

Individual Healthcare

Table of Benefits

TABLE OF BENEFITS (EFFECTIVE 01/01/2021)		
Lifetime Guarantee	As per Insurance Control Commission's Decision Number 186, dated 17 th of April 2018 and limited to 720 days of hospitalization	
Waiting Periods	As per policy terms and conditions	
IN HOSPITAL (MAIN BENEFITS)	UNLIMITED	
Class of Cover	Class A	Class B and K
Territorial Scope	Lebanon and GCC	Lebanon
Claims Settlement	Please refer to footnotes	
Unknown Pre-Existing and/or Chronic Cases including but not limited to: Cancer and Heart Conditions	Covered after a waiting period of 12 (twelve) months	
Maternity Benefit		
Delivery (Normal and Caesarean) And/or Maternity Complications	Covered including epidural as follows: - Wife insured with husband: After a waiting period of 9 (nine) months from enrollment date (new and continuity) - Wife insured alone: After a waiting period of 12 (twelve) months from enrollment date (new and continuity) and subject to proof of husband's healthcare insurance	
Legal Abortion and miscarriage	Covered as from day one subject to conception occurring within policy period	
Newborn Baby		
Fidelity Baby	Newborn Baby from a Covered Maternity. Addition should be requested within one month from Birth	
Newborn Premium	Free of Charge till policy expiry subject to both parents being insured with Fidelity	
Newborn Coverage	As of date of birth subject to eligibility	
Incubator	Covered up to USD 30,000 per delivery	
Circumcision for Baby Boy	Covered if performed during Mother delivery's confinement	
Congenital Cases	- Baby Fidelity: Coverage is unlimited subject to medical eligibility - None Baby Fidelity: Coverage is up to USD 15,000 per year subject to a waiting period of 12 (twelve) months	
Internal Prosthesis		
Post-Accident	Covered 100% (excluding artificial limbs) provided that the below conditions are met: - Surgery is due to a covered accident occurring during the validity of the policy - Surgery took place immediately after the accident	
Post-Sickness	Class A: Up to USD 30,000 Per Year	Class B: Up to USD 30,000 Per Year Class K: Up to USD 20,000 Per Year
Organ Transplantation Surgery (excluding cost of Organ and Donor medical charges)	Class A: Up to USD 60,000 Per Year	Class B: Up to USD 40,000 Per Year Class K: Up to USD 20,000 Per Year
Kidney and Urinary System Diseases		
Kidney and Urinary Stones, Lithotripsy or surgical stone removal/ other kidney and urinary diseases	Covered subject to a waiting period of 12 (twelve) months	
Peritoneal Dialysis, Haemodialysis and Arterio-Venous Shunt related thereto	Not Covered except for the first three sessions of Dialysis due to acute renal failure delivered during the initial hospital admission and till discharge & subject to waiting period of 12 (twelve) months	

Miscellaneous		
Infertility	Tubal ligation, Varicocele, Vasectomy, Infertility tests and infertility In-patient treatments are covered up to USD 15,000 per insured per year subject to a waiting period of 12 (twelve) months from enrollment date. Cover excludes: IVF, EVF, AI, ICSI or any other artificial insemination procedure	
Epidemic/Pandemic	Covered in compliance with ICC decision number 80/LMD issued on 15/04/2020 and within the scope of the council of ministers' mobilization decision issued on 15/03/2020: * Total Maximum Limit per Insured/ per contractual period/ per case: USD. 30,000 * Maximum Number of Days: 21	
Mental & Psychiatric Diseases	Covered up to USD 15,000 excluding Nervous Breakdowns, Neurotic Disorders, Attention Deficit Disorders, Speech Therapy, Alzheimer	
Breast Reconstruction	Covered following partial or complete mastectomy due to breast cancer when the following conditions are met: - The excision surgery is initially covered by the policy - The reconstruction is done within a period of 6 (six) months from the excision and within validity of policy - Cost of Breast implant is covered under Prosthesis Limit	
Nose Related Surgeries	Covered subject to a waiting period of 24 (twenty four) months except for cosmetic surgeries	
Companion Coverage	One extra bed is covered for one parent accompanying a confined child aged below 18 years by the time he enters the hospital	
Repatriation of Mortal Remains	Covered up to USD 10,000 per year	Not covered
Burial & Morgue Expenses	Covered up to USD 2,000 provided death occurred during a covered hospitalization	
Bariatric Surgeries: - Waiting period 12 months - BMI> 40, Age>18	Class A: Up to USD 7,000 Per Year	Class B: Up to USD 5,000 Per Year Class K: Up to USD 3,000 Per Year
Sports other than Hazardous	- Covered when performed as amateur - Hazardous sports including but not limited to MotorCycling race, Deep Sea Diving, Delta Plane, Paragliding are not covered either if performed as amateur or professional	
Dental Treatment	Covered only if the below conditions are met: - Necessitated by a covered accident occurring during the policy's contractual period - Treatment should be performed within a maximum period of 6 (six) months from date of accident and within policy duration	
Sleep Disorders	Only polysomnography is covered after 12 (twelve) months from enrollment date. For Co-NSSF insured if patient is eligible, polysomnography coverage is up to 50%	
Home Care	Covered when replacing a covered hospitalization	
Local Ambulance Cost	Not Covered	
OUT-PATIENT (AMBULATORY)	UNLIMITED	
All Exclusions and/or waiting periods applicable to In-Hospital Plans are Applicable to Out-Patient Plans unless otherwise mentioned		
Diagnostic Tests (X-Rays, MRI, Scans, US and laboratory tests)	Covered	
Maternity Laboratory Tests	Covered subject to a waiting period of 6 (six) months (new & continuity)	
Ultrasound for Pregnant Woman	3 (three) obstetrical ultrasounds are covered as well as 1 (one) morphological US during pregnancy subject to a waiting period of 6 (six) months (new & continuity)	
Triple Test during Pregnancy	One (1) Triple Test OR One (1) Amniocentesis is Covered subject to a waiting period of 6 (six) months (new & continuity)	
Amniocentesis during Pregnancy		
Pet Scan	Covered for cancer cases	
Volume Computed Tomography or VCT 64	Covered	
Ocular Coherence Tomography (OCT)	Covered	
Pre-marital tests	Basic mandatory pre-marital tests are covered	
Physiotherapy, Laser Therapy (Except for Errors of Refraction and Sight Correction)	Covered	
STD and HIV tests	Covered under ambulatory only	

NOTES

A. Claims Settlement Procedure:

In-Patient Benefits:

Coverage Inside Lebanon

- **Coverage Inside Network:** Up to 100% as per policy terms and conditions.
- **Coverage Outside Network:** Up to 100% for emergency cases and up to 80% for elective cases on reimbursement basis as per Lebanese preferential tariff and subject to policy terms and conditions.

Coverage Outside Lebanon:

Class A:

Inside GCC: On reimbursement basis up to 100% for emergency cases and up to 80% for elective cases as per policy terms and conditions.

Outside GCC: On reimbursement basis up to 100% for emergency cases and up to 80% for elective cases as per Lebanese preferential tariff and as per policy terms and conditions.

Class B and K:

On reimbursement basis up to 100% for emergency cases and up to 80% for elective cases as per Lebanese preferential tariff.

For all Classes:

For members with NSSF cover, the coverage is up to 80% for both emergency and elective cases after the deduction of applicable Co-Payments and as per policy terms and conditions.

Ambulatory Benefits:

Coverage Inside Lebanon:

- **Coverage Inside Network:** Up to 100% as per policy terms and conditions.
- **Coverage Outside Network:** On reimbursement basis up to 80% according to Lebanese preferential tariff and subject to policy terms and conditions.

Coverage Outside Lebanon:

Class A:

Inside GCC: On reimbursement basis up to 80% as per policy terms and conditions.

Outside GCC: On reimbursement basis up to 80% according to Lebanese preferential tariff and as per policy terms and conditions.

Class B and K:

On reimbursement basis up to 80% according to Lebanese preferential tariff and as per policy terms and conditions.

B. Network of Providers:

The extensive list of contracted providers is available upon request from the Insurance Company or through NextCare website: www.nextcarehealth.com or through NextCare Mobile Application.



عقد تأمين فردي

للرعاية الصحية

حيث أن حامل البوليصة المذكور في الملحق هنا كان قد تقدم بطلب خطّي لتأمين صحي فردي، وحيث أن شركة Fidelity Assurance and Reinsurance Co. S.A.L (المشار إليها فيما يلي بالشركة) كانت قد راجعت هذا الطلب ووافقت على تغطية المنافع المحددة في البوليصة، ونظراً لهذا الطلب الذي يشكل أساس هذه البوليصة ويُخضع لدفع قسط التأمين كما هو منصوص عليه في الملحق، وافقت الشركة على تسديد كلفة المنافع العينية في ملحق البوليصة وجدول المنافع بحسب الحد المذكور في الشروط والأحكام والقيود والاستثناءات المنصوص عليها فيه وبموجبها. إثباتاً لذلك، وقعت الشركة على هذه البوليصة حيز التنفيذ وسري المفعول في التاريخ المشار إليه في ملحق البوليصة المرفق بهذه الوثيقة.

المسؤول الإداري المفوض

المدير العام



مكتب معالجة شكاوى التأمين: ١٩٩٩٠٦٩ لجنة مراقبة هيئات الضمان - وزارة الاقتصاد والتجارة

في حال وجود أية شكوى لم يجر حلها مع الشركة تتعلق بعقد التأمين أو ناتجة عن هذا العقد، يمكن للمضمون وأو المستفيد مراجعة لجنة مراقبة هيئات الضمان في وزارة الاقتصاد والتجارة على رقم الهاتف الذكور أعلاه والمخصص لتلقي ومعالجة شكاوى التأمين بغية حل تلك الشكوى بالطرق الإدارية والصلحية وتمكيناً للجنة من أداء مهامها.

تعريفات

بغية تنفيذ وتفسير بنود هذه البوليصة، تحمل الكلمات والعبارات التالية المعاني المحددة لها أدناه:

بطاقة الدخول:

بطاقة شخصية صادرة باسم كل مؤمن، تسهل له الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية التي تغطيها هذه البوليصة.

الإداري:

مسؤول الطرف الثالث NEXTCARE الذي تعاقدت معه الشركة للصرف باسمها وبالنهاية عنها لإدارة المطالبات وفقاً لشروط وأحكام البوليصة من خلال مكتبه أو مندوبيه.

يعمل مركز المطالبات الإداري بالإضافة إلى مندوبيه (الأطباء/الممرضات/الأخصاء الإداريين المحترفين) الموجودين في مختلف مراكز الرعاية الصحية، على:

- تزويد التوجيهات والمعلومات للمؤمن عليه؛

• دعم التنفيذ الشليم لشروط وأحكام البوليصة ومراقبتها؛

• التتحقق من الأهلية واتخاذ القرار باسم الشركة ونهاية عنها، سواء كان ذلك منح الموافقة على تغطية خدمة صحية معينة قيد النظر أم لا.

خطط العناية الصحية الفطبقة:

مجموعة منافع العناية الصحية المنصوص عليها في البوليصة بالإضافة إلى القيد والمستثنات والشروط الخاصة والميزات التي تمت الموافقة على تغطيتها خصيصاً في ملحق البوليصة وجدول المنافع.

1. المنافع الأساسية للرعاية الصحية:

• **ضمان التأمين مدى الحياة:** يمنع هذا الضمان الحق للمؤمن عليه في تجديد البوليصة سنوياً بغض النظر عن العمر أو أية حالة طبية قد تحدث خلال الفترة التعاقدية، دون أي زيادة على القسط السنوي غير مستوفية للمعايير ومخالفة للحالة الأساسية أو لأي تعديل خاص على المنافع المتبقية وذلك بحسب القرار رقم 186 التابع للجنة مراقبة التأمين.

• **الخطة الفردية الاستشفائية (IN):** تغطي الحالات التي تستلزم طيباً الإقامة في المستشفى لمدة 24 (أربع وعشرين) ساعة على الأقل.

2. المنافع الإضافية:

• **الخطة المتنقلة الخارجية (AMB):** تغطي الاختبارات التشخيصية والعلاجات التي لا تتطلب المكوث في المستشفى مثل الفحوصات المخبرية والأشعة والعلاج الفيزيائي والتلصيق بالرئتين المغناطيسي وغيرها ...

• **خطة الأدوية بموجب وصفة طبية (PM):** تغطي تكلفة الأدوية الموصوفة خارج فترة العلاج داخل المستشفى.

• **خطة زيارات الأطباء (DV):** تغطي تكلفة زيارات الأطباء التي تتم خارج فترة العلاج داخل المستشفى.

3. الشركة:

لها بالعمل في لبنان، مما يضمن تسديد المنافع وفقاً لشروط وأحكام البوليصة وأي ملحق مرفق بها.

4. تاريخ الإلغاء:

يتم تحديده في ملحق الإلغاء باليوم والشهر والسنة عند الساعة 12:00 (الثانية عشر) ظهراً بالتوقيت المحلي والذي يتوقف عنده غطاء التأمين. يمكن طلب الإلغاء من قبل حامل البوليصة أو الشركة.

5. الأمراض/الحالات الفرزنة:

أي مرض أو علة أو إصابة تتميز على الأقل بواحدة من الخصائص التالية: تشكل حالة دائمة أو طويلة الأمد؛ تتطلب علاجات مستمرة وأو متتابعات، والتي بالعموم لا علاج معروف أو محدد لها.

6. فئة/درجة الاستشفاء:

فئة التغطية التي اختارها المؤمن عليه والمذكورة في البوليصة والتي يستفيد بمحاجتها من العلاجات داخل المستشفى.

العادة 5: الأقساط

- الأقساط سنوية تدفع من قبل حامل البوليصة وفقاً للشروط والأحكام المحددة في ملحق البوليصة. وهي تشمل الرسوم والضرائب والطوابع المالية.
- إن دفع القسط بالكامل أو جزئياً (إيداع قسط التأمين) في وقت تقديم الطلب الأول أو طلب التجديد لا يلزم الشركة ولا يمثل قبولاً للطلب المقدم؛ لا تعتبر موافقة الشركة سارية إلا عبر الإصدار الرسمي للبوليصة الموقعة والمختومة.
- في حال عدم دفع حامل البوليصة لقسط التأمين كما هو متفق عليه منذ البداية مع الشركة، تصدر الشركة خطاباً تحذيرياً رسمياً للمطالبة بدفع القسط وفقاً للمادة 975 من قانون الموجبات والعقود.
- في حال عدم السداد بعد 10 (عشرة) أيام من تاريخ إصدار الخطاب، يحق للشركة إيقاف التغطية. بعد انقضاء هذه الفترة، وفي حال عدم إجراء عملية الدفع، يتبع على الشركة في غضون 20 (عشرين) يوماً إرسال خطاب إلغاء رسمي لحامل بوليصة التأمين.
- يتم احتساب المبالغ المسترددة، إن وجدت، على أساس كل حالة على حدة ووفقاً لتقدير الشركة.

العادة 6: المدة التعاقدية والتجديد

- الفترة التعاقدية لهذه البوليصة هي 12 (اثنا عشر) شهراً تقويمياً تبدأ من التاريخ المحدد في ملحق البوليصة.
- يتم إصدار طلب تجديد البوليصة وإرساله من قبل الشركة إلى حامل البوليصة قبل تاريخ انتهاءه.

- يبقى على حامل البوليصة إعلام الشركة بتأكيده التجديد خلال مدة أقصاها 30 (ثلاثون) يوماً من تاريخ انتهاء البوليصة ودفع الوديعة المعنية. وفي حال لم يبلغ حامل البوليصة الشركة بقراره بالتجدد خلال الفترة الزمنية المذكورة أعلاه، يخسر بعد ذلك ميزة التأمين لمدى الحياة وميزة الاستمرارية وقد يخضع لإعادة تقييم بناءً على تقدير الشركة.
- يستفيد حامل البوليصة والمعالون القانونيون من ضمان التأمين مدى الحياة وفقاً للشروط والأحكام التالية:
 - يتم تجديد البوليصة سنوياً مع مراعاة كل الأحكام القانونية والتعاقدية الحالية، ولا يجب على الشركة أن تأخذ في الاعتبار تفاصيل مرض أوإصابة المؤمن عليه بمرض في قرار التجديد.
 - من المتفق عليه والمفهوم أنه عند تاريخ بدء العمل بالبوليصة، أو خلال فترة المراقبة أو في حالة أي إعلان كاذب أو إغفال أو تكتم عن معلومات، تحتفظ الشركة بالحق في دراسة أي قبود أو إغفال أو تكتم عن المعلومات في كل تجديد للطلب، مع العلم أنه يمكن للشركة أن تتنازل عن هذه الشروط المحددةحسب تقديرها فقط.
 - بعد تقديم الطلب، يتم التعبير عن قيمة زيادة في أقساط التأمين بالنسبة المئوية وسيتم تطبيقها على جميع التجديدات اللاحقة إلا إذا قبلت الشركة التنازل عنها وفقاً لتقديرها الخاص.

- هـ. تحتفظ الشركة بحق إعادة دراسة البوليصة وإعادة النظر في شروط وأحكام البوليصة في الحالات التالية:
- طلب تغيير في المنافع (مثل تحسين الفئة، خطط و/أو منافع إضافية).
 - طلب التجديد لبعض المؤمن عليهم وإزالة آخرين دون سبب وجيه.

- و. تحتفظ الشركة بحق عدم تجديد البوليصة إذا لم يتم تسديد الأقساط المستحقة خلال الفترة المحددة من قبل الشركة.
- ز. تحتفظ الشركة بحقها في إدخال أي تعديل على كامل البوليصة أو على أي جزء منها في أي تاريخ تجديد (على سبيل المثال الشروط العامة والأقساط والجدول الزمني)شرط أن تطبق هذه التعديلات بالشروط عليها على جميع المؤمن عليهم الذين يقعون ضمن نفس فئة الاستشفاء.
- ح. يجوز لأي شخص مؤمن عليه خاضع لبند الحذف في المادة 11، أن يواصل تغطيته التأمينية بموجب خطة منفصلة وأن يستفيد من ميزة الاستمرارية إذا كانت التغطية بنفس شروط وتغطيات العقد السابق وإذا تم طلب ضمن الجدول الزمني المحدد.

العادة 7: إعلان كاذب وأي إغفال وأو تكتم عن المعلومات

- من المتفق عليه والمفهوم أن أي إعلان كاذب أو إغفال أو تكتم عن المعلومات قد قام به حامل البوليصة أو المؤمن عليه على نموذج الطلب قبل تاريخ الانتساب أو عند أي تجديد تكتشف الشركة في أي وقت، يؤدي إلى ما يلي:
- جعل البوليصة لاغية وباطلة من تاريخ بدء العمل بها دون أي حاجة لإشعار مكتوب أو إسترداد قسط التأمين.
 - يمكن تجاهل الإلغاء واستبداله بأي استثناء وأو سقف حسب الضرورة وذلك وفقاً لتقدير الشركة فقط.

بالإضافة إلى ما سبق، تجدر الإشارة إلى أن أي فترة صمت أو فترة سماح تؤذن بها الشركة بعد علمها بإعلان كاذب أو إغفال أو تكتم عن المعلومات، لتعني تنازلها عن حقها في رفض طلب التجديد أو تعديل شروط وأحكام البوليصة لاحقاً.

البوليصة، بإسمه أو نيابة عن المعالين القانونيين المدرجين في الطلب، بمجرد استلام وثائق البوليصة وبطاقات الدخول ذات الصلة.

د. يحق للشركة الاعتراض عند بدء العمل بالبوليصة ومراجعة شروطها خلال فترة المراقبة مع الأخذ بالاعتبار أن التقييم الأولي لن يكون ملزاً للتجديفات المستقبلية إلا إذا لم تعدل الشركة شروطها خلال هذه الفترة.

إذا جرى أي تعديل خلال فترة مراقبة مدتها 180 (مائة وثمانون) يوماً، يتعين على الشركة إبلاغ المؤمن عليه. وبالتالي يحق له إلغاء اتفاقية البوليصة خلال 15 (خمسة عشر) يوماً من تاريخ الإبلاغ عبر إرسال طلب رسمي مكتوب إلى الشركة. وفي حال انقضاء فترة 15 (خمسة عشر) يوماً ولم يبلغ المؤمن عليه الشركة برغبته بالإلغاء، تعتبر الموافقة على الشروط تلقائياً دون الحاجة إلى موافقة كتابية.

في حالة طلب الإلغاء، يحق للمؤمن عليه استرداد الأموال على أساس قسط نسيبي يتم احتسابه بعد خصم جميع الفرائض والطوابع وأية مدفوعات عن المطالبات التي تمت في إطار تغطية البوليصة.

العادة 2: النطاق العام للمنافع

في مقابل القسط الذي يدفعه حامل البوليصة، يتوجب على الشركة تغطية كل خدمات العناية الصدية المعتادة والتقلدية والمعقولة والمصاريف ذات الصلة التي تكتبهما المؤمن عليه بموجب خطة الرعاية الصحية المعمول بها أثناء سريان هذه البوليصة، والخاضعة لشروطها وأحكامها وأقيود والاستثناءات.

العادة 3: القيد العامة

1. الحد الإجمالي السنوي لتغطية الاستشفاء:
لا يوجد أي حد إجمالي سنوي مالي فيما يتعلق بمبلغ المطالبات التي تتحملها الشركة خلال فترة التعاقدية للبوليصة، ما لم يذكر خلاف ذلك بشكل محدد في ملحق البوليصة.

ومع ذلك، وبناءً على التفاصيل التي تم تلقيها وتقيمها أثناء الانتساب الأولى لمقدم الطلب، خلال فترة المراقبة وبعد أي إعلان كاذب أو تكتم عن معلومات، يمكن تطبيق حد أقصى إجمالي سنوي على كامل نطاق التغطية أو على أمراض محددة و/أو عن حالات ناتجة عن حادث.

2. حدود فرعية إجمالية لمنافع محددة:
تشير الحدود الفرعية الإجمالية السنوية إلى الحد الأقصى لمبلغ الأموال الذي تتحمله الشركة عن كل مؤمن عليه خلال فترة التعاقدية للبوليصة بالنسبة لمنافع محددة مذكورة في ملحق البوليصة و/أو جدول المنافع.

3. الحد الأقصى لقطاعات الاستشفاء في التأمين لمدى الحياة:
وفقاً لشروط وأحكام خاصة التأمين لمدى الحياة، يتم تغطية المؤمن لفترة استشفاء أقصاها 720 (سبعمائة وعشرون) يوماً ضمن حدود البوليصة والشروط والأحكام وما لم يتم ذكره أبداً قابلة للتطبيق وتحديدها في ملحق البوليصة.

4. العمر:
من المفهوم والمعتفق عليه أن آخرين للانتساب هو 65 (خمسة وستون) سنة ضمناً. يتم احتساب العمر على أساس آخر بعد ميلاد المؤمن عليه عند تاريخ سريان البوليصة.

5. نطاق التغطية الإقليمي:
تطبيقات التغطية التأمينية على المصادر الطبية المكتبة في لبنان والخارج وفقاً لشروط وأحكام والقيود والاستثناءات المنصوص عليها في هذا العقد.

6. التغطية الإضافية و/أو التكميلية:
في حالة الانتساب إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (Co-NSSF Plan) الذي حدده المؤمن عليه في ملحق البوليصة، يتوجب على الشركة تغطية الجزء المكمل لما يوفره مخطط الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي فقط والذي يساوي الفرق بالفترات عند الاقتضاء، والجزء المغطى المتبقي من النفقات الذي يتجاوز المبلغ الأساسي الذي يغطيه الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، حتى ولو لم يكن الصندوق متعاقداً مع مقدم الخدمات المعتمد وبغض النظر عما إذا كان المؤمن عليه قد قدم طلباً أو يستفيد من هذه التغطية أبداً.

في جميع الحالات الأخرى التي يستفيد بموجبها المؤمن عليه من التغطية الإضافية و/أو التكميلية، تم معالجة المطالبات كما هو موضح أعلاه.

العادة 4: تعديلات التغطية أو فئة الاستشفاء:

يسمح بإجراء تعديلات على فئة الاستشفاء و/أو المنافع، على أساس كل حالة على حدة ومشروطة بمكافحة الشركة، وذلك عند تاريخ تجديد البوليصة السنوي فقط وقد يخضع هذا التعديل لقسط إضافي عند الاقتضاء.

وبالتالي، تطبق التعديلات على الحالات المرضية السابقة ولحالات الأمومة. مدتها سنة واحدة للحالات المرضية السابقة ولحالات الأمومة.

كاستثناء خاص لما ذكر أعلاه وفقاً لتقديرها الخاص، يجوز للشركة قبول تعديل منافع البوليصة في أي وقت خلال فترة التعاقدية من Co-NIL إلى Co-NSSF والتغطية الصندوق عن فترات الانتظار المذكورة بشرط الحصول على دليل عن إلغاء تغطية الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

المادة 8: الاحتيال

إذا كانت أي مطالبة كاذبة أو احتيالية أو مبالغ فيها عن قصد أو في حال استخدام المؤمن عليه أو أي شخص يتصرف نيابة عنه لوسائل أو أجهزة احتيالية للحصول على منفعة بمحض هذه البوليصة، فإن الشركة لن تدفع أية منافع لهذه المطالبة.

وبالتالي، يصبح المبلغ المستحق لأي تسوية مطالبة تم إجراؤها قبل اكتشاف الفعل أو الإغفال الاحتيالي مستحقاً على الفور للشركة.

من المتفق عليه والمفهوم أن الشركة تحفظ بالحق في إلغاء البوليصة من تاريخ الانتساب دون أي إشعار أو استرداد لقسط التأمين في حالة وجود فعل احتيالي.

المادة 9: الغاء البوليصة

يمكن الغاء البوليصة على النحو التالي:

1. من قبل الشركة في الحالات المذكورة أدناه:

• عدم دفع القسط.

• إعلان كاذب وأ/إغفال وأ/وكتم عن المعلومات وأ/العمل الاحتيالي.

2. من قبل حامل البوليصة عند استلام الشركة طلب كتابي بالإلغاء وبطاقات التأمين، عند الاقتضاء، يحق لحامل البوليصة استرداد أقساط التأمين المتعلقة بالإلغاء والمستحقة من الشركة المحسوبة على النحو التالي:

• بعد خصم كل الضرائب والطوابع.

• على أساس تناسبى بدءاً من تاريخ الإلغاء وحتى تاريخ انتهاء البوليصة.

• بعد خصم كل المطالبات القائمة أو المدفوعة قبل تاريخ الإلغاء.

• يجب أن يكون تاريخ الإلغاء بعد تاريخ آخر مطالبة متعلقة بأي من المؤمن عليهم ضمن البوليصة.

المادة 10: إضافة مؤمن عليه جديد

يجب على حامل البوليصة أن يطلب إضافة الزوج /ة أو المولود الحديث إلى البوليصة، وذلك خلال فترة العقد ووفقاً للإجراءات الذي تحدده الشركة.

يجب على طلب الإضافة أن يتم بحسب الشروط التالية:

• أن يوضع ضمن فترة أقصاها 30 (ثلاثون) يوماً من الزواج أو ولادة طفل.

• أن يكون مرافقاً بداعي قسط التأمين المناسب مع العلم انه سيتم احتساب الأقساط للمولود الحديث.

• أن يكون مرافقاً بداعي قسط التأمين المناسب مع العلم انه سيتم احتساب الأقساط النسبية على أساس عمر مقدم الطلب، وفترة التغطية التي تبدأ من تاريخ الإنتساب وحتى تاريخ انتهاء صلاحية البوليصة ووفقاً لشروط وأحكام البوليصة.

• يجب أن يخضع للدراسة كما يجب أن توافق عليه الشركة.

المادة 11: Fidelity Baby: يعتبر أي طفل الولادة من أمومة مغطاة تابعاً لعقد التأمين المعروف بـ Fidelity Baby وسيستفيد وبالتالي من الشروط المطبقة على Baby Fidelity Baby، يتم احتساب الأقساط على النحو التالي:

• تصدر الإضافة مجاناً وفقاً للشروط والأحكام الحالية من تاريخ الولادة وحتى تاريخ انتهاء الفترة التعاقدية الحالية البوليصة بشرط أن يكون الوالدان مؤمنين في البوليصة.

• تخضع الإضافة إلى قسط التأمين المناسب على فترة التغطية وشروط وأحكام البوليصة في حال لم يكن الوالدان مؤمنين في البوليصة.

المادة 11: حذف المؤمن عليه

1. يجب إزالة أي شخص لم تعد تطبق عليه شروط المعال القانوني أو أي شخص قد توفي من البوليصة بإرسال إشعار خطى إلى الشركة.

2. يحق لحامل البوليصة استرداد أقساط التأمين المتعلقة بالإلغاء والمستحقة من الشركة والمحسوبة على النحو التالي:

• بعد خصم كل الضرائب والطوابع.

• على أساس تناسبى بدءاً من تاريخ الإلغاء وحتى تاريخ انتهاء البوليصة.

• بعد خصم كل المطالبات القائمة أو المدفوعة قبل تاريخ الإلغاء.

• يجب أن يكون تاريخ الإلغاء بعد تاريخ آخر مطالبة متعلقة بأي من المؤمن عليهم ضمن البوليصة.

المادة 12: التزام حامل البوليصة بالتسديد

يتوجب على حامل البوليصة تسديد كل مبالغ المطالبة للشركة والتي دفعتها هذه الأخيرة في الحالات التالية، على سبيل المثال لا الحصر:

1. أي دفعات لامبر لها (مثل الدفع المشترك).

2. إذا كانت الشركة دفعت ما يزيد عن حدود المنافع المنصوص عليها في البوليصة أو أي مطالبة مدفوعة عن طريق الخطأ مقابل حالات غير مغطاة.

3. إسأدة استخدام المنافع المنصوص عليها في البوليصة على النحو المفصل في المادة 8.

المادة 13: فقدان و/أو سوء استخدام بطاقة الدخول

في حالة فقدان بطاقة الدخول، يجب على المؤمن عليه إبلاغ الشركة على الفور؛ وفي حال عدم إبلاغها، يتحمل حامل البوليصة أية نفقات يتم تكبدها عند استخدام بطاقة الدخول المفقودة.

المادة 14: الأحلال

يتم إحلال الشركة في جميع الحقوق التي يتمتع بها المؤمن عليه ضد أي طرف ثالث مسؤول عن أي التزام و/or نفقات ناتجة عن أي حساب أو سبب. في هذه الحالة، يتعهد كل من حامل البوليصة والمؤمن عليه بمساعدة الشركة وإعانتها كما لو كانوا هم أنفسهم من المطالبين؛ في حال خرق هذا التعهد، يتوجب عليهم أن يسددوا للشركة كل مبالغ المطالبات المدفوعة.

المادة 15: إشعار

يجب إرسال جميع الإشعارات والتلبيفات عن طريق البريد المسجل أو خدمة البريد السريع؛ تعتبر مالحة وقانونية إذا تم إرسالها إلى عناوين الأطراف الواردة في ملحق البوليصة وفي الطلب الذي قدمه حامل البوليصة. يعتبر أي تغيير في العنوان غير فعال ما لم يتم إبلاغ الطرف الآخر به خطياً.

المادة 16: العناوين

تشكل العناوين الواردة في البوليصة مرجعاً فقط وليس المقصود منها تعريف، تحديد أو وصف نطاق أي من الأحكام الواردة.

المادة 17: اللغة

تم وضع هذا العقد في الأصل وصياغته باللغة العربية ثم تم ترجمته إلى الإنجليزية. لذلك، عند الشك في تفسير أي من أحكام هذا العقد باللغة الإنجليزية، يجب مراجعة النص العربي الأساسي.

المادة 18: المراجعات القانونية

يتم حل جميع النزاعات المتعلقة بتنفيذ هذه البوليصة أو تفسيرها أو إلغائها بين طرفي هذه البوليصة (أي الشركة وحامل البوليصة) من قبل المحاكم المختصة في بيروت، وفقاً للقانون اللبناني الشاري.

المادة 19: التنازل عن السرية الطبية

عند توقيع نموذج الطلب، يفوض الموقع أدناه، أي مستشفى أو طبيب أو أي شخص آخر عالجه أو أي من أفراد عائلته تقديم أي معلومات في حوزتهم عن أي علاج أو استشارة للشركة أو مماثلاتها، وتتضمن هذه المعلومات أي تاريخ شخصي وتاريخ سابق. وبالتالي، وبقدر ما يسمح به القانون، يجوز لأي شخص أو طبيب بأكمل سلطاته مشاركة جميع المعلومات المتعلقة بالتاريخ الطبي لمقدم الطلب وأ/أو المؤمن عليه مع الشركة وبناءً على طلبها.

الخطة الفردية الاستشفائية (IN)

1- نطاق تغطية منافع العناية الصحية الاستشفائية

تغطي الشركة منافع العناية الصحية داخل المستشفى التالية خلال الفترة التعاقدية للبوليصة شرط أن تكون معتادة وتقليدية ومعقولة وتتوافق لشروط وأحكام البوليصة واستثناءاتها.

1. علاج الحالات الطبية المغطاة بشرط أن تكون هذا الحالات غير قابلة للمعالجة دون إقامة في المستشفى لمدة لا تقل عن 24 (أربع وعشرون) ساعة.

2. كاستثناء خاص لما ذكر أعلاه، تتم تغطية أي إجراءات جراحية وأ/أو تقطيرية للحالات الطبية المغطاة، بالإضافة إلى العلاج الكيميائي وأ/أو العلاج الإشعاعي الذي لا يحتاج إلى إقامة ليلية في المستشفى، وذلك ضمن منافع المرضي الخاضعين لعلاج في المستشفى.

3. العلاجات الطارئة كما هو مشار إليها في القسم: التعريفات - حالات الطوارئ.

4. تكاليف سرير إضافي لأحد الوالدين لمرافقه الولد خلال استشفاءه على ألا يتجاوز عمر هذا الأثير 18 (ثمانية عشرة) سنة عند دخوله المستشفى.

5. يتم دفع مصاريف المشتركة والدفن في حالة وفاة المؤمن عليه من جراء حالة مرضية مغطاة شرط حصول الوفاة داخل المستشفى، وذلك بحد أقصى قدره 2,000 (ألفا) دولار أمريكي، ما لم ينص على خلاف ذلك في جدول المنافع.

يتم الدفع على أساس السداد وهو خاضع لما يلي:

• يتم خصم تكاليف المشتركة من الحد الفرعي المطبق

• على الورثة الشرعيين أن يقدموا للشركة خلال مدة أقصاها 60 (ستون) يوماً من تاريخ وفاة المؤمن عليه جميع المستندات المطلوبة، أي شهادة الوفاة وطلب رد مكتوب.

6. عمليات جراحية في العمود الفقرى، في رأس الجيوب الأنفية وعظام الحدبة وعواقبها.

7. إعادة التأهيل على أن يكون قد ادخل في منشأة معترف بها وحتى 60 (ستين) يوماً كحد أقصى لكل فترة تعاقدية للبوليصة.

يشمل نطاق منافع الإعادة إلى الوطن الحالات التالية: الإجلاء في حالات الطوارئ، إثناء السفر خارج لبنان في حال عدم توفر التسهيلات الطبية اللازمة؛ إعادة رفات الموتى بما في ذلك تكالفة النقل والتوثيق وإجراءات الازمة لشن رفات الشخص المؤمن عليه إلى لبنان.

لا تتم تغطية عملية زرع الأعضاء وجميع المضاعفات والنتائج المتربطة عنها إلا إذا كانت الحالات المرضية الكامنة مغطاة وذلك حتى الحد المذكور والموضح في جدول المنافع إذا كان المؤمن عليه هو المتقاضي.

9. تم تغطية علاجات العقم ، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، القيلة الدوالية، ربط البوّق، تكيس المبايض، والبطن الرحمي، بعد فترة انتظار تبلغ 12 (اثني عشر) شهراً من تاريخ الانتساب وحتى حد إجمالي سنوي للمنافع داخل المستشفى وللمنافع الخارجية كما هو محدد في جدول المنافع.

١٠. تتم تغطية علاج الإصابات والأمراض الناتجة عن مشاركة المؤمن عليه كهأو في أية رياضة غير خطيرة.

ومع ذلك، لا تشمل هذه التغطية أي مطالبة ناتجة عن مشاركة المؤمن عليه إن كان مختلفاً في أي من ال里اضات غير الخطرة أو مشاركته كهاو أو كمحترف في آية ياضة خطرة، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر: سباق السيارات أو الدراجات النارية، الغوص في أعماق البحار، الغطس، ركوب المركبات الصالحة لجميع الطرق ATV، القفز بالمظلات، الطيران الشراعي أو التحلق بطائرة دلتا والختلقي المظلي.

١١- **نفعية الاضطرابات العقلية أو النفسية و حتى حد إجمالي سنوي كما هو محدد في جدول المفاجع. لتشمل التغطية للأمراض العصبية وأضطرابات نقص الانتباه والحالات المرتبطة بالشيخوخة بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر مرض الزهايمر، وصعوبات التعلم بالإضافة إلى الحالات المتعلقة بتأقييم النطق، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر جلسات تقويم النطق وجميع المضاعفات والنتائج المترتبة عنها.**

12. تتم تغطية العمليات الجراحية لعلاج البدانة وجميع المضاعفات والنتائج المرتبطة عنها وفقاً للحدود المذكورة في حداو، المنافع وتتعرض لها بالـ:

- فترة انتظار مدتها 12 (اثنا عشر) شهراً للمؤمن عليه الجديد علمًا بأن الاستمرارية تلغي فترة الانتظار.
 - الضرورة الطبيعية والتأكد أن مؤشر كتلة الجسم عند المؤمن عليه يساوي 40 (أربعين) وما فوق.

- أن يكون المؤمن عليه قد بلغ عمر 18 (ثمانية عشرة) سنة وما فوق.
لا تشمل التغطية الهميات الغذائية الخاصة وإجراءات مراقبة الوزن غير المذكورة
سابقاً.

13. عطفاً على قرار لجنة مراقبة هيئات الضمان رقم 80 تاريخ 15/4/2020 وضمن إطار قرار التعيبة العامة الصادر عن مجلس الوزراء بتاريخ 15/12/2020، من المتفق عليه، انه على الرغم من وجود أي بند او شرط أو استثناء منصوص عليه في الأحكام العامة او الخاصة للبوليصة، تغطي بوليصة التأمين المتعاقد / او المضمون فيما يتعلق بجميع النفقات والمصاريف الطبية المعتادة والمألوفة والمعقولة التي تکبدتها المضمون طيلة الفترة التعاقدية للبوليصة والتاتحة عن انتشار الامراض الوبائية او التي تعتبر وبائية Pandemic/Epidemic، ولكن فقط بالنسبة الى الجر المصحى داخل المستشفى ووفقاً للشروط المحددة فيما يلى:

- لغايات تطبيق هذه التغطية، تعرف الامراض الوبائية او التي تعتبر وبائية Pandemic/Epidemic على انها الانتشار السريع المفاجئ لمرض معدى شديد الناجم عن مسببات الامراض المعدية المحددة (بما في ذلك جميع أنواع الفيروسات والبكتيريا والطفيليات وما إلى ذلك) الذي يؤثر بالتزامن على عدد كبير من الناس ضمن الأراضي اللبنانية، والذي أعلن رسمياً من قبل منظمة الصحة العالمية حصرياً على انه مرض وبائي او يعتبر وبائي مفاجئ واحد.

- يعَزِّزُ المعتقد والمأمول والمعقول على أنه علاج يتوافق مع المعايير المقبولة عموماً للممارسات والإجراءات والعمليات الطبية في لبنان، وفقاً للمبادئ التوجيهية المعتمدة من وزارة الصحة والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للإجراء العادي والمعتقد والمأولو / أو ممارسة القطاع الصحي القياسي.

- يُعرف الحجر الصحي داخل المستشفى بأنه أي علاج لا يمكن إجرائه ضمن تغطية العناية الصحية الخارجية والموصى به من قبل الطبيب المعالج المعترف به. هذا الحجر الصحي يجب أن يكون محدداً طبياً من قبل الطبيب المعالج لتشخيص أو علاج مرض وراثي أو الذي يعتبر وراثي المشمول بهذه البوليصة.

- بالنسبة لوالص التأمين الجديدة الصادرة عن الشركة للمتعاقد / او المضمون الجديد / او في حال اضافة اي مضمون جديد على البوليصة الحالية (مثلاً: الطفل، الزوج، الخ....)، تطبق فترة انتظار محددة بـ 21 (واحد وعشرين) يوماً. في حال تبين خلال فترة الانتظار ان المتعاقد / او المضمون مصاب بمرض وبائي او الذي يعتبر وبائي، لا تغطي شركة التأمين هذا المرض الوبائي او الذي يعتبر وبائي.

٢- حدود تغطية منافع العناية الصحية الاستشفائية

١. تتم تغطية المؤمن عليه ضمن فئة الاستثناء وحدودها كما هو محدد في ملحق الاليصنة وفي جدول المنافع.

2. في ما يتعلّق بالمؤمن عليهم الجدد، تصح التغطية الصحّيّة داخل المستشفى سارية بعد 30 (ثلاثين) يوماً من تاريخ بدء سريان البوليصة باستثناء الحوادث أو حالات الطوارئ والأفراد المستوفدين من الاستمرارية.

3. في حال الدخول إلى المستشفى خلال الفترة التعاقدية للبوليصة، والتي انتهت صلاحيتها بعد ذلك، تكون الشركة مسؤولة عن سداد الاستحقاقات وفقاً لشروط البوليصة السابقة لمدة 30 (ثلاثين) يوماً متواصلاً من العلاج داخل المستشفى بعد تاريخ انتهاء الصلاحية كحد أقصى.

4. استحقاقات الأمومة خاضعة لفترات الانتظار التالية:

- 9 (سبعين) أشهر اعتباراً من تاريخ انتساب المؤمن عليهم الجدد والمؤمن عليهم مع استمرارية عندما يكون الزوجان مؤمنين لدى الشركة.
 - 12 (اثنتا عشر) شهراً اعتباراً من تاريخ انتساب المؤمن عليهم الجدد والمؤمن عليهم مع استمرارية، عندما تكون الأم فقط مؤمنة عليها مع الشركة وشرط تقديم إثبات تأمين للزوج.
 - 24 (أربعة وعشرون) شهراً اعتباراً من تاريخ انتساب المؤمن عليهم الجدد وكذلك المؤمن عليهم مع استمرارية، عندما تكون الأم فقط مؤمنة عليها مع الشركة وعدم وجود إثبات تأمين للزوج.
 - أ. تتم تغطية عمليات الولادة الطبيعية والقيصرية وفُضائل الفترات الانتظار المذكورة أعلاه.
 - ب. تتم تغطية الإجهاض القانوني والإسقاط اعتباراً من اليوم الأول من فترة البوليسية شرط أن يكون الحمل قد حصل خلال فترة سريان البوليسية.
 - ج. عند تغطية الأمومة، لا تتم تغطية النفقات المتعلقة بمعالجة المولود الحديث إلا فيما يلي:
 - الإقامة في غرفة الحضانة أثناء إقامة الولادة في المستشفى والتي لا تتجاوز 6 (ستة) أيام.
 - استشارة واحدة لطبيب أطفال.
 - ختان الأطفال حديثي الولادة إذا أجريت العملية أثناء فترة إقامة الولادة في المستشفى من جراء الولادة نفسها.
 - تتكفل الشركة بتكليف الحاضنة الصناعية لغاية 30,000 (ثلاثين ألف) دولار أمريكي لكل ولادة بغض النظر عن إقامة الولادة في المستشفى وما لم ينص على خلاف ذلك في جدول المنافع.

• تغطية تكاليف الملايق الوليد

5. تم تغطية الحالات الخالقية المعرفة تحت قسم: التعريفات حسب السقف المحدد أدناه ما لم ينص على خلاف ذلك في جدول المنافع و/أو في ملحق البوليصة:

Fidelity Baby • غير محدود إلا في الحالات المكتبة.

- غير خاضع لـ Fidelity Baby:** حسب الحدود الواردة في جدول المنافع وتُخضع لفترة انتظار مدتها 12 (اثنا عشر) شهراً اعتباراً من تاريخ الانتساب في حال عدم توفر شروط الاستمرارية.

كاستثناء خاص لما ذكر أعلاه، يغطي المؤمن عليه اعتباراً من تاريخ الانتساب في حال توفر شروط الاستمرارية باستثناء حالات الفتق وكيس الغدة الدرقية.

6. تم تغطية البدائل الداخلية التي تُعرف بأي نوع استبدال لعضو أو طرف أو نسيج أو خلي أو وظيفة من وظائف الجسم البشري بما في ذلك البدائل القابلة للامتصاص، كما يلي:

أ. تم تغطية البدائل الناتجة عن العرض بما فيها علم سليل المثاليات الحص

الدعامات، التشييك المتعلق بجراحة الفتق، والبديل الاصطناعي للورك أو للركبة يحسب الحدود الواردة في جدول المنافع.

بـ. تتم تغطية البدائل الناتجة عن الحوادث باستثناء الأطراف الاصطناعية بنسبة 100٪ (مائة بالمائة) شرط استيفاء الشروط التالية:

- .ii. الحراحة ناتجة عن حادث مغطى حدث خلال فترة صلاحيّة البوليصة.
- .iii. أجريت العملية الجراحية فور وقوع الحادث أو في غضون فترة مبرأة أقصاها 6 (ستة) أشهر.

iii. مع مراعاة الرسوم المعتادة، التقليدية والمعقولة.

7. تم تغطية الإعادة إلى الوطن على أساس استرداد التكاليف بعد أقصى قدره 10,000 (عشرة آلاف) دولار للمؤمن عليهم من الفئة (أ) فقط ما لم ينص على خلاف ذلك في، حدها، المนาور.

أ- نطاق التغطية والحدود المالية:
إن نطاق التغطية والحدود المالية محددين كما يلي:

النطاق الجغرافي	وحدة العناية المركزة/ الحالات الشديدة	وحدة العناية التدريبية/ الحالات المعتدلة	الجناح/ الحالات الخفيفة
لبنان فقط	لبنان فقط	لبنان فقط	لبنان فقط
مجموع الحد الأقصى لكل مضمون لكل حالة خلال الفترة التعاقدية للبوليصة	30,000 د.أ.	30,000 د.أ.	30,000 د.أ.
الحد الأقصى لعدد الأيام	21	21	21
الحد الأقصى في اليوم للحجر الصحي في المستشفى خلال الفترة التعاقدية للبوليصة	1,500 د.أ.	600 د.أ.	800 د.أ.
شبكة مقدمي الخدمات الصحية المعتمدين ضمن شبكة الاداري المتعاقد مع الشركة والمتوافق عليهم من قبل وزارة الصحة تقديم علاج المرض الوابي او الذي يعتبر وابي المعني			
كما هو محدد في الشروط الخاصة			

يطبق نطاق التغطية والحدود المالية المحددة أعلاه كما يلي:

- وحدة العناية المركزة/ الحالات الشديدة: تحتاج هذه الحالات دخول المضمون إلى وحدة العناية المركزة مع التنبيب وجهاز التنفس.
- وحدة العناية التدريبية/ الحالات المعتدلة: تحتاج هذه الحالات دخول المضمون إلى وحدة العناية المركزة مع العزل، الا ان هذه الحالات لا تتطلب تنبيب أو جهاز للتنفس.
- الجناح/ الحالات الخفيفة: في حال تم دخول المضمون إلى المستشفى وتتطلب هذه الحالات العزل.
- ان الحد الأقصى في اليوم المحدد أعلاه يعتبر جزء من مجموع الحد الأقصى لكل مضمون لكل حالة خلال الفترة التعاقدية للبوليصة.
- ان مجموع الحد الأقصى وا/او الحد الأقصى المحدد في اليوم هي المبالغ المغطاة من قبل شركة التأمين بالإضافة الى أية مبالغ مغطاة من قبل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، عندما تكون هذه التغطية متوفرة. استناداً الى ذلك، يتوجب على المضمون الذي يستفيد من تغطية الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي ان يؤمن موافقة الصندوق على هذه التغطية.
- يشمل المبلغ الأقصى المحدد أعلاه الفحص المخبري إذا جاءت نتيجته إيجابية على أن يكون الحجر الصحي داخل المستشفى ضروري للمضمون.
- ان نطاق التغطية والحدود المالية المحددة أعلاه تطبق على كافة الامراض الوابية او التي تعتبر وابية خلال الفترة التعاقدية للبوليصة طالما ان الحدود المالية العامة المحددة في البوليصة لم يتم اتفاقها بالكامل من قبل المضمون.

ب- حدود واستثناءات خاصة:

- لا تغطي الشركة الحالات التالية والمضايقات والنتائج الناجمة عنها:
- نفقات الفحوصات الخارجية بما في ذلك الخدمات الصحية الخارجية واختبارات الفحص والأدوية والعلاج الوقائي واللقاحات والاستشارات الطبية.
- الحجر الصحي الإجباري خارج المستشفى/ علاج بالراحة/المصحة.
- أي مصاريف خاصة/ مدفوعة للإسعاف أو خدمات النقل الطبي.
- الرعاية المنزلية وأي نفقات مرتبطة بالنفقات الطبية المساعدة والمعدات الطبية في المنزل.
- الإعادة إلى الوطن، تكلفة المشرحة والدفن.
- آية نفقات متکبدة من قبل المضمون خارج لبنان.
- إن اي علاج لأى حالة طبية، بما في ذلك الولادة والمضايقات الطبية الناشئة عنها أو أثناء فترة الحجر الصحي في المستشفى لأى مرض وبائي او الذي يعتبر وبائي، يخضع لنفس الحدود المالية المحددة في نطاق التغطية أعلاه.
- جميع الأمراض المعدية المزمنة أو بطيئة الانتشار بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر الإيدز والتهاب الكبد والسل وعدوى فيروس الورم الليمي البشري، إلخ....
- الأولئـة الناتجة عن الأسلحة البيولوجية والإرهاب.
- النفقات التي لا يمكن اثبات أنها ناتجة عن المرض الوابي او الذي يعتبر وابي.

III- استثناءات تغطية منافع العناية الصحية الاستشفائية:
يتم استثناء علاجات الحالات التالية وجميع المضايقات والنتائج المترتبة عنها من تغطية منافع العناية الصحية الاستشفائية:

1. جميع الفحوصات الطبية الروتينية وجميع خدمات الرعاية الصحية الخارجية وغير المشمولة على وجه التحديد في إطار خطة الرعاية الصحية المعتمد بها، والممعروفة باسم خدمات الرعاية الصحية (مثل الاختبارات التشخيصية والعلاجات) التي لا تتطلب الدخول إلى المستشفى، مثل الخدمات التي تتم في مكتب الطبيب، أو عيادة أو مركز طبي أو مرفق مستشفى خارجي.

2. مصاريف الإسعاف الجوي والإسعاف البري.

3. أي استثناء أو علاج غير إلزامي طيباً.

4. علاج الحساسية المزمنة مع العلم أن تغطية الربو تتم بعد فترة انتظار 12 (اثنا عشر) شهراً.

5. اضطرابات النوم، بما في ذلك الشخير وتوقف التنفس أثناء النوم وجميع المضايقات والنتائج المترتبة عنها باستثناء التصوير الشعاعي الموجي Polysomnography، والذي تتم تغطيته بعد فترة انتظار 12 (اثني عشر) شهراً ولمرة واحدة فقط. إذا كان المؤمن عليه يتمتع بخطة Co-NSSF Polysomnography بنسبة تصل إلى 50% (خمسين بالمائة).

6. جميع الحالات الجنينة وأ/أو الوراثية وجميع المضايقات والنتائج المترتبة عنها، بالإضافة إلى الاختبارات الجنينية والهندسة الوراثية والاستنساخ.

7. المعالجة الديناميكية بالضوء (مثل Verteporfin). (Verteporfin).

8. تستثنى التغطية خلال الفترة التعاقدية الأولى جميع الحالات الموجودة مسبقاً غير المعروفة بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر:

- أمراض أو جراثيم الرباط أو الغضروف المفصلي (ما لم يكن ذلك مصحوباً بإصابة عرضية مغطاة)، الكيس الدرقي، الفتق، فرس العاومون الفقري، بطانة الرحم، النفق الرسغي، ال بواسير، المراة، القرحة، استئصال اللوزتين، شلل الأطفال، أمراض الكلى والمسالك البولية (باستثناء Baby Fidelity الذي يجب تغطيته اعتباراً من اليوم الأول)، جراحة الشبكية، استئصال الزجاجية، البروستات، إعتام عدسة العين، استئصال الغشاء الزيليلي واستئصال الرحم، حالات السرطان وأمراض القلب.

يعتبر هذا الاستثناء ملغى إذا تم تجديد بوليصة المؤمن عليهم بنفس الشروط والأحكام.

9. تستثنى التغطية خلال الفترتين التعاقديتين الأولى والثانية الحالات التالية:

- انحراف الحاجز الأنفي أو أي علاج جراحي مرتبط بالألفن (ما لم يكن بسبب حادث مغطى خلال الفترة التعاقدية لهذه البوليصة). يخضع هذا العلاج لموافقة مسبقة من شركة الإدارية (NEXTCARE).

- يعتبر هذا الاستثناء ملغى إذا تم تجديد بوليصة المؤمن عليهم بنفس الشروط والأحكام لمدة سنتين متتاليتين.

10. تم تغطية علاجات أمراض القلب بعد فترة انتظار مدتها 12 (اثنا عشر) شهراً، مع الإشارة إلى أنه سيتم تغطية TAVI وفقاً لإرشادات Euroscore II.

11. تكلفة العضو المزروع وأي تكلفة متعلقة بالمانع.

12. حقن الحيوانات المنوية (In-Vitro)، والحقن الخارج (Ex-Vitro) والحقن المهرجي وأي إجراءات تلقيح أخرى وجميع المضايقات والنتائج المترتبة عنها.

13. تكلفة وعلاج أمراض الشلل الرعاشى باركنسون وجميع المضايقات والنتائج المترتبة عنه.

14. يستثنى غسيل الكلى البريطاني، والدיאال الدموي، والتحويلة الشربانية الوريدية المرتبطة به وجميع المضايقات والنتائج المترتبة عنه باستثناء الدورات الثلاث الأولى من غسيل الكلى بسبب الفشل الكلوي الحاد الذي يحصل خلال الدخول الأولي إلى المستشفى وحتى الخروج.

15. العلاج الطبي أو الجراحي للأسنان والثلاة (اضطرابات المفاصل الصدغي الفكي). كاستثناء خاص لما سبق، يمكن تغطية العلاج إذا تم استيفاء الشروط التالية بشكل مشترك:

- العلاج ضروري بعد وقوع حادث مغطى خلال الفترة التعاقدية للبوليصة.

- يجب تقديم العلاج خلال مدة أقصاها 6 (ستة) أشهر من تاريخ وقوع الحادث وخلال فترة سريان البوليصة.

- موافقة مسبقة من شركة الإدارية (NEXTCARE).

16. الجراحة التجميلية. كاستثناء خاص لما سبق، يمكن تغطية العلاج إذا تم استيفاء الشروط التالية بشكل مشترك:

- العلاج ضروري بعد وقوع حادث مفاجئ خلال فترة التعاقدية للبوليصة.
- يجب تقديم العلاج خلال مدة أقصاها 6 (ستة) أشهر من تاريخ وقوع الحادث وخلال فترة سريان البوليصة.
- موافقة مسبقة من شركة الإدارة (NEXtCARE).

17. أمراض الأعضاء التناسلية النسائية باستثناء كيس المبيض غير الخلقي وتليف الرحم. يعتبر هذا الاستثناء لاغياً بعد فترة انتظار مدتها 12 (اثنا عشر) شهراً من تاريخ الانتساب علماً أن ميزة الاستمرارية تزيل فترة الانتظار.

18. جراحة إعادة بناء الثدي بعد استئصال كامل أو جزئي للثدي ناتج عن سرطان الثدي. كاستثناء خاص لما سبق، تتم تغطية إعادة بناء الثدي إذا تم استيفاء الشروط التالية بشكل مشترك:

- كانت عملية الاستئصال مغطاة أساساً في البوليصة.
- تتم عملية إعادة بناء الثدي خلال فترة أقصاها 6 (ستة) أشهر اعتباراً من جراحة الاستئصال وخلال فترة سريان البوليصة.
- يتم تغطية البدائل ضمن سقف منافع البدائل الناتجة عن المرض المنصوص عنه.

19. الأمراض المنقولية جنسياً وجميع المضاعفات والنتائج المرتبطة عنها بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر مرض نقص المناعة المكتسبة (إيدز)، فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، التهاب الكبد (Hepatitis A) باستثناء A.

20. الانتحار أو التدمير الذاتي أو الإصيabات المتعمدة أو أي محاولة متعمدة سواء كان المضمون بوضع عقلي سليم أم لا.

21. علاجات الراحة، الإقامة في المصادر، العناية بالخلوة، رعاية الحضانة وفترات الحجر الصحي وتوكيل النقاوه حتى لو كان العلاج الأولي في المستشفى مفطى بموجب البوليصة.

22. تعاطي الكحول والمهدرات والمواد المماثلة، والإدمان على الأدوية وتعاطيها دون إشراف طبي وجميع العواقب الناتجة عن ذلك.

23. الطب البديل بما في ذلك العلاج بتقويم العمود الفقري، تقويم العظام، الوزن بالإبر، الأبيوريفيدا والمعالجة بالمواد الطبيعية.

24. الإجراءات المتعلقة بتغيير الجنس، المنتجات المنشطة جنسياً، وعلاجاته وإجراءاته.

25. أي علاج أجراه طبيب غير مرخص له بالعمل في البلد الذي يتم فيه إجراء العلاج أو أجراه أحد أفراد العائلة.

26. الاختبارات أو العلاجات غير العادلة التي تعتبر تحريرية وفقاً لتقدير الشركة و/أو الإدارة. كاستثناء خاص لما سبق، تتم تغطية عمادات Ligasure وحقائب استرجاع العينات Endopouch بحسب الضرورة الطبية وفي العمليات الجراحية الكبرى.

27. أية إصابة تطال المؤمن عليه الذي يخدم في أي جهاز عسكري أو على صلة بأي نوع من القوات المسلحة أو يتبع لها أثناء أشطة الحرب، والمطالبات الناشئة عن قيام المؤمن عليه بدور نشاط في أي من الأحداث التالية: الحرب، الأنشطة الحربية، الإضراب المدني، العداون، الجرائم والجح.

28. المطالبات الناشئة عن قيام المؤمن عليه بدور نشاط في الإرهاب والاغتيالات والاعتداء الشخصي والعدواني وأي عمل مشابه.

29. المطالبات الناتجة عن الإشعاعات المؤينة والتلوث الكيميائي أو النووي أو تسرب المواد السامة.

30. المطالبات الناتجة عن استخدام المؤمن عليه الدرجة النارية كوسيلة تنقل.

31. أي قيود و/أو استثناءات خاصة لكل مؤمن عليه منصوص عليها في قائمة التعداد أو البوليصة أو ملحق.

2. العلاجات
العلاجات بواسطة أشعة الليزر غير تلك المستخدمة لتصحيح البصر، والعلاج الفيزيائي حسب الضرورة الطبية، والعلاج الدركي.

3. رسوم الطبيب
تم تغطية رسوم الطبيب المتعلقة بالإختبارات المتخصصة تقنياً، على أن تتم في نفس المنشآت التي أجري الاختبار فيها.

II- حدود تغطية منافع الخطة المتنقلة الخارجية
تغطي الشركة مصاريف العناية الصحية الخارجية المقدمة من قبل مركز مشاركون حسب الشبكة المختارة بنسبة تصل إلى 100٪ (مائة في المائة) أو 85٪ (خمسة وثمانين بالمائة) وفقاً للخطة المتنقلة.

III- استثناءات تغطية منافع الخطة المتنقلة الخارجية
1. إن جميع الاستثناءات المطبقة على خطة الاستشفاء تطبق على خطة المنافع الخارجية.

2. باستثناء خاص لما ورد أعلاه، تتم تغطية اختبارات الأمراض المنقولية جنسياً (فيروس نقص المناعة البشرية والتهاب الكبد من النوع باءB) (Hepatitis B).

3. زيارات الطبيب.

4. الاختبارات التشخيصية لأغراض الفحص الطبي وأو الفحوصات الروتينية.

5. اختبارات التشخيص لأغراض العمل أو السفر.

6. الاختبارات المتعلقة بالقدرة البصرية، قصر النظر، مَد النظر، الاستجماتيزم.

7. اختبارات الحساسية باستثناء Total IGE المفطى.

خطة زيارات الطبيب (DV)

A- نطاق تغطية منافع زيارات الطبيب
تغطي الشركة في منفعة زيارات الطبيب المصاريف والرسوم المتعلقة بالخدمات الطبية والإجراءات التي يقدمها الطبيب.

II- حدود تغطية منافع زيارات الطبيب
لا يمكن شراء خطة زيارات الطبيب إلا عند شراء الخطة الفردية الاستشفائية والخطة المتنقلة الخارجية.

تم تغطية فوائد زيارات الطبيب المنصوص عليها أعلاه بنسبة تصل إلى 100٪ (مائة في المائة) أو 85٪ (خمسة وثمانين بالمائة) بحسب المنتج الذي تم اختياره.

III- استثناءات تغطية منافع زيارات الطبيب
إن جميع الاستثناءات المطبقة على خطة الاستشفاء تطبق على خطة زيارات الطبيب.

خطة الأدوية بموجب وصفة طبية (PM)

A- نطاق تغطية منافع الأدوية بموجب وصفة طبية
تغطي الشركة بموجب خطة الأدوية الموصوفة عند اختيارها، الأدوية التي يصفها الطبيب المعالج للمضمون والتي هي مرخص بها ومسعرة من قبل وزارة الصحة في لبنان.

II- حدود تغطية منافع الأدوية بموجب وصفة طبية
لا يمكن شراء خطة الأدوية بموجب وصفة طبية إلا عند شراء الخطة الفردية الاستشفائية، الخطة المتنقلة الخارجية وخطة زيارات الطبيب.

تغطي الشركة الأدوية المعطاة بموجب وصفة طبية من قبل مركز مشاركون بنسبة 100٪ (مائة في المائة) أو 85٪ (خمسة وثمانين بالمائة) حسب الخطة المختارة ووفقاً للتكلفة الرسمية للدواء.

16. الجراحة التجميلية. كاستثناء خاص لما سبق، يمكن تغطية العلاج إذا تم استيفاء الشروط التالية بشكل مشترك:

- العلاج ضروري بعد وقوع حادث مفاجئ خلال فترة التعاقدية للبوليصة.
- يجب تقديم العلاج خلال مدة أقصاها 6 (ستة) أشهر من تاريخ وقوع الحادث وخلال فترة سريان البوليصة.
- موافقة مسبقة من شركة الإدارة (NEXtCARE).

17. أمراض الأعضاء التناسلية النسائية باستثناء كيس المبيض غير الخلقي وتليف الرحم. يعتبر هذا الاستثناء لاغياً بعد فترة انتظار مدتها 12 (اثنا عشر) شهراً من تاريخ الانتساب علماً أن ميزة الاستمرارية تزيل فترة الانتظار.

18. جراحة إعادة بناء الثدي بعد استئصال كامل أو جزئي للثدي ناتج عن سرطان الثدي. كاستثناء خاص لما سبق، تتم تغطية إعادة بناء الثدي إذا تم استيفاء الشروط التالية بشكل مشترك:

- كانت عملية الاستئصال مغطاة أساساً في البوليصة.
- تتم عملية إعادة بناء الثدي خلال فترة أقصاها 6 (ستة) أشهر اعتباراً من جراحة الاستئصال وخلال فترة سريان البوليصة.
- يتم تغطية البدائل ضمن سقف منافع البدائل الناتجة عن المرض المنصوص عنه.

19. الأمراض المنقولية جنسياً وجميع المضاعفات والنتائج المرتبطة عنها بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر مرض نقص المناعة المكتسبة (إيدز)، فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، التهاب الكبد (Hepatitis A) باستثناء A.

20. الانتحار أو التدمير الذاتي أو الإصيabات المتعمدة أو أي محاولة متعمدة سواء كان المضمون بوضع عقلي سليم أم لا.

21. علاجات الراحة، الإقامة في المصادر، العناية بالخلوة، رعاية الحضانة وفترات الحجر الصحي وتوكيل النقاوه حتى لو كان العلاج الأولي في المستشفى مفطى بموجب البوليصة.

22. تعاطي الكحول والمهدرات والمواد المماثلة، والإدمان على الأدوية وتعاطيها دون إشراف طبي وجميع العواقب الناتجة عن ذلك.

23. الطب البديل بما في ذلك العلاج بتقويم العمود الفقري، تقويم العظام، الوزن بالإبر، الأبيوريفيدا والمعالجة بالمواد الطبيعية.

24. الإجراءات المتعلقة بتغيير الجنس، المنتجات المنشطة جنسياً، وعلاجاته وإجراءاته.

25. أي علاج أجراه طبيب غير مرخص له بالعمل في البلد الذي يتم فيه إجراء العلاج أو أجراه أحد أفراد العائلة.

26. الاختبارات أو العلاجات غير العادلة التي تعتبر تحريرية وفقاً لتقدير الشركة و/أو الإدارة. كاستثناء خاص لما سبق، تتم تغطية عمادات Ligasure وحقائب استرجاع العينات Endopouch بحسب الضرورة الطبية وفي العمليات الجراحية الكبرى.

27. أية إصابة تطال المؤمن عليه الذي يخدم في أي جهاز عسكري أو على صلة بأي نوع من القوات المسلحة أو يتبع لها أثناء أشطة الحرب، والمطالبات الناشئة عن قيام المؤمن عليه بدور نشاط في أي من الأحداث التالية: الحرب، الأنشطة الحربية، الإضراب المدني، العداون، الجرائم والجح.

28. المطالبات الناشئة عن قيام المؤمن عليه بدور نشاط في الإرهاب والاغتيالات والاعتداء الشخصي والعدواني وأي عمل مشابه.

29. المطالبات الناتجة عن الإشعاعات المؤينة والتلوث الكيميائي أو النووي أو تسرب المواد السامة.

30. المطالبات الناتجة عن استخدام المؤمن عليه الدرجة النارية كوسيلة تنقل.

31. أي قيود و/أو استثناءات خاصة لكل مؤمن عليه منصوص عليها في قائمة التعداد أو البوليصة أو ملحق.

المنافع الإضافية

الخطة المتنقلة الخارجية (AMB)

A- نطاق تغطية منافع الخطة المتنقلة الخارجية
تغطي الشركة في إطار الخطوة المتنقلة الخارجية (AMB)، فحوصات التشخيص والعلاجات - عدا الأدوية - المذكورة أدناه شرط ان تكون مبررة طبياً ولا تتطلب المكوث في المستشفى.

1. فحوصات التشخيص
الأشعة (Radiology)، المغرايس (CT-SCAN)، التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI)، التصوير بالموجات فوق الصوتية (Ultrasonography).
الفحوصات المخبرية بما في ذلك فحوصات قبل الزواج الإلزامية الأساسية

- يتم تعويض المبالغ المستددة من قبل المتعاقد للعلاجات غير الطارئة في دول مجلس التعاون الخليجي بنسبة تصل إلى 80٪ (ثمانين بالمائة) بحسب تعرفة دول مجلس التعاون الخليجي ووفقاً لشروط وأحكام البوليسة.
- يتم تعويض المبالغ المستددة من قبل المتعاقد للعلاجات الطوارئ داخل المستشفى في دول مجلس التعاون الخليجي بنسبة تصل إلى 100٪ (مائة بالمائة) بحسب تعرفة دول مجلس التعاون الخليجي ووفقاً لشروط وأحكام البوليسة.

تجدر الإشارة إلى أنه سيتم التعويض للأعضاء المؤمن عليهم ضمن خطة Co-NSSF بنسبة 80٪ (ثمانين بالمائة) بعد خصم "الدفع المشترك" المنصوص عليه أعلاه.

- يتم تعويض المبالغ المستددة من قبل المتعاقد للعلاجات الخارجية عند اختيارها في دول مجلس التعاون الخليجي بنسبة تصل إلى 80٪ (ثمانين بالمائة) بحسب تعرفة دول مجلس التعاون الخليجي بعد خصم "الدفع المشترك" المطبق وفقاً لخطة التغطية المختارة ووفقاً لشروط وأحكام البوليسة.

- يتم تعويض المبالغ المستددة من قبل المتعاقد لزيارات الطبيب عند اختيارها في دول مجلس وفقاً لشروط وأحكام البوليسة.

- يتم تعويض المبالغ المستددة من قبل المتعاقد للأدوية الموصوفة عند اختيار المنتج في دول مجلس التعاون الخليجي وفقاً للتغطية الرسمية للأدوية في دول مجلس التعاون الخليجي بعد خصم "الدفع المشترك" المطبق ووفقاً لشروط وأحكام البوليسة.

ii. العلاجات في لبنان عند أي من مقدمي الخدمة غير المشاركين أو في الخارج:

- يتم تعويض المبالغ المستددة من قبل المتعاقد للعلاجات غير الطارئة داخل المستشفى بنسبة تصل إلى 80٪ (ثمانين بالمائة) من التعريفات التقاضية المطبقة على الشركة في مستشفى مشارك مماثل في لبنان عند دفع النفقات مع الملاحظة أنه يجب الحصول على موافقة مسبقة على التغطية من خلال شركة الادارة (NEXtCARE) يؤدي عدم التماس الموافقة المسبقة إلى إلغاء حق المؤمن عليه في آية إعادة تسييد.
- يتم تعويض المبالغ المستددة من قبل المتعاقد للعلاجات الطارئة داخل المستشفى بنسبة تصل إلى 100٪ (مائة بالمائة) من التعريفات التقاضية المطبقة على الشركة في مستشفى مشارك مماثل في لبنان عند دفع النفقات.

في حال أدت المعالجة الطارئة إلى دخول المستشفى، يجب على المؤمن عليه إبلاغ الشركة في مهلة أقصاها 48 (ثمانين وأربعون) ساعة من الدخول. يؤدي عدم القيام بذلك إلى إلغاء حق المؤمن عليه في أي تعويض.

- يتم تعويض المبالغ المستددة من قبل المتعاقد للعلاجات الخارجية عند اختيارها بنسبة تصل إلى 80٪ (ثمانين بالمائة) من التعريفات التقاضية المطبقة على الشركة في مستشفى مشارك مماثل في لبنان عند دفع النفقات مع الملاحظة أن التعويض يتم بعد تطبيق خطة التأمين المشترك في حال وجوده.

- يتم تعويض المبالغ المستددة من قبل المتعاقد لزيارات الأطباء عند اختيارها حسب شروط وأحكام البوليسة مع مراعاة منتج الدفع المشترك عند وجوده.
- يتم تعويض المبالغ المستددة من قبل المتعاقد للأدوية الموصوفة عند اختيارها وفقاً للتغطية الرسمية للأدوية في لبنان مع مراعاة ناتج الدفع المشترك عند وجوده.

ج. إجراءات تعويض المبالغ المستددة من قبل المتعاقد:

في جميع الحالات، يجب توجيه طلب رسمي لاسترجاع المبالغ المستددة مباشرة إلى الشركة مع جميع المستندات المطلوبة (فاتورة مفصلة وإيصال يؤكد المبلغ بالإضافة إلى تسديد الفاتورة، تقرير التسريح، التقارير والفحوصات الطبية والوثائق بأي من اللغات العربية أو الإنجليزية أو الفرنسية) إما بنسخ مطبوعة أو على عنوان البريد الإلكتروني التالي: Rl.claims@fidelity.com.lb وذلك الإطار الزمني أدناه:

- 15 (خمسة عشر) يوماً من تاريخ الخروج من المستشفى إذا تم تقديم خدمات الرعاية الصحية في لبنان.

• 30 (ثلاثون) يوماً من تاريخ الخروج إذا تم تقديم خدمات الرعاية الصحية خارج لبنان على أن يكون المؤمن عليه قد التزم بدقة بالإجراءات المعمول بها والتي حددها مركز المطالبات.

- في جميع الحالات الطارئة، قد يتم الدفع على شرط إضافي يتمثل في إبلاغ مركز المطالبات بحالة الاستشفاء خلال 48 (ثمانية وأربعين) ساعة من الدخول. يتم تسديد جميع المطالبات التي تم تكبدها بعملات أجنبية بالليرة اللبنانية وذلك حسب تسعيرة الصرف الرسمي المطبق في تاريخ العلاج أو الخروج من مكان تقديم الخدمات، حيث يتم إثبات هذا التاريخ من خلال الفاتورة.

تقصر كمية الأدوية الموصوفة المشمولة في كل معاملة على الحاجة الطبيعية والعاديّة والتقلديّة لمدة أقصاها شهر واحد على التوالي من العلاج. تتم تغطية الأدوية الموصوفة لعلاج الأمراض المزمنة وفقاً لشروط وأحكام البوليسة وفقاً لشروط الحالات المرضية السابقة.

III- استثناءات تغطية منافع الأدوية بموجب وصفة طبية

1. إن جميع الاستثناءات المطبقة على خطة الاستشفاء تطبق على خطة الأدوية بموجب وصفة طبية.

2. الأدوية المتوفرة بدون حاجة إلى وصفة طبية (مثل: الأدوية التي تباع عند الصناديق، مستحضرات التجميل وما شابه، الفيتامينات، المنتجات التي تحتوي على مواد معدنية، المستلزمات الشخصية، المنتجات المخصصة للعناية بالشعر والمنتجات الصحية المنزلية والمشابهة لها).

3. مواد التنظيف (مثل: الديتول، الميلتون، البريسبيت، الصابون، الكريمات ...).

4. جميع المنتجات الخاصة بالعناية بالأسنان واللثة (منتجات العلاجات الصحية ...).

5. جميع المنتجات المنشطة جنسياً، المنشطات وتعاطي المخدرات بشكل غير قانوني.

6. جميع منتجات وأدوية منع الحمل، علاج العقم، العجز وإنعدام الخصوبة.

7. جميع منتجات وأدوية علاج الأضطرابات النفسية، المنتجات الأمفيتامينية والمنتجات المؤثرة في المزاج على سبيل المثال المنتجات المزيلة للقلق والمهدنة للأعصاب.

8. منتجات الحمية الغذائية بما في ذلك الحليب.

9. منتجات العناية بالجلد غير تلك المتعلقة بعلاج الأمراض المعدية أو نتيجة حادث.

10. جميع الأدوية والأجهزة المتعلقة بتصحيح السمع أو البصر (مثل: العدسات، النظارات والمنتجات المانعة للانعكاس) وجميع المنتجات التي تستخدم لتنظيفها وصيانتها.

11. جميع الأدوية التي تستعمل لعلاج الأمراض المتنقلة جنسياً، فيروس نقص المناعة البشرية، الإيدز والتهاب الكبد غير التهاب الكبد من النوع ألف (Hepatitis A).

12. أي مادة لا تعتبر دواء لعلاج مرض ما يهدد حالة المؤمن عليه صحياً.

دفع المطالبات

1. التسديد المباشر:

على شركة الإدارة التي تتصرف باسم الشركة ونيابة عنها، أن تحدد المبلغ المراد تغطيته أو أن ترفض التغطية بناءً على تقييم الحالة، وفقاً لشروط وأحكام البوليسة واستثناءاتها. وتبلغ شركة الإدارة أو المذوب عنها المؤمن عليه وأو مقدم الخدمات بقرار التغطية. يتم الدفع المعتمد مباشرةً بين شركة الإدارة ومقدم الخدمات المشارك.

A. في الحالات الطارئة: في حال العلاج الطارئ كما هو محدد في فقرة التعريفات أعلاه، سواء كان ذلك يتطلب إقامة ليلية أم لا، يتوجب على المؤمن عليه أن يطلب موافقة فورية على التغطية عن طريق تقديم بطاقة التأمين والهوية الخاصة به إلى المستشفى.

B. في الحالات غير الطارئة: في حالة أي علاج غير طاري، يجب على المؤمن عليه التأكد من الحصول على موافقة الإداري قبل استخدامه من خدمة الرعاية الصحية المقطأة من خلال تقديم التقرير الطبي الخاص للدخول إلى الإداري.

من المتفق عليه والمفهوم أن ما ورد أعلاه ينطبق فقط على مقدمي الخدمات المشاركون في الأراضي اللبنانية.

2. تعويض المبالغ المستددة من قبل المتعاقد:

A. حالات تعويض المبالغ المستددة من قبل المتعاقد: قد يتم تعويض المؤمن عليه إجراء استثنائي عن الرسوم والنفقات الإجمالية أو الجزئية لمنافع الرعاية الصحية المشمولة بموجب هذه البوليسة في الحالات التالية:

i. استثناء قدمه المؤمن عليه لموافقة رفضت سابقاً لدى مقدم خدمات مشارك.

ii. علاجات العناية الصحية الاستشفائية وعلاجات العناية الصحية الخارجية كما هو مفصل أدناه:

• العلاجات في دول مجلس التعاون الخليجي في حال اختيار المنتج.

• العلاجات في أحد مقدمي الخدمات غير المشاركين في لبنان.

• العلاجات في أحد مقدمي الخدمات خارج النطاق الإقليمي.

ب. النفقات الصالحة لتعويض المبالغ المستددة من قبل المتعاقد:

i. العلاجات في دول مجلس التعاون الخليجي في حال اختيار المنتج.

فidelity أشورنس أند ريليشورنس كومباني ش.م.ل.

رأس المال 10.5 مليار ليرة لبنانية مدفوع بكماله - س.ت. 18345. مسجلة في سجل هيئات الضمان تحت الرقم 121 وخاضعة لأحكام المرسوم رقم 9812 تاريخ 04/05/1968 معتمدة بالقانون رقم 94 تاريخ 19/06/1999. المركـز الرئـيـسي جـلـ الدـيبـ - الـحـراـ - طـرابـلسـ - زـحلةـ - جـلـ زـحلةـ - طـرابـلسـ - صـورـ - العـاصـيـةـ - صـورـ - 11072210 - لبنان - 1575 customer servicedept@fidelity.com.lb | www.fidelity.com.lb | HI-AD-17/ED01

Individual Healthcare

Insurance Policy

Whereas THE POLICYHOLDER named in the POLICY schedule herein, has submitted a written individual healthcare insurance application.

Whereas **Fidelity Assurance and Reinsurance Co. S.A.L.** (hereinafter referred to as THE COMPANY) has reviewed this application and agreed to cover the benefits specified in the POLICY.

Now, in consideration of this application which forms the basis of this POLICY and subject to the payment of the premium as provided in the POLICY schedule, THE COMPANY has agreed to pay for the benefits indicated in the POLICY schedule and the table of benefits to the extent and under the terms, conditions, limitations and exclusions provided therein.

In witness, whereof THE COMPANY signed this POLICY which will enter into force and effect on the date indicated in the POLICY schedule attached hereto.

Registrar

Managing Director



Insurance Complaints Handling Office: 01/999069

Insurance Control Commission – Ministry of Economy and Trade

In case of any complaint being unresolved with the insurance company relating to the insurance contract or arising from this contract, the insured and/or the beneficiary may refer to the Insurance Control commission in the Ministry of Economy and Trade at the above mentioned telephone number dedicated to the reception and handling of insurance complaints for the purpose of resolving this complaint by administrative and conciliatory means and to enable the Commission to exercise its functions.

DEFINITIONS

Words, phrases, terms and expressions appearing in this POLICY shall have the meanings set forth herein below:

Access Card:

A personalized card issued in the name of each Insured, facilitating his access to the Healthcare services covered under this POLICY.

Administrator:

The Third-Party administrator, NEXtCARE with whom THE COMPANY has contracted to act in its name and on its behalf to manage claims in accordance with THE POLICY terms and conditions through its office and delegates.

THE ADMINISTRATOR claims center as well as its delegates (physicians/nurses and professional administrative specialists) situated at various Healthcare facilities working to:

- Provide the Insured with guidance and information.
- Support and monitor the proper implementation of THE POLICY terms and condition.
- Verify eligibility and take the decision in the name and on behalf of THE COMPANY, as whether or not to grant the approval of coverage for a specific healthcare service under consideration.

Applicable Healthcare Plans:

The set of Healthcare benefits, provided for in THE POLICY along with their limitations, exclusions, special conditions and features specifically approved for coverage in THE POLICY schedule and table of benefits.

1. Basic Healthcare Benefits:

- **Lifetime Guarantee Benefit:** As stipulated by Insurance Control Commission, Decision number 186, grants the Insured the right to renew his POLICY on yearly basis irrespective of age or any medical condition that might have occurred during the contractual period. And this, without any sub-standard increase on the yearly premium, other than the initial instance, or any specific modification on the remaining benefits.

- **In-Hospital Benefits (IN):** Covers cases that medically necessitate an In-Hospital stay for at least 24 (Twenty-Four) Hours.

2. Additional Benefits:

- **Ambulatory Out-Patient Plan (AMB):** Covers diagnostic tests and treatments which do not require In-Hospital confinement such as Laboratory tests, Radiology, Physiotherapy, MRI, etc...

- **Prescription Medicines Plan (PM):** covers cost of prescribed medicines outside Hospital confinement.

- **Doctors' Visits plan (DV):** covers cost of doctors visits effected outside hospital confinement.

The Company:

Fidelity Assurance & Reinsurance Co. S.A.L duly registered and authorized to operate in Lebanon, which guarantees the payment of the benefits in accordance with THE POLICY terms and conditions and any attachment herewith.

Cancellation Date:

The day at 12:00 (twelve) noon local time, month and year appearing on the cancellation amendment on which the insurance cover is stopped. Cancellation may be requested by the POLICYHOLDER or by THE COMPANY.

Chronic Conditions:

A sickness, illness, disease or injury which has at least one of the following characteristics: it is persistent or otherwise long-lasting condition; it requires continuous treatments and/ or follow ups and generally has no known cure.

Class of Hospitalization:

The class of cover as selected by the Insured and mentioned in THE POLICY under which the Insured shall benefit from In-Hospital treatments.

Co-Payment:

The percentage of the incurred expenses to be borne by the Insured and is paid by the latter.

Congenital Cases:

Also referred to as birth defects or congenital anomalies/ diseases or illnesses conditions structural or functional that are present at or before birth. Congenital conditions can be detected prenatally, at birth or any time during the Insured's Lifetime.

Day Care Treatment:

Treatment received in a hospital setting during the day, including a hospital room that does not medically require staying overnight.

Exclusions:

The cases expressly specified in THE POLICY terms and conditions and any appendix forming an integral part of THE POLICY, for which THE COMPANY does not provide coverage.

Enrolment Date:

The day at 12:00 (twelve) noon local time, month and year appearing on THE POLICY schedule on which the Insured has been enrolled and covered for the first time with THE COMPANY under this POLICY.

Expiry Date:

The day at 12:00 (twelve) noon local time, month and year appearing on THE POLICY schedule on which the insurance cover expires. Healthcare benefits will stop starting the expiry date of THE POLICY unless specified otherwise.

Emergency Cases:

All accidents or incidents of sudden covered sickness, providing a legitimate professional concern that there may be a significant medical problem requiring immediate diagnosis and treatment at a hospital Emergency Room. Emergency treatments can be extended to In-Hospital Stay.

Network of Healthcare Providers:

The providers of specific Healthcare services (i.e. hospitals, medical centers, integrated clinics, laboratories, physiotherapy centers, pharmacies) located across the Lebanese territory that are part of NEXtCARE's contracted providers list. Insureds opting for Healthcare services at one of these providers' shall benefit from facilities of admission as well as direct billing facilities at preferential rates for covered conditions based on POLICY terms and conditions.

The network of providers is inclusive at all times of at least one of the below listed providers:

- American University of Beirut Medical Center
- Hotel Dieu De France Hospital

- Saint Georges Hospital - University Medical Center

- Clemenceau Medical Center

- University Medical Center - Rizk Hospital

The extensive list of contracted providers is available upon request with the Insurance Company or through NEXtCARE's website: www.nextcarehealth.com or through NEXtCARE's mobile application.

The list can be updated whenever needed, providers added or removed, without the need of prior notification or approval of the Insured.

Policyholder:

The applicant for the individual Healthcare insurance POLICY, acting in his own capacity as well as in the name and on behalf of his legal dependents and whose application is formally accepted by THE COMPANY.

Policy Schedule:

Schedule issued by THE COMPANY forming an integral part of THE POLICY. THE POLICY schedule contains information in respect of the contractual parties along with a summary of benefits including but not limited to: Inception Date, Insured members, Selected plans, Class of Hospitalization, Premiums, Specific exclusions and/ or limitations.

Insured:

The POLICYHOLDER and/or THE POLICYHOLDER's legal dependents listed in the application or included thereafter, formally accepted by THE COMPANY and listed in THE POLICY schedule or in the accepted census list and who are benefiting from the "Lifetime Guarantee Option" as per POLICY terms and conditions and as detailed in Article 6 below.

Legal Dependent:

The following dependents of THE POLICYHOLDER: The unmarried children of THE POLICYHOLDER (including legally adopted children), aged between One day and 18 (Eighteen) years or 25 (Twenty-Five) years if still full-time university students, the spouse of the POLICYHOLDER, as well as any other person considered by law as legal dependent of THE POLICYHOLDER.

Inception Date:

The day at 12:00 (twelve) noon local time, month and year appearing on THE POLICY schedule on which the insurance takes effect for the first time or for subsequent renewals. Healthcare benefits will begin from the inception date and in accordance with the terms and conditions of this POLICY.

Pre-Existing Condition:

A health condition, illness or injury that existed medically prior to the enrollment date of the Insured. Pre-Existing conditions can be:

- **Known Conditions:** Conditions existing medically and known by the Insured and/ or for which he consulted a medical practitioner.
- **Unknown and Undiscovered Conditions:** Conditions unknown by the Insured but existing medically in the human body prior to the enrollment date.

False Declaration and Non-Disclosure of Information:

Undeclared or understated known conditions or misrepresentation of any information during the submission of the application form and whenever needed, discovered at any stage during the contractual period shall be considered as False Declaration and/ or Non-Disclosure of Information.

Specific Exclusions and/ or Limitations:

Medical or surgical conditions that are excluded or are subject to a financial limitation based on the application form, discovered during the observation period or resulting from any false declaration or non-disclosure of information. Specific exclusions and/ or limitations are applied on one or all Insured members of a POLICY and are clearly specified in THE POLICY Schedule.

Waiting Periods:

Specific period of time, generally in days or months that is applied on specific benefits during which coverage is excluded. Waiting periods are defined and mentioned in the table of benefits as well as in THE POLICY terms and conditions.

Territorial Scope of Coverage:

The countries specified in the table of benefits in which the Insured benefits for the Healthcare treatments subject to POLICY terms and conditions.

Observation Period:

Period of 180 (One Hundred and Eighty) days following the enrollment date of THE POLICYHOLDER and his legal dependents if any.

Preventive Treatment:

Treatment undertaken without any clinical symptoms being present at the time of treatment such as removal of pre-cancerous growth.

Repatriation Cover:

Emergency evacuation while travelling outside Lebanon if adequate medical facilities are not available in the visited country.

This cover refers to:

- The cost of medically supervised repatriation with or without an escorting medical team according to the severity of the case and medical necessity.
- The return transportation of the Insured person's mortal remains to the country of residence. This service includes cost of transport, documentation and formalities necessary for the shipping of the remains of any Insured person to Lebanon.

GENERAL TERMS AND CONDITIONS

Article 1: THE POLICY

- a. The application form of THE POLICYHOLDER and the Insured if any, the preamble, THE POLICY schedule, the definitions, the general terms and conditions, the table of benefits, the various applicable healthcare plans including their relative scope of healthcare benefits covered along with their limitations and exclusions, as well as all attachment(s) and endorsement(s) to any aforementioned, shall constitute the entire agreement of the parties hereto (herein referred to as THE POLICY).
- b. Any amendment, addition or deletion to THE POLICY shall be void, unless it is in writing, signed and stamped by THE COMPANY. No intermediary has the authority to amend this POLICY or waive any of its provisions.
- c. Specific exclusions and/ or limitations if any, should be as per Insurance Control Commission Decision number 186, dated 17/04/2018. They are approved by THE POLICYHOLDER, in his name or on behalf of his legal dependents listed in the application, only by receiving THE POLICY documents and access cards related thereto.
- d. THE COMPANY has the right to underwrite at inception and to review its terms during the observation period noting that initial assessment shall not be binding for future renewals unless no modification has been applied by THE COMPANY on the terms in the meanwhile.

If any amendment is to be applied during the observation period of 180 (One Hundred and Eighty) days, THE COMPANY shall inform the Insured who will have the right to cancel THE POLICY agreement within a period of 15 (Fifteen) days from the date of notification by sending an official written request to THE COMPANY.

Once the period of 15 (Fifteen) days is elapsed and THE COMPANY was not informed about the Insured's will of cancellation, the approval of terms is considered as automatic without a need for a written approval.

In the case where the cancellation is requested, the Insured is entitled to a refund based on a pro-rata premium to be calculated

after deduction of all taxes, stamps and any payment of claims that was made within his POLICY coverage.

Article 2: General Scope of Benefits

In return for the premium paid by THE POLICYHOLDER, THE COMPANY shall cover all usual, customary and reasonable healthcare services and their related expenses incurred by the Insured under the applicable healthcare plan while this POLICY is in force, subject to its terms, conditions, limitations and exclusions.

Article 3: General Limitations

1. Annual Aggregate Limit for the Hospitalization Cover:
There are no financial annual aggregate limits in respect of the number of claims to be borne by THE COMPANY during the Contractual Period of THE POLICY, unless, specifically otherwise mentioned in THE POLICY schedule. However, based on the details received and assessed during the initial enrollment of the applicant, during the observation period or following any false declaration, omission or non-disclosure of information, a maximum annual aggregate limit can be applied on the entire scope of cover or on specific illnesses and/or accidents.

2. Specific Benefits Aggregate Sub-Limits:

Annual Aggregate Sub-Limits refer to the maximum amount of monies to be borne by THE COMPANY per Insured during THE POLICY's contractual period in respect of specific benefits identified in THE POLICY schedule and/ or the table of benefits.

3. Lifetime Aggregate Limit for the Hospitalization Cover:

In accordance with the Lifetime Guarantee feature terms and conditions, Insureds are covered for a maximum ceiling number of Hospitalization days limited to 720 (Seven Hundred and Twenty) days within THE POLICY limits, terms and conditions and unless specific limitations are applicable and mentioned in THE POLICY schedule.

4. Age:

It is hereby understood and agreed that the last age of entry is set at 65 (Sixty-Five) years inclusive. Age is computed based on the last birthday of the Insured at time of inception of THE POLICY.

5. Territorial Scope of Cover:

Insurance coverage applies to medical expenses incurred in Lebanon and abroad subject to the terms, conditions, limitations and exclusions provided herein.

6. Supplementary and/ or Complementary Coverage:

In case of participation to the National Social Security Fund (Co-NSSF Plan) determined by the Insured in THE POLICY Schedule, THE COMPANY shall only cover the portion that is supplementary to the coverage provided by the NSSF scheme which is equal to the difference of classes if applicable and the remaining covered part of expenses exceeding the primary amount covered by NSSF, even if the adopted provider is not contracted by the latter and irrespective if the Insured has applied or is benefiting from such coverage or not.

In all other cases under which the Insured is benefiting from supplementary or complementary coverage, claims handling will be as specified above.

Article 4: Modifications of Coverage or Hospitalization Cover:

Modifications of Hospitalization Class and/ or Benefits are allowed, on a case-by-case basis and at THE COMPANY's discretion, only on the renewal of THE POLICY and subject to an additional premium when applicable.

Coverage shall be granted consequently based on the upgraded benefits subject to a waiting period of one year for Pre-Existing as well as Maternity Cases.

As a special exception to the above and on its own discretion, THE COMPANY may accept to amend THE POLICY benefits any time during the contractual period from Co-NSSF to Co-NIL and disregard above mentioned waiting period subject to receiving the Release from NSSF form.

Article 5: Premiums

1. Premiums are annual, payable by THE POLICYHOLDER as per the terms and conditions specified in THE POLICY schedule. They include charges, taxes and stamp duties.
2. The payment of the premium in whole or in part (premium deposit) at the time of first submitted application or of renewal application does not bind THE COMPANY and does not constitute acceptance of the submitted application; THE COMPANY's acceptance can only be effected by the formal issuance of the signed and sealed POLICY.
3. If THE POLICYHOLDER fails to pay the premium as initially agreed with THE COMPANY, then THE COMPANY shall issue an official warning letter demanding the payment of the premium as per Code of Obligations and Contracts, Article 975.
4. In the case where the payment is not done following 10 (Ten) days of the issuance of the letter, THE COMPANY shall have the right to stop cover. Following this period, THE COMPANY shall within a period of 20 (Twenty) days share an official cancellation letter with the client if the payment is still not effected.
5. Refunds if any are to be calculated on a case-by-case basis and at the discretion of THE COMPANY.

Article 6: Contractual Period and Renewability

The contractual period of this POLICY is 12 (Twelve) calendar months starting the date set in THE POLICY schedule.

1. The renewal application is to be issued and sent by THE COMPANY to THE POLICYHOLDER prior to the expiry date of THE POLICY.
2. THE POLICYHOLDER will have to share with THE COMPANY his confirmation renewal within a maximum period of 30 (Thirty) days as from the expiry date of THE POLICY and pay the respective deposit. If THE POLICYHOLDER fails to inform THE COMPANY within the above-mentioned timeline of his decision to renew, he will then lose the Lifetime Guarantee feature, the continuity benefit and shall be subject to reassessment based on THE COMPANY's discretion.
3. THE POLICYHOLDER and his legal dependents shall benefit from the Lifetime Guaranteed benefit as per below terms and conditions:
 - a. THE POLICY shall be renewed on yearly basis subject to all current legal and contractual provisions and THE COMPANY shall not take into consideration the Insured's attained health in its decision to renew.
 - b. It is agreed and understood that at initial inception, during the observation period or in case of any false declaration, omission or any non-disclosure of information, THE COMPANY reserves the right to study and apply any specific limitations, exclusions and/or sub-standard premium to all or one of the insureds.
 - c. Final terms implemented at inception, during the observation period or following any false declaration, omission or non-disclosure of information shall be enforced at each renewal noting that THE COMPANY may only waive these particular conditions at its own discretion.
 - d. Once applied, sub-standard premiums are expressed in percentages and will apply on all subsequent renewals unless THE COMPANY accepts to waive it at its own discretion.
 - e. THE COMPANY reserves the right to reassess the case and reconsider THE POLICY terms and conditions in the following cases:
 - When a change in the benefits (e.g. class upgrading, additional plans and/ or benefits) is requested.
 - Where the renewal is requested for some Insured while removing a number of others, with no valid reason.
 - f. THE COMPANY reserves the right not to renew THE POLICY in case the premium due is not settled within the period set forth by THE COMPANY.

g. THE COMPANY reserves the right to introduce any amendment to the whole POLICY or to any portion thereof at any renewal date (e.g. general conditions, premiums, schedule) provided such amendments apply in equal terms to all Insured falling within the same class of risk.

h. Any Insured who becomes subject to the deletion clause (article 11), may continue his insurance cover under a separate plan and benefit from the continuity benefit should the cover be same as expiry and requested within the assigned timeline.

Article 7: False Declaration, Omission and/ or Non-disclosure of information

It is hereby agreed and understood that any false declaration, omission or non-disclosure of information made by THE POLICYHOLDER or the Insured on the proposal form prior to the enrollment date or on any renewal, discovered by THE COMPANY at any time will:

- Render THE POLICY null and void as from inception and this, without any need for a written notice or a premium refund.
- Only at THE COMPANY'S own discretion, the cancellation can be disregarded and replaced by any exclusion and/ or limitation as deemed necessary.

In addition to the above, it is to be noted that any silence or grace period allowed by THE COMPANY following a knowledge of a false declaration, omission or non-disclosure of information, does not waive its right later on to reject the renewal application or to amend the terms and conditions of THE POLICY.

Article 8: Fraud

If any claim is false, fraudulent, intentionally exaggerated or if fraudulent means or devices were used by the Insured or any person acting on his behalf to obtain benefit under this POLICY, THE COMPANY shall not pay any benefit for that claim. The amount of any claim settlement made before the fraudulent act or omission was discovered will become immediately due and owing to THE COMPANY.

It is hereby agreed and understood that THE COMPANY reserves the right to cancel THE POLICY as at inception without any refund in the case of a fraudulent act.

Article 9: Termination of THE POLICY

The termination of THE POLICY can be effected as follows:

1. By THE COMPANY: in the below mentioned cases:
 - None payment of premium.
 - False Declaration, omission, non-disclosure of information and/ or fraudulent act.
 2. By THE POLICYHOLDER: upon the receipt by THE COMPANY of a written request of cancellation and the insurance cards.
- Where applicable, THE POLICYHOLDER shall be then entitled to a premium refund related to the cancellation and being due by THE COMPANY computed as follows:
- After deduction of all taxes and stamps.
 - On Pro-Rata basis starting from the cancellation date and till the expiry date of THE POLICY.
 - After deduction of all Outstanding and Paid claims prior to the cancellation date.
 - The cancellation date shall fall after the last claim related to any of the Insured members within THE POLICY.

Article 10: Addition of New Insured

THE POLICYHOLDER should request the addition of his newly wed spouse or newborn children, if eligible, to THE POLICY during its contractual period, as per the procedure set by THE COMPANY.

The application for addition should be:

- Made within a maximum period of 30 (Thirty) days following the wedding or the birth of a Newborn.

- Should be accompanied by all requested documents i.e. medical application, Newborn Health record.
- Should be accompanied by the appropriate premium deposit noting that pro-rata premiums will be calculated based on the applicant age, the period of coverage starting from the enrollment date and up to the expiry date of THE POLICY and as per POLICY terms and conditions.
- Shall be subject to assessment and should be accepted by THE COMPANY.

Fidelity Baby: Any newborn from a covered maternity shall be considered as Fidelity Baby and will consequently benefit from the conditions applied on Fidelity Baby subject to medical underwriting and as per POLICY terms and conditions.

Calculations of premiums shall be as follows:

- Addition shall be issued free of charge and as per current terms and conditions starting the date of birth and until THE POLICY current contractual period expiry date provided that both parents are included in the coverage.
- Addition shall be subject to a pro-rata premium based on the period of coverage and THE POLICY terms and conditions if both parents are not included in the coverage.

Article 11: Deletion of Insured

1. Any person that ceases to meet the requirements of a legal dependent or any deceased person should be removed from THE POLICY by sending a written notification to THE COMPANY.
2. THE POLICYHOLDER is entitled to a premium refund related to the cancellation and being due by THE COMPANY computed as follows:

- After deduction of all taxes and stamps.
- On the basis of pro-rata calculation starting from the cancellation date and till the expiry date of THE POLICY.
- After deduction of all Outstanding and Paid claims prior to the cancellation date.
- The cancellation date shall fall after the last claim related to any of the Insured members within THE POLICY.

Article 12: Reimbursement Obligation by THE POLICYHOLDER

THE POLICYHOLDER shall be liable to reimburse to THE COMPANY all amounts of claims paid by the latter in the following cases, but not limited to:

1. Any undue payment (e.g. Co-Payment).
2. If THE COMPANY pays in excess of the limits of benefits provided in THE POLICY or any claim paid up erroneously against uncovered conditions.
3. Abusive, fraud or misuse of the benefits provided for under THE POLICY as detailed in Article 8.

Article 13: Loss and / or misuse of The Access Card

In case of loss of the access card, the Insured must immediately notify THE COMPANY; or else any expense incurred based on the usage of the none reported lost access card, shall be borne by THE POLICYHOLDER.

Article 14: Subrogation

THE COMPANY will be subrogated in all rights that the Insured may have against any third party liable for any obligation or expenses incurred based on whatsoever count or cause.

In that case, both THE POLICYHOLDER and the Insured undertake to provide THE COMPANY with all customary assistance and diligence, as if they were themselves claimants; should they breach this undertaking, they shall be liable to reimburse THE COMPANY with all amounts of claims paid.

Article 15: Notice

All notices and notifications must be sent by registered mail or courier service; they are considered valid and lawful if sent to

the addresses of the parties hereto appearing in THE POLICY schedule and in THE POLICYHOLDER's application.

Any change of address is ineffective unless notified in writing to the other party.

Article 16: Headings

The headings contained in THE POLICY are for convenience of reference only and are not intended to define, limit or describe the scope and intent of any of its provisions.

Article 17: Language

This POLICY was originally conceived and drafted in Arabic, then translated into English. Therefore, if in doubt about an accurate interpretation of THE POLICY in English, there shall always be a reference made to the original Arabic text.

Article 18: Legal Recourse

All disputes relating to the implementation, interpretation or cancellation of this POLICY between the parties hereto (i.e. THE COMPANY and POLICYHOLDER) shall be resolved by the competent courts in Beirut, according to the applicable Lebanese law.

Article 19: Waiver of Medical Confidentiality

By signing the application form, the undersigned, hereby authorize any hospital, doctor or any other person that treated him or any of the family members to provide THE COMPANY or their representative with any information in their possession for any treatment or consultation, including any personal history and diagnosis. Thus, and in as much as the Law allows it, any person or physician may in full authority, upon request of THE COMPANY, share all information related to the medical history of the applicant and/ or the Insured.

INDIVIDUAL IN-HOSPITAL BENEFITS PLAN

I- Scope of In-Hospital Healthcare Benefits

THE COMPANY covers the following In-Hospital Healthcare benefits during THE POLICY contractual period provided they are usual, customary and reasonable and subject to THE POLICY terms, conditions and exclusions.

1. The treatment of covered medical conditions provided that such conditions cannot be treated on Out-Patient basis and require uninterrupted hospital confinement for a minimum of 24 (Twenty Four) hours.
2. As a special exception to the above, any surgical and/or endoscopic procedure of covered medical conditions as well as chemotherapy and/ or radiotherapy treatments not requiring an overnight stay at a hospital shall be covered under In-Patient benefit.
3. Emergency treatments as referred to in section: Definitions – Emergency Cases.
4. Charges of one extra bed for one parent accompanying a confined child aged below 18 (Eighteen) years by the time he enters the hospital.
5. Morgue and burial expenses shall be paid in the event of the death of the Insured during admission following a covered In-Patient hospitalization up to a maximum limit of USD. 2,000 (Two Thousand) unless specified otherwise in the table of benefits on reimbursement basis subject to the below:
 - Cost of morgue is to be deducted from the applied sub-limitation.
 - The legal heirs should submit to THE COMPANY within a maximum period of 60 (Sixty) days from the date of death of the Insured all required documents i.e. Death certificate and written reimbursement request.
6. Vertebroplasty, Nucleoplasty, Sinuplasty and Kyphoplasty surgeries and consequences related thereto.
7. Rehabilitation subject that the admission is in a recognized facility and up to a maximum of 60 (Sixty) days per POLICY contractual period.

II- Limitations to In-Hospital Healthcare Benefits

1. The Insured will be covered under the hospitalization class and limits as identified in THE POLICY schedule and in the table of benefits.
2. The In-Hospital health coverage, for new Insureds, is effective 30 (Thirty) days after the inception date except for accidents or emergency cases and for members benefiting from continuity.
3. In the event of an admission during the validity of THE POLICY, which has expired thereafter, THE COMPANY shall be liable for benefits payment as per the previous POLICY conditions up to a maximum period of 30 (Thirty) uninterrupted days of confinement following expiry date.
4. Maternity Benefits shall be covered subject to a waiting period of:
 - 9 (Nine) months as from enrollment date for new Insured as well as for Insured with continuity when wife and husband are Insured with THE COMPANY.
 - 12 (Twelve) months as from enrollment date for new Insured as well as for Insured with continuity should only the mother be insured with THE COMPANY and proof of husband's insurance be submitted.
 - 24 (Twenty-Four) months as from enrollment date for new Insured as well as for insured with continuity should only the mother be insured with THE COMPANY and proof of husband's insurance missing.
- a. Normal and Cesarean deliveries are covered subject to above-mentioned waiting periods.
- b. Medically mandated legal abortion and miscarriage are covered as of Day One subject to conception occurring within POLICY period.
- c. When maternity is covered, the expenses related to the treatment of the newborn are not covered except for the following:
 - Nursery room stay during the mother's stay in the hospital and not exceeding 6 (Six) days.
 - One Pediatrician consultation.
 - Neonatal circumcision if the operation is performed during the mother's same hospital confinement for the delivery of the newborn baby.
 - Incubator is covered up to USD. 30,000 (Thirty Thousand) per delivery irrespective of the mother's stay at hospital unless specified otherwise in the Table of Benefits.
 - Neonatal jaundice is covered.
5. Congenital cases defined under section: Definition – Congenital Cases shall be covered up to the below mentioned limits unless otherwise specified in the table of benefit and/ or in THE POLICY schedule:
 - **Fidelity Baby:** Unlimited when new born is medically eligible and enrollment is accepted by THE COMPANY.
 - **None Baby Fidelity:** Up to the limits specified in the table of benefits subject to a waiting period of 12 (Twelve) months as of enrollment date, in case of no proof of continuity.
- As a special exception to the above, Insured with continuity shall be covered as of enrollment date except for cases of hernia and thyroglossal cyst.
6. Internal prosthesis that are defined as all kinds of prosthesis replacing an organ, limb, tissue, cell or any function of the human body including resorbable prosthesis are covered as follows:
 - a. Prosthesis due to sickness including but not limited to Stents, Mesh related to Hernia Surgery, hip or knee replacement prosthesis are covered up to limits specified in the table of benefits
 - b. Prosthesis due to accident excluding artificial limbs are covered up to 100% (One Hundred Percent) provided that the below conditions are jointly met:
 - i. Surgery is due to a covered accident occurring during the validity of THE POLICY.
 - ii. Surgery took place immediately after the accident or within a maximum justified period of 6 (Six) months.
 - iii. Subject to usual, reasonable and customary charges.

7. Repatriation shall be covered on reimbursement basis and up to a maximum of USD. 10,000 (Ten Thousand) for Insured members of Class A only unless otherwise specified in the table of benefits.

Repatriation benefit scope of cover includes the following cases: Emergency Evacuation while travelling outside Lebanon if adequate medical facilities are not available; return of mortal remains including cost of transport, documentations and formalities necessary for the shipping of remains of the Insured person to Lebanon.

8. Organ transplantation and all complications and consequences shall be covered only if the underlying disease is covered up to the specified limit as stated in the table of benefits should the Insured be the recipient.

9. Infertility In-Patient treatments and all complications and consequences including but not limited to Varicocele, Tubal Ligation, Polycystic Ovaries, Endometriosis are covered after a waiting period of 12 (Twelve) months following the enrollment date and up to a combined annual aggregate limit for both In-Patient and Out-Patient as specified in the table of benefits.

10. Treatment of injuries and sicknesses consequent to the participation of the Insured as an amateur in non-hazardous sports shall be covered.

However, any claim resulting from the participation of the Insured as a professional in non-hazardous sports or as an amateur or professional in hazardous sports including but not limited to: motor or motorcycling race, deep-sea diving, scuba-diving, snorkeling, ATV, parachuting, hang gliding, delta-plane and paragliding is not covered.

11. Mental or psychiatric disorders and all complications and consequences shall be covered as specified in the table of benefits. Nervous breakdowns, attention deficit disorders, senility related conditions including but not limited to Alzheimer's disease, learning difficulties as well as all treatments related to speech therapy including but not limited to Orthophony sessions shall remain excluded.

12. Bariatric surgeries and all complications and consequences will be covered as per limits mentioned in the table of benefits and subject to the below:

- A waiting period of 12 (Twelve) Months for new Insured members. Continuity shall waive waiting period.
- Medical necessity and Insured having a BMI equal or greater to 40 (Forty).
- Age 18 (Eighteen) years and above.

Special diets and weight control procedures other than the above remain excluded.

13. In compliance with the ICC decision number 80/LMD issued on 15/4/2020 and within the scope of the council of ministers' mobilization decision issued on 15/3/2020, it is hereby agreed and understood that contrary to any other stipulation, condition or exclusion contained in its general or particular conditions, this POLICY will cover the POLICYHOLDER/Insured Members / Adherents for reasonable ,usual and customary (UCR) medical costs and expenses which may be incurred consequent to the insured's /adherent's becoming infected with an agent of an epidemic/pandemic disease, while this POLICY is in force, but only in respect of In-hospital confinement provided that :

- For the purpose of this clause, Epidemic/Pandemic disease shall be defined as a general and widespread sudden outbreak of an acute and severe infectious disease caused by a defined infectious disease pathogen (including all types of viruses, bacteria, parasites etc.), that affects simultaneously numerous

individuals all over the territory of Lebanon and that is officially declared as a new, sudden and acute epidemic/pandemic disease exclusively by the World Health Organization.

- Usual, reasonable and customary (UCR) is defined as treatment consistent with generally accepted standards of medical practice, procedures, and surgeries in Lebanon, in accordance with the Ministry of Health and the National Social Security guidelines for normal, usual & customary procedure and/or standard health sector practice.
- In Hospital confinement refers to any treatment that cannot be undergone under the Out-of-Hospital services and is recommended by a recognized treating physician. Such confinement must be medically indicated by the treating Physician to diagnose or treat an Epidemic/Pandemic disease covered under this POLICY.
- For any new POLICY issued by the Insurance Company for the new POLICYholder and/or Insured and for any addition of a new Insured under the existing POLICY (e.g. child, spouse, etc....), a waiting period of 21 days shall be applicable. If the POLICYHOLDER and/or the Insured were found to be infected with an agent of an Epidemic/Pandemic Disease during this waiting Period, such Epidemic/Pandemic shall not be covered by the Insurance Company.

a. Scope of Coverage and Financial Limitations:

The Scope of this Coverage in addition to the financial limitations are specified as follows:

	ICU/ Severe	Step Down/ Moderate	Ward/Mild cases
Territorial Scope	LEBANON ONLY		
Total Maximum Limit per Insured / per Contractual Period / per case	USD 30,000		
Maximum Number of Days	21		
Maximum Limit /Day for in hospital confinement per contractual period	USD 1,500	USD 800	USD 600
Network	Participating Healthcare Providers within the Network of THE ADMINISTRATOR which are approved by the Ministry of Public Health for the treatment of the respective Pandemic/Epidemic		
Additional Premium	As Per POLICY Schedule		

The above Scope of Coverage and Limitations shall be applicable as follows:

- ICU/Severe: these cases need admission to ICU with intubation and respirator.
- Step Down/Moderate Cases: these cases need admission to intensive care with isolation, but no intubation, so no respirator.
- Ward/ Mild cases: if admitted to hospital and requires isolation.
- The Maximum Limit per day specified above shall be considered as part of the Total Maximum Limit per Insured per contractual period per case.
- The total maximum limit and/or the Maximum limited per day are the amounts covered by the Insurance Company on top of the amounts covered by NSSF, whenever the NSSF coverage is applicable. Accordingly, the Insured who benefits from the NSSF must secure the approval from the NSSF.
- The above maximum amount will include the identification test if the result was positive provided that a hospital confinement is needed for the Insured.
- The above Scope of Coverage and financial limitations shall be applicable to all Pandemic/Epidemic diseases during the contractual period of the POLICY if the general financial limitation specified in the POLICY is not fully consumed by the Insured.

b. Special Limitations/Exclusions:

The Insurance Company does not cover the following conditions, the complications and the consequences arising therefrom:

- Out of hospital medical expenses including ambulatory services, screening tests, medication, vaccination and doctors' consultations.
- Quarantine / Rest Cure / Sanitarium.
- Any Private/Paid for Ambulance or medical transportation services expenses.
- Homecare and any expenses linked to paramedical expenses and medical equipment at home.
- Repatriation, Morgue and Burial cost.
- Any expenses incurred outside Lebanon.
- Treatment of any medical condition including childbirth and medical complication arising from or during the period of any Epidemic/Pandemic hospital confinement shall be subject to the same limit as stated in the above scope of coverage.
- All chronic or slow spreading infectious diseases including but not limited to AIDS, hepatitis, tuberculosis, HPV infections etc.
- Epidemic/Pandemic events caused by biological weapons/terrorism.
- Expenses that cannot be proven to be caused by the epidemic/pandemic disease.

III- Exclusions to In-Hospital Healthcare Benefits

All treatments and consequences of the below detailed cases are excluded from the In-Hospital Healthcare benefits:

1. All routine medical check-ups, and all Out-Patient Healthcare services not specifically covered under an applicable Healthcare plan, defined as Healthcare services (i.e. diagnostic tests, treatments) that do not require hospital confinement, such as those delivered at a physician office, clinic, medical center or Out-Patient hospital facility.
2. Air Ambulance and Road Ambulance Expenses.
3. Any hospitalization not medically mandatory.
4. Treatment of chronic allergy noting that Asthma shall be covered after a waiting period of 12 (Twelve) months.
5. Sleep disorders including snoring and sleep apnea except for polysomnography, which is covered after one year of Insurance for one time only. In case of Co-NSSF Insured, Polysomnography shall be covered up to 50% (Fifty Percent).
6. All genetic and/or hereditary cases including the complications arising thereof, as well as genetic tests, genetic engineering and cloning.
7. Dynamic light treatment (i.e. Verteporfin).
8. Cover excludes during the first contractual period all cases of unknown pre-existing cases including but not limited to:
 - Ligament and meniscus diseases or surgeries (unless mandated by a covered accidental injury), thyroglossal cyst, hernia, disc, endometriosis, carpal tunnel, hemorrhoids, gall bladder, ulcer, tonsillectomy, infant paralysis, kidney & urinary tract diseases (except for Fidelity baby who shall be covered as from Day One as per POLICY terms and conditions), retinal surgery, vitrectomy, prostate, cataract, synovectomy and hysterectomy, cancer cases and heart diseases.

This exclusion will be waived if THE POLICY is renewed covering the same Insureds under the same terms and conditions.

9. Cover excludes during the first and second contractual periods:
 - Nasal septal deviation or any surgical treatment connected with the nose unless due to a covered accident during the contractual period of this POLICY. This treatment is subject to prior approval of the claims center (NEXTxCARE).

- This exclusion will be waived if THE POLICY is renewed covering same Insureds under same terms and conditions for 2 (Two) consecutive years.
10. Heart diseases treatments shall be covered after a waiting period of 12 (Twelve) months noting that TAVI will be covered as per Euroscore II guidelines.
11. Cost of Transplanted Organ as well as any cost related to the Donor.
12. In-Vitro, Ex-Vitro, Intracytoplasmic sperm injection and any other artificial insemination procedures and related consequences remain excluded.
13. Cost and treatment of Parkinson disease including the complications arising thereof.
14. Peritoneal Dialysis, Hemodialysis and the arterio-venous shunt related thereto shall be excluded except for the first three sessions of Hemodialysis for acute renal failure delivered during the initial hospital admission and till discharge.
15. Dental and gum medical or surgical treatment (temporomandibular joint disorders). As a special exception to the latter, treatment can be covered if the following conditions are jointly met:
- Treatment is necessitated by a covered accidental injury, occurring during THE POLICY's contractual period.
 - Treatment should be provided within a maximum period of 6 (Six) months of date of accident and while THE POLICY is still in force.
 - Treatment shall be subject to prior approval of THE ADMINISTRATOR (NEXTCARE).
16. Cosmetic or plastic surgery. As a special exception, treatments can be covered if the following conditions are jointly met:
- Treatment is mandated by a covered accidental injury, occurring during THE POLICY's contractual period.
 - Treatment should be provided within a maximum of 6 (Six) months of accident and while THE POLICY is still in force.
 - Treatment shall be subject to prior approval of THE ADMINISTRATION (NEXTCARE).
17. Women genital organ diseases except for Ovarian Cyst that is not congenital and Uterine Fibroma. This exclusion shall be waived following a waiting period of 12 (Twelve) months from enrollment date. Continuity shall waive waiting period.
18. Breast reconstruction surgery following partial or complete mastectomy due to breast cancer. As a special exception to the latter, the reconstruction shall be covered if the below conditions are jointly met:
- The Excision surgery was initially covered by THE POLICY.
 - The reconstruction surgery is performed within a maximum period of 6 (Six) months as from the excision surgery while THE POLICY is still in force.
 - The cost of the prosthesis is covered as per the limit indicated for the prosthesis following sickness.
19. Sexually transmitted diseases including but not limited to Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), Human Immunodeficiency Viruses (HIV), Hepatitis other than A.
20. Suicide, self-destruction or intentional self-inflicted injury or any attempt, while sane or insane.
21. Rest Cures, sanitarium, custodial care and periods of quarantine, costs related to convalescence even when initial hospitalization was covered under THE POLICY.
22. Abuse of alcohol, drugs and alike substances, the addiction to and abuse of medication without medical supervision and all consequences arising thereto.
23. Alternative medicine including Chiropraxy, Osteopathy, Acupuncture, Ayurvedic and Homeopathy.
24. Procedures related to change of gender, sexual fortifying products, treatments and procedures.
25. Any treatment underwent by a physician not licensed to operate in the country where treatment is being delivered or by family member.
26. Unusual tests or treatments that in the sole discretion of THE COMPANY and/ or THE ADMINISTRATOR is deemed to be experimental. As a special exception to the latter, ligasure and endopouch are covered subject to medical necessity and in major surgeries.
27. Any injury affecting an Insured serving in or attached to any armed forces during war activities, and claims arising from the Insured taking an active part in any of the following events: war, warlike activities, civil strike and commotion, crimes and misdemeanors.
28. Claims arising from the Insured taking an active part in terrorism, assassination, personal assault, aggression and any other similar act.
29. Claims arising from ionization, polluting chemicals or nuclear contamination or infiltration of toxic wastes.
30. Claims arising from the use of motorcycles as mean of transportation
31. Any particular limitation and/or exclusion per Insured provided for in the accepted census list, POLICY schedule or endorsements.

ADDITIONAL BENEFITS

Ambulatory HealthCare Benefits Plan (AMB)

I- Scope of Ambulatory Healthcare benefits

THE COMPANY covers under Ambulatory Healthcare plan, the below listed diagnostic tests as well as the treatments, other than medicines, which are medically justified but however; do not require In-Hospital confinement.

1. Diagnostic Tests

Radiology, computed tomography scan (CT-Scan), magnetic resonance imaging (MRI), ultrasonography, laboratory tests including basic mandatory pre-marital tests and Guthrie test for the new baby born, Osteodensitometry (Bone mineral density), nuclear medicine tests, electroencephalogram (EEG), electrocardiogram (ECG), electromyogram (EMG), audiogram, stress test, evoked nerve response, ocular angiography, mammography, thallium myocardial scintigraphy, scintigraphy (Thyroid, Renal, Bones etc..), echocardiography and holter monitoring, PET scan (covered for cancer cases and subject to medical necessity) Volume computed tomography or VCT64, ocular coherence tomography (OCT), Glaucoma diagnosis (GDX) as well as maternity tests including but not limited to Triple Test or Amniocentesis, Maternal Obstetrical Ultrasound up to a maximum of 3 (Three) per covered pregnancy, One morphological ultrasound noting that maternity ambulatory benefits shall be covered following a waiting period of 6 (Six) months from the enrollment date of the Insured.

2. Treatment

Laser therapy other than that used for sight correction, physiotherapy (as per medical necessity) and kinesitherapy.

3. Physician Fees

Physician fees relating to the necessary interpretation of technically specialized tests are covered, provided they are conducted by the same facilities where the tests are being performed.

II- Limitations to Ambulatory Healthcare Benefits

Ambulatory Healthcare benefits delivered through a participating provider based on selected network are covered up to 100% (One Hundred Percent) or 85% (Eighty-Five Percent) as per selected Plan.

III- Exclusions to Ambulatory Healthcare Benefits

1. All exclusions applicable to the In-Hospital plan are applicable to the Out-Patient plan.
2. As a special exception to the above, sexually transmitted diseases tests (HIV, Hepatitis B) are covered.
3. Doctor visits.
4. Diagnostic tests for the purposes of health check-ups and / or routine examinations.
5. Diagnostic tests for the purposes of employment or travel.
6. Tests related to error of refraction, nearsightedness (myopia), farsightedness, astigmatism.
7. Allergy tests except IGE total which is covered.

DOCTOR VISITS BENEFITS (DV)

I- Scope of Doctor Visits benefits

THE COMPANY covers under Doctor Visits benefits the expenses and fees in connection with the medical services and procedures delivered by a medical doctor.

II- Limitation to Doctor Visits benefit

Doctor Visits benefit can be selected only when Ambulatory benefit is purchased.

The Doctor Visits benefits provided for here above are covered up to 100% (One Hundred Percent) or 85% (Eighty-Five Percent) depending on selected product up to the maximum amount per visit and per year as specified in table of benefits.

III- Exclusions to Doctor Visits benefit

All exclusions applicable to the In-Hospital plan are applicable to the doctor visits Out-Patient plan.

PRESCRIPTION MEDICINES BENEFITS (PM)

I- Scope of Prescription Medicines benefits

THE COMPANY covers under the Prescription Medicines benefits when selected the medicines prescribed by the Insured's attending physicians that are authorized and tariffed by the Lebanese Ministry of Health.

II- Limitation to Prescription Medicines benefits

Prescription medicines benefit can be bought only when Ambulatory plan and Doctor visits plan are purchased.

Prescription medicines dispensed through a provider are covered at 100% (One Hundred Percent) or 85% (Eighty-Five Percent) depending on the selected plan and according to the official cost of drug.

The quantity of covered prescribed medicines per transaction is limited to the normal, usual and customary need for a maximum period of one consecutive month of treatment.

Prescribed Medicines for the treatment of chronic diseases shall be covered as per POLICY terms and conditions and as per Pre-Existing conditions.

III- Exclusions to Prescription Medicines benefits

1. All exclusions applicable to the In-Hospital plan are applicable to the Prescribed Medicines Out-Patient plan.
2. Medicines available without prescription (i.e. over the counter drugs, cosmetic and the like, mineral, hair treatment products, personal and household hygiene and similar products).
3. Antiseptic products (i.e. Dettol, Milton, Presept, soaps, creams...).
4. All products for dental and gums (hygienic treatments products...).
5. All sexual fortifying products, doping products and illegal drug taking.
6. All products and medicines for contraception, treatment of sterility, impotence and infertility.

7. All products and medicines related to the treatment of mental disorders, amphetaminic and psychotropic products i.e. anxiolytic and neuroleptic medicines.
8. Dietetic products including milk.
9. Dermatological products other than for the treatment of infectious diseases or consequences of accidents.
10. All hearing aids and optical apparatuses (lenses, glasses, anti-reflective coating) and the products used for their cleaning and upkeep.
11. All medicines for the treatment of sexually transmitted disease, HIV, AIDS and Hepatitis other than Hepatitis A.
12. Any substance which is not considered as medicine for the treatment of a disease, threatening the state of health of the Insured.

PAYMENT OF CLAIMS

1. Direct Billing:

THE ADMINISTRATOR acting in the name of and on behalf of THE COMPANY, shall, upon evaluation of the case, grant coverage, determine the amount to be covered or deny coverage as per POLICY terms, conditions, limitations as well as exclusions. The Insured and/ or provider is informed about the decision of cover through THE ADMINISTRATOR or a delegate. The approved payment shall be made directly between THE ADMINISTRATOR and the participating provider.

a. **Emergency cases:** In case of any emergency treatment as defined in the section Definition above, whether requiring an overnight stay or not, the Insured must seek immediate approval of coverage by presenting his/ her insurance card and ID to the hospital.

b. **Elective cases:** In case of any elective treatment, the Insured must secure approval from THE ADMINISTRATOR prior to his benefiting from a covered Healthcare service by submitting the duly completed Medical report for Admission to THE ADMINISTRATOR.

It is hereby agreed and understood that the above shall apply only at participating providers in Lebanon.

2. Reimbursement:

a. Instances for Reimbursement:

As an exceptional procedure, the Insured may be reimbursed the total or partial fees and expenses of covered Healthcare benefits under this POLICY in the following cases:

- i. As an appeal by an Insured to a previously declined approval of coverage at a participating provider.
- ii. In instances of In-Hospital as well as Out-Patient HealthCare treatments as detailed below:
 - Treatments in GCC when product is selected
 - Treatments at a non-participating provider in Lebanon
 - Treatments outside territorial scope

b. Expenses viable for reimbursements:

- i. Treatments in GCC when product is selected

- In-Patient Elective Treatments in GCC shall be reimbursed up to 80% (Eighty Percent) based on GCC tariff and as per POLICY terms and conditions.
- In-Patient Emergency Treatments in GCC shall be reimbursed up to 100% (One Hundred Percent) based on GCC tariff and as per POLICY terms and conditions.

It is to be noted that Co-NSSF Insured members shall be reimbursed at 80% (Eighty Percent) after deduction of applicable Co-Pay.

- Ambulatory Treatments when plan selected in GCC shall be reimbursed up to 80% (Eighty Percent) based on GCC tariff after deduction of applicable Co-Pay as per selected coverage plan and POLICY terms and conditions.

- Doctor Visits when selected in GCC shall be reimbursed as per POLICY terms and conditions.
 - Prescribed medicines when selected in GCC shall be reimbursed according to official cost of drugs in GCC after deduction of applicable Co-Pay and as per POLICY terms and conditions.
- ii. Treatments in Lebanon at None Participating Providers or Treatments Abroad
- In-Hospital Elective treatments shall be reimbursed at 80% (Eighty Percent) of the preferential tariffs applicable to THE COMPANY at an equivalent participating hospital in Lebanon at the time of the incurred expenses noting that prior approval of coverage should be acquired through THE ADMINISTRATOR (NEXTCARE). Failure to seek prior approval shall waive the right of the Insured of any reimbursement amount.
 - In-Hospital Emergency treatments shall be reimbursed at 100% (One Hundred Percent) of the preferential tariffs applicable to THE COMPANY at an equivalent participating hospital in Lebanon at the time of the incurred expenses. In case where the emergency treatment result in admission to the Healthcare facility, then, the Insured member should notify THE COMPANY within 48 (Forty-Eight) hours of admission. Failure to do so shall waive the right of the Insured of any reimbursement amount.
 - Ambulatory treatments when plan is selected shall be reimbursed at 80% (Eighty Percent) of the preferential tariffs applicable to THE COMPANY at an equivalent participating hospital in Lebanon at the time of the incurred expenses noting that reimbursement shall be done after applying co-insurance plan when applicable.
 - Doctor Visits shall be reimbursed subject to product Co-Payment when applicable.
 - Prescribed Medicines shall be reimbursed as per official cost of drugs in Lebanon subject to product Co-Payment when applicable.

c. Reimbursement procedure:

In all instances, a formal request for reimbursement must be addressed directly to THE COMPANY together with all requested documents (detailed bill and receipt confirming the amount as well as the settlement of the invoice, discharge report, medical and examination reports and documents in either Arabic, English or French) either as hard copies or on the following email address: RI.claims@fidelity.com.lb within the below timeframe:

- 15 (Fifteen) days from discharge if the Healthcare services were delivered in Lebanon.
- 30 (Thirty) days from discharge if the Healthcare services were delivered abroad and, on the condition, that the Insured had strictly abided by the applicable procedure set by the claims center.
- In all emergency cases, payment can be made on the additional condition that the claims center is informed of the hospitalization within 48 (Forty-Eight) hours from admission.

The reimbursement of all claims incurred in a foreign currency (i.e. non-Lebanese pounds) will be effected in Lebanese Pounds as per the exchange rate applicable at the date of treatment or discharge from the provider; as such date is evidenced by the bill.