة جزءاً لا يتجزأ من العرض .

٣- تعتبر المعلومات المقدمة من قبلكم صحيحة والتي على أساسها تم بناء الأسعار لهذا العرض . وللشركة الحق بإعادة النظر في الأسعار المقدمة في حال تم تعديل المعلومات المقدمة من قبلكم.

٤- يجب تأمين جميع الموظفين منذ بداية عقد التأمين بحيث لا يكون على أساس اختياري ولا أسبق الحق في تقييم أي إضافات على الوثيقة بعد بدايتها.

٥- يجب إخطار الشركة عن جميع الحالات الطبية المزمنة , مثالا لا حصرا حالات السرطان وحالات الفشل الكلوي وغسيل الكلى وزراعة الكلى وأمراض الكبد الوبائي (ب & ج) وحالات أمراض القلب والقسطرة والجراحات القلبية والأمراض الخلقية... الخ . وفي حال عدم إخطار أسبق قبل اصدار الوثيقة فإن الشركة تحتفظ بحقها في عدم تغطية أي حالة صحية لم يتم الإفصاح عنها من قبل حامل الوثيقة.

6- يجب تعبئة نموذج الإفصاح الطبي للإضافات الجديدة ولشركة أسبق كامل الحق في تقييم القسط.

7- يتم احتساب القسط السنوي النهائي وفقا للقائمة النهائية المرسله من قبل حامل الوثيقة بعد موافقته على العرض.

8- في حالة الموافقة على هذا العرض لإصدار وثيقة تأمين طبي لمنسوبيكم , يرجى استكمال المتطلبات المذكورة أدناه:-

- أ- تعبئة نموذج التأمين الطبي للعائلة المنزلية موقع من قبل الشخص المخول
- ب- يتوجب سداد القسط التأميني المستحق عن الوثيقة قبل إصدار الوثيقة , رفع أسماء المؤمن لهم لبوابة مجلس الضمان الصحي التعاوني ت- نسخة من السجل التجاري ساري المفعول
- ت- نسخة عن العرض المقدم موقع ومختوم من قبل الشخص المخول
- ث- نسخة سارية من الهوية الوطنية للكفيل
- ج- قائمة بأسماء الأفراد المطلوب التأمين عليهم على ملف إكسل (باللغة الإنجليزية)
- ح- نسخة سارية من إقامة العامل/العائلة
- د- تعبئة نموذج الإفصاح الطبي من قبل المؤمن له مع توقيع العامل/العائلة واطافة التاريخ

#### (8) إثبات سريان المفعول:

تمثل هذه الوثيقة الحد الأساسي من التغطية التأمينية المقدمة للأشخاص المؤمن لهم، ولن تكون هذه الوثيقة سارية المفعول ما لم يثبت ذلك بجدول موقع عليه من موظف

shall not be valid unless confirmed and accompanied with signed annex by an officially authorized assigned employee of the insurance company.

**(9) Effective Dates of Coverage:**

- A.** For Workers: Coverage shall become effective for the active employee as of the inception date shown in the Policy schedule, or from the date of employment contract for the workers joining work in a later time.

**(10) Termination of the Insurance Coverage of the Insured Individuals:**

- A.** For Workers: Coverage of any worker under the Policy shall be automatically terminated in the following cases:
1. If the Policy period ends or if it is canceled, as stipulated in the Policy Schedule.
  2. Upon the exhaustion of the maximum limit of benefits stipulated in the Policy.
  3. If the Insured dies, without prejudice to paragraph (1) of Chapter 2 herein and as per the benefits limits in Policy Schedule.
  4. If the Insured leaves the Kingdom permanently.
  5. If the Insured transfers to a new employer.

- B.** Payment of recoverable expenses of any current illness, which requires continued hospitalization, shall continue on the date of termination of coverage for the period necessary for treating such illness, provided that such period shall not exceed 365 days as of the date of onset of said illness and within the limits of the maximum coverage amount stipulated in the Policy Schedule.

**(11) Payment of Premiums (subscriptions):**

- A.** The Policyholder shall pay the health insurance premium due on each insured individual as agreed upon with the Company as of the effective date of the insurance coverage.
- B.** If any portion of a premium is not paid, the Policy shall not be valid for a period longer than that covered by the portion paid, and the Company shall notify the Council accordingly.

**(12) Cancellation:**

The Policyholder may cancel this Policy at any time

مخول رسمياً من شركة التأمين كما ولن يسري مفعول أي إضافة عليها إلا إذا أثبت ذلك بموجب ملحق موقع من موظف مخول رسمياً من شركة التأمين.

**(9) تواريخ سريان التغطية التأمينية:**

**(أ)** بالنسبة للعاملين: يبدأ سريان التغطية التأمينية بالنسبة للعامل الموجود فعلياً على رأس العمل اعتباراً من تاريخ الابتداء المحدد في جدول الوثيقة، أو من تاريخ عقد العمل بالنسبة للعامل الذي يلتحق بالعمل في وقت لاحق .

**(10) انتهاء التغطية التأمينية للمؤمن لهم:**

**(أ)** بالنسبة للعاملين: تنتهي تلقائياً تغطية العامل التأمينية بموجب هذه الوثيقة في الحالات التالية:

1. إذا انتهت مدة الوثيقة أو في حال تم إلغائها على النحو المحدد في جدول الوثيقة.
2. عند استنفاد الحد الأقصى للمنفعة المنصوص عليه في الوثيقة.
3. عند وفاة المؤمن له، وذلك مع عدم الإخلال بما ورد في الفقرة (1) من القسم الثاني من هذه الوثيقة وبموجب حدود المنفعة في جدول الوثيقة.
4. عند مغادرة المؤمن له المملكة نهائياً.
5. عند انتقال المؤمن له للعمل لدى صاحب عمل جديد.

**(ب)** يستمر أداء النفقات القابلة للاستعاضة بالنسبة لأي علة جارية أدت إلى استمرار التنويم بالمستشفى في تاريخ انتهاء التغطية التأمينية وذلك للمدة التي تتطلبها العلة شريطة ألا تتجاوز تلك المدة 365 يوماً تحتسب من تاريخ ابتداء العلة التي استدعت التنويم بالمستشفى وفي حدود الحد الأقصى للتغطية الواردة في جدول الوثيقة.

**(11) سداد القسط (الاشتراك):**

- (أ)** يلتزم حامل الوثيقة بسداد اشتراك/قسط التأمين الصحي المتفق عليه مع شركة التأمين الواجب أدائه عن كل شخص مؤمن له، وذلك من تاريخ سريان التغطية التأمينية.
- (ب)** في حالة عدم سداد أي جزء من الاشتراك فإن الوثيقة لن تبقى سارية المفعول لمدة أطول من المدة التي يغطيها الجزء المسدد من الاشتراك، مع التزام شركة التأمين بإبلاغ المجلس بذلك.

**(12) الإلغاء:**

under a written notice sent to the Company within a minimum of 30 business days prior to the date required for cancellation, taking into account the rules governing forming and managing insurance risk pools. In such case, the Policyholder and the Insurance Company shall comply with the following:

- A.** The Insurance Company shall inform (under an official notice) the Council and the Preferred Provider Network once it receives a notice from the Policyholder – employer or the Insured – with regard to the Cancellation of the Policy.
- B.** In the event of transferring the employment contract, the Employer shall execute another insurance policy with a qualified company, or the Employer shall include the insured individuals in a health coverage under another insurance coverage program approved by the Council. The new insurance coverage shall start as of the day following the cancellation of the previous policy.

- C.** The employer may remove one or more employees from the Policy, after the Insurance Company receives proof that the Insured has left the Kingdom or transferred to a new employer.

- D.** In the event of the cancellation of a Policy or removal/deletion of an Insured, the Company shall ensure updating the data of the developed policy issuance system, according to the codes of cancellation or deletion.

In such case, the Company shall be liable to provide the Policyholder, within 60 business days from the cancellation date, with the remaining part of the premium for each insured individual whose claims did not exceed 75% of the annual premium. The refundable amount shall be calculated on proportional basis: (Refund = annual premium ÷ 365.25 days X the number of the remaining days)

- E.** If the Policyholder refrains from paying the Company the expense exceeding the maximum limit of benefit within the period specified in Article (11) (Basis of Direct Debiting on the Company Account for the Service Provider Network) of the General Conditions of the Policy and due as a result of the arrangement for direct billing of the Company, the Company has the right to withhold refund of premiums, if any, and use such amounts to compensate for the expenses paid to the service providers which should have been paid to the Company by the Policyholder.

- F.** The Policyholder shall pay all expenses due to the Insurance Company within the specified period, and if such period expires, the Insurance Company has the right to refer to SIMAH as well as to the Insurance Company, in case the beneficiary is entitled to the benefit.

يجوز لحامل الوثيقة إلغاء الوثيقة في أي وقت، بموجب إشعار رسمي يرسل لشركة التأمين قبل (٣٠) يوم عمل على الأقل من تاريخ الإلغاء المطلوب، مع الأخذ بالاعتبار ما ورد في ضوابط إنشاء وإدارة أو عية مخاطر التأمين الصحي والضوابط والتعليمات المنظمة، ويلتزم كل من حامل الوثيقة وشركة التأمين في هذه الحالة بالتالي:

(أ) تقوم شركة التأمين بإبلاغ (بموجب إشعار رسمي) المجلس وشبكة مقدمي الخدمة فور تلقيها إشعار حامل الوثيقة -صاحب العمل أو المؤمن له- بإلغاء الوثيقة.

(ب) في حالة نقل عقد التأمين، يلتزم صاحب العمل بإبرام وثيقة تأمين أخرى مع شركة مؤهلة، أو يقوم صاحب العمل بتضمين المؤمن لهم بتغطية صحية بموجب برنامج تغطية تأمينية آخر مقبول من المجلس بحيث تبدأ التغطية التأمينية الجديدة من تاريخ اليوم التالي لإلغاء الوثيقة السابقة.

(ت) يجوز لصاحب العمل شطب عامل أو أكثر من الوثيقة، وذلك بعد التقديم إلى شركة التأمين ما يثبت مغادرة المؤمن له من المملكة أو انتقاله إلى صاحب عمل جديد.

(ث) عند إلغاء وثيقة أو شطب/حذف المؤمن له، تلتزم شركة التأمين بالتأكد من تحديث بيانات نظام إصدار الوثائق المطور وذلك حسب الرموز الخاصة بعملية الإلغاء أو الحذف.

وفي هذه الحالة تكون شركة التأمين ملزمة خلال مدة لا تزيد عن (٦٠) يوم عمل من تاريخ الإلغاء بأن تعيد لحامل الوثيقة الجزء المتبقي من الاشتراك عن كل شخص مؤمن له لم تتجاوز مطالباته ٧٥% من قيمة الاشتراك السنوي بحيث يتم احتساب الجزء المعاد من الاشتراك على أساس تناسبي: (الجزء المعاد = الاشتراك السنوي ÷ ٣٦٥,٢٥ يوماً × عدد الأيام المتبقية).

(ج) في حالة امتناع حامل الوثيقة عن رد النفقات التي تجاوزت حد المنفعة الأقصى خلال المدة المحددة في المادة رقم (١١) (أساس التقييد المباشر على حساب شركة التأمين لدى شبكة مقدمي الخدمة) من الشروط العامة للوثيقة والمترتبة نتيجة أسلوب التقييد المباشر على حساب شركة التأمين، يحق لشركة التأمين الامتناع عن رد الاشتراكات القابلة للإعادة (إن وجدت) واستخدامها للتعويض عن النفقات المدفوعة لمقدمي الخدمة والتي كان يتوجب على حامل الوثيقة أدائها لشركة التأمين.

(ح) يلتزم حامل الوثيقة بسداد كافة المصاريف المستحقة لشركة التأمين خلال المدة المحددة لذلك، وفي حال انتهاء المدة المحددة قبل إتمام السداد، يحق لشركة التأمين الرفع لسمة بالإضافة للرفع لصندوق الضمان في حال احقية المستفيد للمنفعة.



**Data:**

**(13) Records and Reports:**

The Policyholder must maintain a record for all of its employees. This record shall include the individual's full name, sex, age, nationality, weight, height, classification and other basic information that might affect the management of this health insurance and the report on the premium rates. The insurance company shall be given access to such records to verify the accuracy of the information provided by the Policyholder, whenever needed. The Company shall, when requested, provide the Policyholder with any information about the Insured, in a manner consistent with the provisions of Personal Data Protection Law.

**(14) Adding and Deleting the Insureds and Related Contributions:**

- A. The Policyholder shall immediately and officially notify the Company regarding all workers or dependents to be covered under the Health Insurance at the Policy effective date. The policyholder has the right to add an Insured on a proportional basis if there is a proof that the employee joined the work for the employer, or requested deleting them in case they moved to work for another employer.
- B. For additions, to which what is mentioned in paragraph (A) here above does not apply, the addition of the numbers of new Insureds shall be effective as of the date of issuing the Policy, and its/their coverage shall be valid from the date of addition.

**(15) Eligibility:**

- A. For Workers: Any person satisfying the definition of "Worker" shall be qualified for insurance in accordance with the Policy Schedule.

The requirements for addition of new insured Member/Members as follows:

- A- New Arrivals: provide us with copy of entry visa  
 B- Sponsorship transfer: In case of sponsorship transfer is under processing we need a copy of IQAMA, sponsorship transfer letter  
 of Commerce. While in completion of transfer of sponsorship : the copy of newly issued IQAMA in addition to copy of the contract is required

**البيانات:**

**(13) السجلات والتقارير:**

على حامل الوثيقة أن يحتفظ بسجل لجميع العاملين المؤمن لهم بهذه الوثيقة، على أن يحتوي هذا السجل بالنسبة لكل شخص على الاسم الكامل والجنس والعمر والجنسية والوزن والطول والتصنيف وغير ذلك من المعلومات الأساسية التي يمكن أن يكون لها تأثير على إدارة هذا التأمين الصحي وعلى التقرير بشأن معدلات الاشتراك، ويتوجب إتاحة الفرصة لشركة التأمين - متى ما رغبت في ذلك - للاطلاع على هذه السجلات والتأكد من صحة المعلومات التي قدمها حامل الوثيقة، وتلتزم شركة التأمين متى ما طلب منها ذلك بتزويد حامل الوثيقة بأي بيانات قد يرغب الاطلاع عليها بشأن الأشخاص المؤمن لهم بما لا يتعارض مع أحكام نظام حماية البيانات الشخصية إضافة إلى الالتزام بكافة الأنظمة ذات العلاقة الأخرى.

**(14) إضافة وحذف الأشخاص المؤمن لهم والاشتراكات المتعلقة بذلك:**

أ) على حامل الوثيقة أن يخطر فوراً وبصفة رسمية شركة التأمين عن كافة العاملين أو المعالين الواجب نظاماً تغطيتهم بالتأمين الصحي عند بداية سريان الوثيقة، ويحق له إضافة مؤمن له على أساس تناسبي في حال وجود ما يثبت انضمام العامل للعمل لدى صاحب العمل أو طلب حذفه حال انتقاله إلى العمل لدى صاحب عمل آخر.

ب) بالنسبة للإضافات التي لا ينطبق عليها ما ورد في الفقرة (أ) أعلاه، فإن إضافة أعداد المستجدين من المؤمن لهم يتم من تاريخ إصدار الوثيقة وتكون تغطيته / تغطيتهم سارية من تاريخ الإضافة

**(15) المؤهلون للتأمين:**

أ) بالنسبة للعاملين: فإن أي شخص مستوف لتعريف العامل يكون مؤهلاً للتأمين وفقاً لما نص عليه جدول الوثيقة.

شروط اضافة افراد/فرد الى وثيقة التأمين الصحي:

- أ- دخول جديد الى المملكة العربية السعودية: يتم تزويدنا بنسخة من تأشيرة الدخول الى المملكة  
 ب- نقل كفالة لكفيل آخر: يتم تزويدنا في حال عدم اتمام اجراءات نقل الكفالة بصورة عن الاقامة مع خطابات التنازل مصدقة من الغرفة التجارية. أما في حال اتمام نقل الكفالة يرجى تزويدنا بصورة من الاقامة الجديدة وصورة من عقد العمل

C- The return of the employee from his annual vacation: certified copy of the Exit-entry visa stating that the employee returned from his vacation

\*The requirements for deletion of insured member/members below 18:

A- Final exit: certified copy of the final exit with exit date

B- Sponsorship transfer

In case the sponsorship transfer is complete we will need - copy of the new IQAMA and evidence of new insurance issued and under the new sponsor

C- Death: certified copy of the death certificate

D- Exit and no re-entry: certified copy of the exit –entry visa and a formal letter from the employer stating the member did not return back supported with passport office IQAMA receipt notification

#### Duplication of Insurance Coverage:

##### (16) Duplication of Insurance Coverage:

If any person is identified as Dependent, in addition to being eligible for insurance as a worker, its health insurance as dependent will cease hereunder. When the husband and wife permanently reside together and have insurance as workers, the children in this case shall become eligible only as dependents of the husband, unless the employer wishes to add dependents - children - within the insurance coverage of the wife, provided that there shall be no Beneficiary who has two different insurance coverages during the same period.

##### (17) Non-Duplication of Benefits:

If there is a claim for recoverable expenses due under this Policy to the Insured, and these expenses are covered under another insurance, plan, program, etc., the Company shall then be responsible for paying such expenses and request the third parties to pay their proportional shares of such claim on behalf of the Insured.

#### Financial Considerations

(18) Basis of the direct entry or in company's account at the Service Providers' Network:

A. The service providers appointed by the Insurance Company shall send all medical expenses incurred hereunder, on a monthly basis and without prejudice to the days and periods specified in the document cycle in accordance with Article No. (90) of the Implementing Regulations. The Company shall evaluate and process such expenses, and notify the Policyholder when the expenses reach the maximum benefit limit, provided that the Company shall provide all information related to the remaining insurance limit for benefits and the Policy to

ت- عودة الموظف من اجازة سنوية : نسخة معتمدة من تأشيرة الخروج والعودة الموضحة لذلك

- شروط حذف فرد/افراد من وثيقة التأمين الصحي -18  
أ - خروج نهائي : نسخة معتمدة من شهادة الخروج النهائي  
ب- نقل كفالة لكفيل آخر: في حال اتمام عملية نقل الكفالة يرجى تزويدنا بصورة من الاقامة الجديدة مع ارفاق ما يثبت وجود تأمين جديد صادر من الكفيل الجديد.  
ت- وفاة : نسخة معتمدة من شهادة الوفاة  
ث- خروج وعودة ولم يعد: نسخة معتمدة عن تأشيرة الخروج والعودة وما يفيد بلاغكم , نسخة معتمدة عن عدم العودة وإشعار إستلام الاقامة من قبل الجوازات

#### ازدواجية التغطية التأمينية

##### (16) الازدواجية بالتغطية التأمينية:

إذا كان أي شخص معرف كمُعال؛ بالإضافة إلى كونه مؤهل للتأمين بصفته عاملاً، فإن تمتعه بالتأمين الصحي بصفته مُعالمً سوف يتوقف بمقتضى هذه الوثيقة، وعندما يكون كل من الزوج أو الزوجة مقيمين معاً إقامة دائمة ويتمتعان بالتغطية التأمينية بوصفهما عاملين، فيصبح الأولاد في هذه الحالة مؤهلين فقط كمُعالمين من قبل الزوج، إلا في حال رغب صاحب عمل الزوجة بإضافة المعالمين -الأولاد- ضمن التغطية التأمينية، على ألا يكون هناك مستفيد يتمتع بتغطيتين تأمينيتين مختلفتين خلال الفترة ذاتها إلا من خلال تغطيات إضافية أو تكميلية.

##### (17) عدم ازدواجية المنافع:

في حالة المطالبة عن نفقات قابلة للاستعاضة وقابلة للأداء للمؤمن له بموجب هذه الوثيقة، ويكون مغطى أيضاً، بالنسبة لتلك النفقات، بموجب أي خطة أو برنامج أو تأمين آخر أو ما شابه ذلك، ففي هذه الحالة تكون شركة التأمين مسؤولة عن تغطية تلك النفقات، وتحل محل المؤمن له في مطالبة الغير بدفع حصتهم النسبية من تلك المطالبة.

#### الاعتبارات المالية

##### (18) أساس التقييم المباشر على حساب شركة التأمين لدى شبكة مقدمي

##### الخدمة:

(أ) يرسل مقدمي الخدمة المعيّنين من شركة التأمين، وعلى أساس شهري دون الاخلال بالأيام والمدد المحددة بالدورة المستندية وفقاً لما ورد في المادة رقم (٩٠) من اللائحة التنفيذية، جميع النفقات الطبية المتكبدة بموجب هذه الوثيقة، وتقوم شركة التأمين بتقييم تلك النفقات ومعالجتها، وإشعار حامل الوثيقة عند بلوغ النفقات حد المنفعة الأقصى على أن تقوم شركة التأمين بتوفير جميع المعلومات المتعلقة بالحد التأميني المتبقي للمنافع والوثيقة لمقدم الخدمة قبل الإشعار ببلوغ النفقات حد المنفعة الأقصى.

the service provider before notifying that the expenses has reached the maximum benefit limit.

- B.** If this limit is exceeded and the Company has already incurred it, it becomes entitled to claim for the refund of such expenses within a period not exceeding (60) business days from the date of informing the Policyholder of these expenses.
- C.** If the Policyholder fails to comply with the reimbursement of such expenses to the Insurance Company within the specified period, it becomes entitled to refer to the Council to take the necessary action.
- D.** The Insurance Company has the right to refer to SIMAH (SAMA) if the Policyholder fails to pay the expenses due to the Insurance Company within the specified period, as well as to the Insurance Fund, if the beneficiary is entitled to the benefit.

**(19) Canceling a Service Provider from the Preferred Service Providers Network**

- A.** After issuing the Policy to the Employer, the Company is not entitled to delete or replace a health service provider from the Preferred Provider Network during the Insurance Period, except in the following cases:

1. If the health service provider has committed a fundamental breach of service provision, such as negligence or fraud.
2. Upon termination of the Contract by the health service provider, provided that the Company shall provide a substitute for it at the same level in coordination with the Policyholder.
3. Upon suspension/cancellation of its approval by the Council, provided that the Insurance Company shall provide a substitute for it at the same level in coordination with the Policyholder. In all cases, the specified warning period and the cancellation conditions stipulated in the contract between the Insurance Company and the health service provider shall be observed. If a service provider is removed from the minimum network, it will continue to receive previously approved applicable policies until their expiry date. Insurance Company shall notify the Council when moving a service provider from an insurance category to another.

**(20) User charges (Copayment):**

- A.** Based on an agreement between the Policyholder and the Insurance Company, the deductible amount shall not exceed the amount specified herein. It shall be a binding and an obligatory condition for the Insured to pay the user charges amount (if any) as specified according to

**(ب)** في حالة تجاوز ذلك الحد وتكون شركة التأمين قد تحملته بالفعل، فيحق لها المطالبة برد تلك النفقات خلال مدة لا تزيد عن (٦٠) يوم عمل من تاريخ إبلاغ حامل الوثيقة بهذه النفقات.

**(ت)** في حالة عدم تقييد حامل الوثيقة برد تلك المصاريف لشركة التأمين خلال المدة المحددة، يحق لشركة التأمين الرفع للمجلس لاتخاذ ما يلزم.

**(ث)** يحق لشركة التأمين الرفع لسمة في حال عدم سداد حامل الوثيقة للمصاريف المستحقة لشركة التأمين خلال المدة المحددة، بالإضافة للرفع إلى صندوق الضمان في حال أحقية المستفيد للمنفعة.

**(19) إلغاء مقدم خدمة من شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة:**

لا يحق لشركة التأمين بعد إصدار الوثيقة لصاحب العمل حذف أو استبدال مقدم خدمة صحية من شبكة مقدمي الخدمة المعتمدة المحددة له خلال فترة سريان الوثيقة إلا في الحالات التالية:

١. إذا وقع من قبل مقدم الخدمة الصحية إخلالاً جوهرياً بتقديم الخدمة كالقيام بالإهمال أو الاحتيال.
٢. عند إنهاء التعاقد من قبل مقدم الخدمة الصحية، على أن تقوم شركة التأمين بتوفير بديل عنه بنفس المستوى بالتنسيق مع حامل الوثيقة.
٣. عند تعليق إلغاء اعتماده من قبل المجلس، على أن تقوم شركة التأمين بتوفير بديل عنه بنفس المستوى والمنطقة بالتنسيق مع حامل الوثيقة.

وفي جميع الحالات، يجب مراعاة مهلة الإنذار المحددة وشروط الإلغاء المنصوص عليها في العقد المبرم بين شركة التأمين ومقدم الخدمة الصحية، وفي حال حذف مقدم خدمة من شبكة الحد الأدنى فإنه يستمر في استقبال الوثائق السارية المعمدة في السابق وحتى تاريخ انتهائها، وتلتزم شركات التأمين بإخطار المجلس عند استبدال مقدم خدمة من فئة تأمينية إلى أخرى.

**(20) نسبة التحمل والمشاركة في الدفع:**

**(أ)** بناء على الاتفاق بين حامل الوثيقة وشركة التأمين، يجب ألا تتجاوز نسبة التحمل المبلغ المحدد في هذه الوثيقة، ويعد شرط ملزم وإجباري قيام المؤمن له بدفع مبلغ نسبة التحمل (إن وجد) المحددة بحسب العقد المبرم بين حامل الوثيقة وشركة التأمين، وتعد أي محاولة من جانب المؤمن له للإمتناع عن الدفع إخلالاً بأحكام الوثيقة وشروطها ويبطل مفعولها بالنسبة له لحين سداد هذا المبلغ.



the contract concluded between the Policyholder and the Insurance Company. Any attempt by the Insured to refrain from the payment shall be considered a violation of the Policy provisions and its terms and conditions. It shall become invalid for it until the payment of this amount.

- B. Cases of emergency and inpatient admission shall be excluded from Paragraph (A).
- C.
- D. The copayment amount charged to the Beneficiary shall not exceed what is specified in the Schedule of Health Benefits contained in Appendix No. (1).
- E. The amount of deductible or copayment for the outpatient clinics shall be separated from the service of dispensing medicines for one visit.
- F. The maximum deductible amount for medicines shall be calculated based on the price of the generic medicine or the brand Innovative medicine in the absence of a generic medicine registered with the Saudi Food & Drug Authority.
- G. The difference between the value of the generic medicine and the innovative medicine shall be paid in full by the Beneficiary if there is a registered generic medication alternative. The price difference shall not be included in the maximum deductible amount.
- H. Service provider must prescribe medical devices on the scientific name bases without specification of a trade name.
- I. An automatic substitution of the device name shall be done based on the beneficiary policy with accounting for the following exceptions:
- a. if the healthcare provider requested no substitution with the following considerations:
- i. To rely on a reasonable medical justification and attach documents justifying the application for approval by the Insurance Company, in case of obtaining the approval of the Company.
- ii. If the Insurance Company deems that the medical justification is not possible, the beneficiary's shall pay the difference between the price of the two devices.
- b. If the beneficiary request dispensation of the medical devices as per the requested name, the beneficiary shall pay the difference between the price of the two devices.
- J. The amount of deductible must be clarified to the Beneficiary in details before providing the service based on the Policy.
- K. The Insured must be enabled to identify the costs of each health service provided to it upon its request.
- L. The Insured must be provided with the invoice for the health services provided.
- M. The Insured is entitled to obtain a proposal of the expected value of the costs and the copayment amount

(ب) يستثنى من الفقرة (أ) حالات الطوارئ والتتويم.

(ت) يجب ألا يتجاوز مبلغ المشاركة في الدفع المحملة للمستفيد ما هو محدد بجدول منافع الصحية الوارد في الملحق رقم (١).

(ث) تفصل نسبة التحمل أو المشاركة في الدفع للعيادات الخارجية عن خدمة صرف الأدوية للزيارة الواحدة.

(ج) يحتسب الحد الأقصى لنسبة التحمل للأدوية بناء على سعر العلاج الجنييس أو العلاج المبتكر في حال عدم وجود علاج جنييس مسجل بهيئة الغذاء والدواء.

(ح) يتم دفع الفرق بين قيمة العلاج الجنييس والعلاج المبتكر كاملاً من قبل المستفيد في حال وجود علاج جنييس مسجل، ولا يضمن فرق السعر بالحد الأقصى لنسبة التحمل.

(خ) يلتزم مقدم الخدمة بوصف الجهاز الطبي بالاسم العلمي وعدم تحديد علامة تجارية بعينها.

(د) سيتم إجراء استبدال تلقائي لإسم الجهاز الطبي إذا تم وصفه باسم علامة تجارية محددة استناداً إلى وثيقة المؤمن له، مع مراعاة الاستثناءات التالية:

أ. إذا تم الطلب من قبل الطبيب المعالج بعدم استبدال الاسم التجاري للجهاز الطبي، مع الأخذ بعين الاعتبار ضرورة:

i. الاستناد على مبرر طبي مقبول ورفاق المستندات المبررة للطلب لأخذ موافقة شركة التأمين، في حال عدم ممانعتها.

ii. في حال كان المبرر الطبي غير مقبول من قبل شركة التأمين، يتم إلزام المؤمن له بدفع قيمة الفارق بين سعر الجهازين بعد إبلاغه بوجود البديل الأرخص.

ب. إذا طلب المؤمن له صرف الجهاز الطبي الموصوف له باسم تجاري محدد يتم إلزام المؤمن له بدفع قيمة الفارق بين سعر الجهازين.

(ذ) يجب إيضاح نسبة التحمل للمستفيد بشكل تفصيلي قبل تقديم الخدمة بناء على الوثيقة.

(ر) يجب تمكين المؤمن له من التعرف على تكاليف كل خدمة صحية قدمت له عند طلبه.

(ز) يجب تزويد المؤمن له بفاتورة الخدمات الصحية المقدمة.

(س) يحق للمؤمن له الحصول على عرض قيمة التكاليف المتوقعة ومبلغ المشاركة بالدفع قبل البدء بالعلاج.

(ش) يتم احتساب نسبة التحمل على صافي قيمة الفاتورة الطبية، ويستثنى من ذلك فرق السعر للأدوية المبتكرة.

before starting the treatment.

N. The deductible shall be calculated on the net value of the medical bill, with the exception of the price difference for innovative medicines.

(22) Approvals:

In accordance with Article (90) of the Implementing Regulations, the parties to the insurance relationship, with respect to the obligation of each party individually, shall undertake the following:

- A. The service provider shall send a request for approval to cover the cost of treatment for the beneficiaries to the Insurance Company within a maximum of fifteen (15) minutes from the time of filling the application by the physician.
- B. The service provider shall, upon applying for approval for providing treatment to beneficiaries, ensure that the health services that will be provided to the Insured meet the criteria for the approval request.
- C. The service provider shall ascertain the limits of the subsidiary benefits provided to the Insured.
- D. The service provider shall ascertain that all basic data and information that support the approval request are submitted.
- E. The Insurance Company shall respond to the request submitted by the service provider for the approval of providing treatment to the Beneficiaries within a period not exceeding sixty minutes (60) from the time of submitting the request for approval. In case of disapproval, the reasons shall be formally clarified.
- F. The service provider shall respond to the Insurance Company's queries within 30 minutes of receipt of the query.
- G. All procedures related to the request for approving the provision of treatment between the Insurance Company and the service providers shall not exceed 60 minutes from the time of submitting the request.

(22) الموافقات:

بناء على المادة (٩٠) من اللائحة التنفيذية، على أطراف العلاقة التأمينية، فيما يتعلق بالتزام كل طرف على حدة، العمل بما يلي:

- (أ) يجب على مقدم الخدمة، إرسال طلب موافقة تحمل تكاليف العلاج للمستفيدين إلى شركة التأمين خلال خمسة عشر (١٥) دقيقة كحد أقصى من تعبئة الطبيب المعالج للطلب.
- (ب) يجب على مقدم الخدمة، عند رفع طلب الموافقة على تقديم العلاج للمستفيدين، التأكد من استيفاء الخدمات الصحية التي ستقدم للمؤمن له لمعايير طلب الموافقة.
- (ت) يجب على مقدم الخدمة التأكد من حدود المنافع الفرعية المقدمة للمؤمن له.
- (ث) يجب على مقدم الخدمة التأكد من تقديم جميع البيانات والمعلومات الأساسية التي تدعم طلب الموافقة.
- (ج) تقوم شركة التأمين بالرد على الطلب المقدم من قبل مقدم الخدمة بشأن الموافقة على تقديم العلاج للمستفيدين خلال مدة لا تزيد على ستين (٦٠) دقيقة من وقت طلب الموافقة كحد أقصى من وقت استلام الطلب، وفي حال عدم الموافقة فيجب توضيح الأسباب رسمياً.
- (ح) يجب على مقدم الخدمة الرد على استفسارات شركة التأمين خلال (٣٠) دقيقة من وقت استلام الاستفسار.
- (خ) يجب أن لا تتجاوز كامل اجراءات طلب الموافقة العلاجية بين شركة التأمين ومقدم الخدمة عن ستين (٦٠) دقيقة من وقت رفع الطلب.

(23) مصاريف المضاعفات الناتجة عن علاج منفعة:

(23) Expenses of Complications resulting from a Benefit Treatment:

- A. The Insurance Company shall cover any costs for treating the complications arising from a benefit covered by the Policy according to the maximum limit specified herein, unless these complications are arising from negligence or medical error by the service provider, and a proof shall be given under a decision by the ministry of justice, establishing the responsibility of the parties of insurance relationship.
- B. The Insurance Company shall calculate the incidence of complications resulting from the treatment of the covered benefits, create an indicator based on the best common medical practices for follow-up, and inform the Council if the indicator

(أ) يجب على شركة التأمين تغطية أي تكاليف لعلاج المضاعفات الناتجة عن منفعة مغطاة بالوثيقة وفقاً للحد الأقصى المحدد في هذه الوثيقة، ما لم تكن تلك المضاعفات ناتجة عن إهمال أو خطأ طبي من مقدم الخدمة على أن يتم اثبات ذلك بموجب قرار صادر من قبل وزارة العدل يحدد مسؤولية أطراف العلاقة التأمينية.

(ب) يجب على شركة التأمين احتساب نسبة حدوث المضاعفات الناتجة عن علاج المنافع المغطاة وعمل مؤشر مبني على أفضل الممارسات الطبية المتعارف عليها للمتابعة وإبلاغ المجلس في حال تجاوز المؤشر من أحد مقدمي الخدمة.

is exceeded by one of the service providers.

- (24) Reasonable and Ordinary Medical Expenses:  
In contrast to the price lists agreed upon between the Insurance Company and the service provider for the services and medical expenses, the approved and customary medical expenses provided for the Beneficiary for emergency health services or outside the medical network are considered according to the level of the medical network assigned to the Insured.
- (25) Expenses of Corpse Repatriation to Home Country:  
The Insurance Company shall cover all costs of preparation and repatriation of the corpse of the Insured to the home country specified in the employment contract according to the maximum limit specified in the Policy. If the cause of death shall not be one of the exceptions stipulated in Chapter 3 herein.
- (26) Calculating the Amortization of the Benefit Limits  
It shall be obligated to calculate the costs of the amortization of the benefit limits for the Insured by calculating the total cost on the Net basis, not the Gross bill.

**General Conditions:**

(27) Personal Hazards

The Council shall have the power to determine the hazard criteria for activities likely to involve personal hazards, and shall measure the extent to which it is subject to insurance coverage.

(28) Verification of the insured's Health Condition:

- i. The Company has the right to and shall be given the opportunity, by an accredited medical entity, to examine the Insured requesting Recoverable Expenses at the expense of the Company for up to two times within sixty (60) business days following submission of the claim.
- ii. The Policyholder or the Insured shall cooperate with the Company and allow all necessary measures that may reasonably be required by and paid for by the Company for the purpose of preserving any rights, claims, or legal compensations from third parties. The Policyholder may not assign such rights except with the Company's explicit or implicit consent.

(29) Notices:

- A. All notices or other correspondence to the Company between all parties shall be formal.
- B. The Insurance company shall notify the Policy holder with Policy renewal or expiry date as follows
1. Sending a preliminary reminder notice to the Policyholder prior to the Policy expiration date of not less than 60 days.

(24) المصاريف الطبية المعقولة والمعتادة:

بخلاف القوائم السعرية المتفق عليها بين شركة التأمين ومقدم الخدمة للخدمات والمصاريف الطبية، تعتبر المصاريف الطبية المقبولة والمعتادة المقدمة للمستفيد لخدمات صحية طارئة أو خارج الشبكة الطبية بحسب مستوى الشبكة الطبية المحددة للمؤمن له.

(25) مصاريف إعادة جثمان المتوفى إلى موطنه الأصلي:

يجب على شركة التأمين تغطية جميع تكاليف تجهيز وإعادة جثمان الشخص المؤمن له المتوفى إلى موطنه الأصلي المذكور في عقد العمل وفقاً للحد الأقصى المحدد في الوثيقة. شريطة ألا يكون سبب الوفاة أحد الأسباب المستثناة في القسم الثالث من هذه الوثيقة.

(26) احتساب استهلاك حدود المنفعة:

تلتزم شركة التأمين باحتساب تكاليف استهلاك حدود المنفعة للمؤمن له من خلال احتساب التكلفة الإجمالية على أساس الصافي (Net) وليس الإجمالي (Gross) الفاتورة.

شروط عامة

(27) الأخطار الشخصية:

للمجلس صلاحية تحديد معيار خطورة الأنشطة المحتمل أن ينطوي على ممارستها أخطار شخصية وقياس مدى خضوعها للتغطية التأمينية.

(28) تحقق شركة التأمين من حالة المؤمن له:

- أ) يحق لشركة التأمين، ويجب أن تتاح لها الفرصة، من خلال جهة طبية معتمدة، بفحص المؤمن له الذي قدمت بشأنه مطالبة عن نفقات قابلة للاستعاضة على حسابها بحد أقصى مرتان، وذلك خلال مدة لا تزيد عن (٦٠) يوم عمل من تاريخ تسلم المطالبة.
- ب) على حامل الوثيقة أو المؤمن له، أن يتعاون ويسمح بالقيام، على نفقة شركة التأمين، بالأعمال الضرورية التي تطلبها شركة التأمين في حدود المعقول بقصد تعزيز أية حقوق أو مطالبات أو تعويضات قانونية من الغير، تثبت مسؤوليته عنها، ولا يجوز لحامل الوثيقة أو المؤمن له أن يتنازل عن الحقوق المالية إلا بموافقة شركة التأمين الصريحة أو الضمنية.

(29) الإشعارات:

- أ) يجب أن تكون جميع الإشعارات أو المخاطبات بين أطراف العلاقة التأمينية، بصفة رسمية.
- ب) يجب على شركة التأمين إشعار حامل الوثيقة بتاريخ تجديد أو انتهاء الوثيقة كما يلي:
١. بإرسال إشعار تذكير أولي لحامل الوثيقة قبل انتهاء الوثيقة بمدة لا تقل عن ٦٠ يوم.

<p>2. Sending a second reminder notice to the Policyholder prior to the Policy expiration date of not less than 30 days.</p> <p>3. Sending a third reminder notice to the Policyholder prior to the Policy expiration date of not less than 15 days, and notifying the Council of it.</p> <p>C. The Insured (Policyholder) shall be obligated to notify the Insurance Company whenever any of its contact information, or of its subsidiaries, is changed.</p>	<p>٢. بإرسال إشعار تذكير ثاني لحامل الوثيقة قبل انتهاء الوثيقة بمدة لا تقل عن ٣٠ يوم.</p> <p>٣. بإرسال إشعار تذكير ثالث لحامل الوثيقة قبل انتهاء الوثيقة بمدة لا تقل عن ١٥ يوم مع إخطار المجلس بذلك.</p> <p>ت) المؤمن له (حامل الوثيقة) ملزم بإشعار شركة التأمين عند تغيير أي من بيانات الاتصال الخاصة به والتابعين له.</p>
<p>(30) Medical Declaration Form:</p> <p>A. The Insurance Company shall adhere to the Unified Medical Declaration Form approved by the Council. The Policyholder shall submit such Form to the Insurance Company in case it is requested, provided that the Beneficiary shall fill it.</p> <p>(31) Compliance with Policy Provisions: As a precondition to any liability of the company, the Policyholder and beneficiaries shall strictly comply with and execute all requirements, conditions, obligations and commitments stated in this Policy.</p> <p>(32) Construction: Unless the context otherwise required, or expressly stated the opposite:</p> <p>A. Any reference to a masculinity shall include femininity in its meaning.</p> <p>B. Any reference to this Document shall include in its meaning any amendments hereto or relating bylaws.</p> <p>(33) Penalties: Any disagreement or dispute arising out of or relating to the Policy shall be settled in accordance with Article (14) of the Cooperative Health Insurance Law.</p> <p>(34) Policy update: The council of health will be updating the policy every 3 years</p>	<p>(30) نموذج الإفصاح الطبي: أ) تلتزم شركة التأمين بنموذج الإفصاح الطبي الموحد المعتمد من قبل المجلس، ويلزم على حامل الوثيقة أن يقوم بتقديم هذا النموذج لشركة التأمين في حال طلبها على أن يتم تعبئته من قبل المستفيد نفسه.</p> <p>(31) التقيد بأحكام الوثيقة: إنه لمن الشروط السابقة لتحقيق أي التزام على شركة التأمين أن يكون حامل الوثيقة والأشخاص المؤمن لهم قد نفذوا وتقيّدوا تماماً بجميع الاشتراطات والشروط والواجبات والالتزامات الواردة في هذه الوثيقة.</p> <p>(32) التفسير والتأويل: ما لم يقتضي السياق خلاف ذلك أو تم النص على خلافه صراحة، فإن:</p> <p>أ) أي إشارة إلى الذكر تشمل في دلالتها المؤنث.</p> <p>ب) أي إشارة إلى هذه الوثيقة وتشمل أي تعديلات قد تطرأ عليها أو على الأنظمة ذات العلاقة الأخرى.</p> <p>(33) الجزاءات: أي خلاف أو نزاع ينشأ أو يتعلق بهذه الوثيقة يتم الفصل فيه بموجب أحكام النظام ولائحته التنفيذية وذلك وفقاً للمادة (١٤) من النظام.</p> <p>(34) تحديث الوثيقة: يعمل المجلس على تحديث الوثيقة كل ٣ سنوات.</p>

### Limitations and Exclusions

### الضوابط والإستثناءات

<p>(A) This policy will not cover claims resulting from</p> <p>1. Complications from self-inflicted injury, excluding the costs of treating emergency cases (life-threatening injuries) as described by the Private Health Institutions Law and Regulations approved by the Ministry of Health, which determines how to dispatch emergency cases.</p> <p>2. Complications from diseases resulting from the intentional abuse of some medications, stimulants, sedatives, substance abuse, etc., excluding the costs of treating emergency cases (life-threatening injuries) as described by the Private Health Institutions Law and Regulations approved by the Ministry of Health, which determines how to dispatch emergency cases.</p> <p>3. Non re-constructive cosmetic surgeries.</p> <p>4. General examinations, vaccines, drugs or preventive</p>	<p>أ) لا تغطي هذه الوثيقة المطالبات الناشئة مباشرة عن الآتي:</p> <p>١. مضاعفات الإصابات التي يسببها الشخص لنفسه متعمداً باستثناء تكاليف علاج الإصابات للحالات الطارئة.</p> <p>٢. مضاعفات الأمراض التي تنشأ بفعل إساءة الاستعمال المتعمد لبعض الأدوية أو المنشطات أو المهدئات أو بفعل تعاطي المواد الكحولية أو المخدرات أو ما شابه ذلك باستثناء تكاليف علاج الإصابات للحالات الطارئة.</p> <p>٣. الجراحة التجميلية غير الترميمية.</p> <p>٤. الفحوصات الشاملة والفحائض أو العقاقير أو الوسائل الوقائية التي لا تتطلب علاج طبي أو لم يتم النص عليها في هذه الوثيقة (باستثناء الإجراءات الوقائية</p>
---	---



measures that do not require medical treatment or are not mentioned in this Policy (except for the preventive measures stipulated in the Policy or determined by the Ministry of Health, such as vaccinations as well as maternity and childcare).

5. Treatment received by the insured free of charge.
6. Recreational therapy, general physical health programs, and treatment in social welfare institutions.
7. Any illness or injury arising directly from the profession of the Insured.
8. All costs related to dental implants, dentures, crowns, bridges or cosmetic procedures including, but not limited to, teeth whitening, except for the benefits outlined herein.
9. Vision correction surgeries, excluding procedures that prevent vision loss.
10. The expenses of the transportation of the insured within and between cities in the Kingdom by means of transportation other than the licensed ground ambulance.
11. Hair loss, baldness or artificial hair.
12. Allergy tests of any nature, excluding those related to the medical cases that can only be treated through these tests, or those related to prescribed medications, according to the medical proof and evidence.
13. Equipment, treatments, drugs and hormone procedures, surgeries or treatment aimed at regulating reproduction, contraception, impotence, infertility, in-vitro fertilization, or any other method of artificial fertilization.
14. Any congenital weakness or deformity, unless it has a current or future life-threatening impact on the Insured.
15. Any additional costs or expenses incurred by the companion of the Insured during its stay at the hospital, except for hospital accommodation charges for one companion, as required by the best medical practices.
16. Treatment of acne.
17. Cases of human organ transplantation, according to the definition set out in the First Chapter of the Policy, excluding the additional benefits regarding organ transplantation. Knowing that artificial organs are managed as per the benefits and exceptions of the policy.
18. Joint replacement with exception to what have been listed as benefits or for the treatment of complications arising from a covered benefit such as joint replacement due to cancer or a trauma.
19. Personal risks set forth in Chapter 1 (Definitions) herein. Any sport other than what is mentioned in the definition chapter, must be submitted to the Council for decision.
20. Alternative medicine procedures and medications.
21. Artificial and ancillary limbs.
22. Diseases that are classified by the Ministry of Health as pandemics or natural disasters, and based on decision released by the Council.
23. Eye glasses for persons over fourteen (14) years old.
24. Complications resulting from any previous illness or injury shall be excluded under the provisions of this Policy.
25. Long-term care (Care for a long period) that are limited to nursing care or personal care with exception to the benefits listed in this policy.
26. Rehabilitation admissions for management of addiction and

المذكورة بالوثيقة أو التي تحددها وزارة الصحة مثل التطعيمات ورعاية الأمومة والطفولة).

٥. المعالجة التي يتلقاها الشخص المؤمن له بدون مقابل.
٦. الاستجمام وبرامج الصحة البدنية العامة والعلاج في دور الرعاية الاجتماعية.
٧. أي علة أو إصابة تنشأ كنتيجة مباشرة لمهنة الشخص المؤمن له.
٨. جميع التكاليف المتعلقة بزراعة الأسنان أو تركيب الأسنان الاصطناعية، تقويم الأسنان، أطقم الأسنان، التيجان، الجسور أو الاجراء التجميلي على سبيل المثال لا الحصر تبيض الاسنان باستثناء ما ذكر من منافع بالوثيقة.
٩. إجراءات تصحيح النظر لأمراض العين التي لا تؤدي لفقد البصر.
١٠. مصاريف انتقال الشخص المؤمن له داخل وبين مدن المملكة بوسائل نقل غير الإسعاف الأرضي المرخص.
١١. تساقط الشعر أو الصلع أو الشعر المستعار.
١٢. اختبارات الحساسية مهما كانت طبيعتها، فيما عدا تلك الحالات غير الممكن علاجها بدون اجراء هذه الاختبارات، أو الحالات المتعلقة بوصف أدوية العلاج حسب الأدلة والبراهين الطبية.
١٣. الأجهزة والوسائل والعقاقير والإجراءات أو الجراحات أو المعالجة بالهرمونات بهدف حصول حمل أو علاج العقم أو العجز الجنسي أو نقص الخصوبة أو التخصب بواسطة الأنابيب أو أي وسائل أخرى للتلقيح الاصطناعي.
١٤. حالات النشوه الخلقى، باستثناء الحالات التي تشكل تهديد حالي أو مستقبلي على حياة المؤمن له.
١٥. أي تكاليف أو مصاريف إضافية يتكبدها المرافق للمؤمن له أثناء تنويمه أو إقامته بالمستشفى، عدا نفقة الإقامة والإعاشة في المستشفى لمرافق واحد للمؤمن له، وحيثما تقتضي أفضل الممارسات الطبية المعتمدة.
١٦. معالجة حب الشباب.
١٧. حالات زراعة الأعضاء البشرية بحسب التعريف الوارد في القسم الأول من الوثيقة، ويستثنى من ذلك ما تم إضافته للمنافع بخصوص زراعة الأعضاء. علماً بأن الاعضاء الصناعية تعامل بحسب منافع واستثناءات الوثيقة.
١٨. استبدال المفاصل ماعدا ما ذكر من منافع بالوثيقة أو لعلاج المضاعفات الناتجة عن منفعة مغطاة مثل استبدال مفصل الركبة بسب سرطان او حادث.
١٩. الأخطار الشخصية الواردة في قسم التعريفات من هذه الوثيقة إضافة أي رياسته غير مذكر بقسم التعريفات ترفع للمجلس للبت فيها.
٢٠. أدوية ووسائل العلاج بالطب البديل.
٢١. الأطراف الصناعية والأطراف المساعدة.
٢٢. الأمراض التي يتم تصنيفها بواسطة وزارة الصحة كالأوبئة، الجوائح، والكوارث الطبيعية ويصدر بها قرار من المجلس الضمان الصحي
٢٣. النظارات الطبية لمن يتجاوز الأربعة عشر (١٤) عاماً.
٢٤. المضاعفات الناتجة عن أي مرض أو إصابة سابقة مستثناة بموجب أحكام هذه الوثيقة.
٢٥. الرعاية المدبدة (رعاية طويلة المدة) المقتصرة على الرعاية التمرضية والعناية الشخصية ماعدا ما ذكر من المنافع.
٢٦. التنويم لعلاج التأهيل لتعاطي الكحول أو المخدرات.



alcohol abuse

(B) Except for the provisions of Section 2 herein, this policy shall not cover health benefits or corpse repatriation to home country in claims resulting from the following:

1. War, invasion, acts of (foreign) aggression whether or not war is declared.
2. Ionizing radiations and pollution from radioactive activity of any nuclear fuel or waste resulting from the combustion of nuclear fuel.
3. Radioactive, toxic, explosive or other hazardous properties of any nuclear plant or any of its nuclear components.
4. The Insured service or participation in armed forces or police operations.
5. Riots, strike, terrorism, or its equivalents.
6. Accidents or chemical, biological, or bacteriological reaction, if those accidents or reactions are a result of occupational injury or occupational risk.

(C) Hotels, dormitories, guest houses, resorts, convalescent centers, sanatoriums, places for the care of persons in custody, nursing home, or schools/institutes specialized in teaching deaf, autistic, etc. shall not be included under the concept of the Hospital described in this Policy.

-:CLAIMS Administration

The company appointed Total Care Saudi Third Party Administrators address- Al Khobar Al Shamaliya – King Faisal Street- Galleria Center- 1st Floor- P.O. Box 79935- Al Khobar 31952,KSA.  
Tel:+966138981155 and Fax:+966138945656, E-Mail : info@tcs-ksa.com as a third party administrator (TPA) for medical claims.

(ب) استثناء من أحكام القسم الثاني من هذه الوثيقة، لن يتم تغطية المنافع الصحية أو إعادة الجثمان إلى الوطن الأصلي في حالة المطالبات الناشئة عن لآتي:

١. الحرب، الغزو، أعمال العدوان (الأجنبي) سواء أعلنت الحرب أم لم تعلن.
٢. الإشعاعات الأيونية أو التلوث بالنشاط الإشعاعي من أي وقود نووي أو أي نفايات نووية ناتجة عن احتراق وقود نووي.
٣. الخصائص المشعة أو السامة أو المتفجرة أو أي خصائص خطيرة أخرى لأي تجمعات نووية أو لأي من مركباتها النووية.
٤. مزاولة الشخص المؤمن له أو مشاركته في خدمة القوات المسلحة أو الشرطة أو عملياتها.
٥. أعمال الشغب، أو الإضراب، أو الإرهاب أو ما يشابهها من أعمال.
٦. الحوادث أو التفاعلات الكيماوية أو البيولوجية أو البكتريولوجية. إذا كانت هذه الحوادث أو التفاعلات ناتجة عن إصابات عمل أو بسبب مخاطر مهنية.

(ج) لا يندرج تحت مفهوم المستشفى في هذه الوثيقة كل من الفنادق، أو دور المنامة، أو دور الضيافة، أو الاستراحات، أو دور النقاهاة، أو المصحات، أو أماكن رعاية الأشخاص المتحفظ عليهم، أو مأوى كبار السن، أو المدارس/المعاهد المتخصصة بتعليم الصم والبكم والتوحد، وما شابههم.

إدارة المطالبات

عينت الشركة، شركة العناية الشاملة السعودية لإدارة المطالبات الطبية مديراً للمطالبات الطبية

و عنوانها: الخبر – المنطقة الشرقية مجمع جاليريا، الطابق الأول –

شارع الملك فيصل، ص.ب: ٧٩٩٣٥ الخبر ٣١٩٥٢ - المملكة العربية السعودية. تلفون: ٨٩٨١١٥٥ ٠٣١ فاكس: ٨٩٤٥٦٥٦ ٠١٣، إيميل

info@tcs-ksa.com

TABLE OF BENEFITS						جدول المنافع
Insurance Class	Diamond	Gold	Silver	Basic	Emergency	الفئة التأمينية
Geographical Limit	Kingdom of Saudi Arabia	Kingdom of Saudi Arabia	Kingdom of Saudi Arabia	Kingdom of Saudi Arabia	Kingdom of Saudi Arabia	نطاق التغطية
Network	G9	G10	G11	G13	G13	الشبكة الطبية
Third Party Administration	TCS					شركة إدارة المطالبات الطبية
Approval Limit ( OPD)	SR 600	SR 350	SR 300	SR 250	SR 250	حد الموافقة للعيادات الخارجية:
Maximum Overall Limit per person per year	SR 125,000	SR 75,000	SR 50,000	SR 50,000	SR 25,000	منافع وحدود التغطية بموجب الوثيقة : حد المنفعة الأقصى لكل شخص عن سنة الوثيقة
/Maximum limit of Out Patient Doctors Consulting Fees per visit in appointed provider's network	Covered	Covered	Covered	Covered	Covered	الحد الأقصى ألتعاب استشارة الطبيب خلال الزيارة الواحدة بالعيادات الخارجية لدى شبكة مقدمي الخدمة المعتمدين
Pre-Existing & Chronic Condition	Covered	Covered Up to 50% of the Annual Limit for Inpatient Services	Covered Up to 50% of the Annual Limit for Inpatient Services	Covered Up to 50% of the Annual Limit for Inpatient Services	Not Covered	الأمراض المزمنة و الأمراض السابقة للتأمين
Coinsurance	20%	20%	20%	20%	20%	مبلغ الإقتطاع
<b>Inpatient Treatment:</b> Inpatient Charges inside K.S.A, including at NPP:						تكلفة العلاج بالتنويم خلال شبكة مقدمي الخدمة المعتمدين في المستشفيات ضمن المملكة العربية السعودية المشمولين بشبكة مقدمي الخدمة:
Room Type (Inside NPP)	Shared Room	Shared Room	Shared Room	Shared Room	Shared Room	نوعية الغرفة (داخل الشبكة الطبية المعتمدة)
Daily accommodation and subsistence of patient include bed fees, nursing, visits, medical supervision and subsistence services, but it does not include the cost of medicines and medical supplies, as prescribed by the physician	SR 600	SR 600	SR 600	SR 600	SR 600	حد الإقامة والإعاشة اليومي للمريض وتشمل أجرة السرير وخدمات التمريض والزيارات والإشراف الطبي وخدمات الإعاشة ولا يتضمن ذلك تكلفة الأدوية والمستلزمات الطبية التي تصرف بأمر الطبيب.
A. Accommodation	Covered	Covered	Covered	Covered	Covered	التنويم
B. Surgical	Covered	Covered	Covered	Covered	Covered	الجراحة
C. Medical and Nursing	Covered	Covered	Covered	Covered	Covered	التمريض و الأدوية
D. Services and supplies	Covered	Covered	Covered	Covered	Covered	الخدمات والتنويم
E. Intensive Care Unit	Covered up to Maximum 3500 SR per day	Covered up to Maximum 3500 SR per day	Covered up to Maximum 3500 SR per day	Covered up to Maximum 3500 SR per day	Covered up to Maximum 3500 SR per day	غرفة العناية المركزة
Co-insurance/Deductible	20%	20%	20%	20%	20%	التحمل / المشاركة
Dental Benefits-Treatment of root canals and emergencies	SR 1000	SR 750	SR 400	SR 250	N/A	منافع تغطية الأسنان-علاج القنوات الجذرية والحالات الطارئة
Optical	SR 300	SR 200	Not Covered	Not Covered	Not Covered	تكاليف التدخلات لتصحيح النظر الوظيفي
Dialysis Cost	SR 50,000	SR 50,000	SR 50,000	SR 50,000	SR 50,000	تكاليف الغسيل الكلوي
Physiotherapy	6 Sessions	6 Sessions	6 Sessions	N/A	N/A	تكاليف علاج الحالات النفسية
Transportation of a Deceased to His or Her Country	SR 10,000	SR 10,000	SR 10,000	SR 10,000	SR 10,000	إعادة جثمان المتوفى إلى موطنه الأصلي

### **Addendum (1) Premium Computation**

#### **Important Notes:**

- 1 – The rates indicated in this Proposal are non-binding on ACIG if there is Any Changes in provided data
- 2 – The terms and rates mentioned in this Proposal are purely indicative and are subject to change, upon receipt of complete information/data/.
- 3- Final agreed rates/ Totals will be reflected on Policy wording.
- 4- Domestic Helper Health Proposal (copy attached) is required prior to release binding terms.
- 5- Binding terms & rates shall be provided upon receiving complete Health Declaration Form from for each member.
- 6- Employees above the age of 64 will be covered upon submission & review of their Health Declaration Form (HDF).
- 7- All employees will be covered upon submission & review of their Health Declaration Form (HDF)
- 8-Premium Payment should be done ONLY by transfer from policyholder bank account to ACIG bank account. Premium Payment by cheque or cash deposit are unacceptable.
- 9- **Company`s right to include the name of the insured in the system of the Saudi Credit Bureau ( SIMAH ) :**  
The company has the right in case the Insured Failed to pay the contributions of the policy to include the name of the Insured in the system of the Saudi Credit Bureau ( SIMAH ).
- 10-If the cover is confirmed by ACIG on or after 1st July 2020 the applicable VAT will be 15%..
- 11- Policyholder shall settle the endorsement premiums (Addition, upgrade... Ect) within 30 days from the transaction / DN issue date
- 12-ACIG prior approval is required to include any policyholder`s related medical providers within the agreed network, otherwise the concerned medical providers will be excluded from assigned medical provider`s network list.

**Note: The benefits mentioned in the table of benefit are the only benefits covered in the health insurance policy for domestic helper**

### **ملحق (١) حساب الأقساط**

#### **ملاحظة مهمة:**

١. الأسعار المشار إليها في هذا العرض غير ملزمة لشركة أسيج وذلك في حال إختلاف البيانات المقدمة لاحقا .
  - ٢- الأسعار والشروط المذكورة في هذا العرض تقريبية وخاضعة للتغيير عند استلام المعلومات / البيانات كاملة.
  ٣. ستضمن وثيقة التأمين الصحي القسط التأميني النهائي المتفق عليه .
  ٤. يجب تعبئة نموذج طلب التأمين للعمالة المنزلية المرفق مع العرض .
  ٥. يتم تقديم الأسعار والشروط بعد استلام تقرير الإفصاح الطبي لكل شخص خاضع للتأمين.
  - ٦- الموظفين اللذين تجاوزت اعمارهم ٦٤ عاما سوف يتم تغطيتهم بعد استلام ومراجعة نموذج الإفصاح الطبي الخاص بهم.
  - ٧- جميع الموظفين سوف يتم تغطيتهم بعد استلام ومراجعة نموذج الإفصاح الطبي الخاص بهم.
  - ٨- دفع القسط التأميني يجب ان ينفذ فقط من خلال التحويل من الحساب البنكي للعميل (حامل الوثيقة) الى الحساب البنكي للمجموعة المتحدة للتأمين التعاوني (أسيج) ولا يقبل دفع القسط عن طريق الشيكات أو الإيداع النقدي
  - ٩- حق الشركة في إدراج اسم المؤمن له في نظام الشركة المرخص لها بجمع المعلومات الإئتمانية عن المستهلكين :  
يحق للشركة في حال تعثر المؤمن له عن سداد اشتراك الوثيقة إدراج اسم المؤمن له في نظام الشركة المرخص لها بجمع المعلومات الإئتمانية عن المستهلكين .
  - ١٠- إذا تم تأكيد التغطية من قبل شركة المجموعة المتحدة للتأمين التعاوني ( أسيج) بتاريخ ١ يوليو ٢٠٢٠ أو بعد هذا التاريخ،
  - ١١- يجب على حامل الوثيقة تسوية الاقساط المترتبة على ملاحق الوثيقة ( اضافة عضو الى الوثيقة , ترقية عضو... الخ) خلال ٣٠ يوما من تاريخ المعاملة أو اصدار اشعار الدفع
  - ١٢- يلزم الحصول على موافقة مسبقة من المجموعة المتحدة للتأمين التعاوني (أسيج) لتضمين أي مقدمي خدمات طبية ذوي صلة بحامل الوثيقة ضمن الشبكة المتفق عليها، مالم سيتم استبعاد مقدمي الخدمات الطبية المعنيين من قائمة شبكة مقدمي الخدمات الطبية المعتمدة.
- ملاحظة : المنافع المذكورة في جدول المنافع هي فقط المنافع المغطاه في وثيقة التأمين الصحي للعمالة المنزلية**

