

الشروط العامة لوثيقة التأمين الصحي للمجموعات

المادة الأولى: تعاريف
يفهم بالعبارات التالية:

- الشركة : السورية الدولية للتأمين ش.م.م.ع (أروب سورية) و هي الشركة الصادرة عنها وثيقة التأمين الصحي.
- وثيقة التأمين : هي هذه الوثيقة و التي تتعهد الشركة بموجبها، وفقاً للأحكام و الشروط و الإستثناءات و غيرها من الشروط الواردة فيها، بدفع نفقات العلاج حسب المنافع الموصوفة و يشار إليها أيضاً بوثيقة التأمين.
- المتعاقد : الجهة و/أو الشخص الطبيعي المقيم في سورية و/أو المعنوي الذي تقدم بطلب الحصول على وثيقة التأمين بصفته الشخصية و/أو بالنيابة عن و/أو بإسم الموظفين لديه و تابعيهم القانونيين و الذي يوقع على وثيقة التأمين (وثيقة التأمين) الصادرة عن الشركة.
- المشتركون في التأمين : الأشخاص الذين تربطهم بالمتعاقد مصلحة. كأن يكون موظفاً أو عاملاً بدوام كامل أو رابطة جماعية واحدة كالمهنة أو الدرجة العلمية أو رابطة إنتفاع مصلحة واحدة و يشمل المتعاقد في طلبه عند بدء التأمين أو من أضيف منهم بطلب رسمي و تم قبولهم جميعاً و رسمياً من قبل شركة التأمين عند بدء التعاقد أو في أي ملاحق للوثيقة و تم اعتبارهم بموجب وثيقة التأمين مؤمناً لهم مؤهلين و يشار إليهم فيما بعد بالمشتركين أو المؤمن لهم.
- المؤمن له : الشخص المسمى هكذا في الجدول الخاص لوثيقة التأمين ، يمكن أن يكون المتعاقد أو الموظف أو أفراد عائلته أو شخص تربطه به علاقة تعاقدية.
- المعالون (التابعون للمؤمن له) : زوجة أو زوج المؤمن له المشمول في وثيقة التأمين و أبناء غير المتزوجين شريطة أن يكون المعال مقيماً في بلد إقامة المؤمن له و الذي يكون مسؤولاً عن إعالتهم.
- درجة الإستشفاء : هي الدرجة التي اختارها المتعاقد و كما هي مدونة في جدول الوثيقة و تعتبر درجة الإستشفاء في المستشفى هي الغرفة و الخدمات لدرجة المعالجة.
- النفقات المشمولة : جميع نفقات المعالجة الطبية القانونية المألوفة و المعقولة و الضرورية التي يتكبدها المؤمن له أثناء سريان التأمين بشكل فعلي نتيجة إصابته بمرض أو حادث مشمول بهذه الوثيقة و ضمن الحدود و الإستثناءات الواردة في جدول الشروط الخاصة.
- نسبة التحمل : النسبة المئوية من تكاليف العلاج الطبي الفعلية التي يتكبدها المؤمن له من قيمة النفقات المشمولة المتكبدة، و تبين هذه النسبة في الشروط الخاصة للوثيقة.
- تاريخ بدء التأمين : هو التاريخ الذي قبلت به شركة التأمين طلب الإنتساب للمؤمن له و/أو المعالين المشتركين في التأمين و استكمال الأوراق المطلوبة كاملاً و الإثبات بصلاحيتهم للتأمين و إصدار الوثيقة أو الملحق الذي يؤكد قبولهم في التأمين.
- تاريخ نهاية التأمين : ينتهي التأمين للمؤمن له في الدقيقة الأخيرة من اليوم و الشهر و السنة التي تنتهي فيه التغطية بناءً على طلب المتعاقد أو إلغاء وثيقة التأمين بناءً على إتفاق طرفي التعاقد.
- تاريخ إنتهاء الوثيقة : تاريخ إنتهاء سريان مفعول الوثيقة هو الدقيقة الأخيرة من اليوم و الشهر و السنة التي تنتهي فيها وثيقة التأمين.
- المستشفى : أي مستشفى مرخص، مصنف بموجب القانون و يحمل إجازة من وزارة الصحة. و يجب أن يرد ذكره في الملحق الخاص بالمستشفيات الخاضعة لوثيقة التأمين .
- الطبيب : أي الطبيب أو الجراح المؤهل و المجاز قانونياً على أن يكون غير المؤمن له و لا يمت للمؤمن له بأية صلة قرابة من الدرجة الأولى.
- البطاقة الإستشفائية : بطاقة شخصية تصدر باسم المؤمن له، تسهل استفادته من التقديمات المذكورة في وثيقة التأمين و يتوجب إعادتها إلى شركة التأمين عند إنتهاء التأمين.
- المرض : تعني توعك صحة المؤمن له الذي يبدأ بعد سريان مفعول وثيقة التأمين .
- الإصابة الجسدية : تعني أي حادث جسدي طارئ ناتج عن سبب عرضي خارجي أو مفاجئ شديد و ظاهر، و خارج عن إرادة المؤمن له و الذي قد يحصل خلال مدة سريان وثيقة التأمين .
- الحالات الطارئة : حالة طبية ناتجة عن مرض أو حادث تستدعي العناية الفورية و التي تعالج في المستشفى في قسم الطوارئ شرط إبراز البطاقة الإستشفائية، و يغطي العلاج الإضطراري في غرفة الطوارئ فقط في الحالات التي لا يمكن علاجها في العيادات الخارجية.
- إدارة النفقات الطبية : هي شركة إدارة النفقات الطبية المرخصة من هيئة الإشراف على التأمين وفق الأصول و القانون، و تسمى أيضاً طرف إداري ثالث و هي شركات تقوم بتنفيذ وثيقة التأمين بشكل مطابق لمحتواها، كما تقوم بتسهيل حصول المتعاقد على الخدمات من خلال التعاقد مع مقدمي الخدمات الطبية وفق مرجعيات واضحة.
- الشبكة الطبية المعتمدة : المراكز التي توفر خدمات عناية صحية معينة (مثلاً: المستشفيات و المراكز الطبية و العيادات المتكاملة و الصيدليات و المختبرات و مراكز العلاج الفيزيائي و الأطباء) التي وافقت بموجب ترتيب معين و إتفاق خاص مع شركة التأمين أو شركة إدارة النفقات الطبية على تقديم خدمات العناية الطبية للمؤمن لهم.
- خارج الشبكة : الجهات الطبية غير المعتمدة هي تلك الجهات التي لا ينطبق عليها ما ورد في تعريف الشبكة الطبية المعتمدة، و العلاج خارج الشبكة هو العلاج لدى جهات طبية غير معتمدة و إذا احتاجها المؤمن له فإنه يقوم بالدفع لها مباشرة.
- دليل الإستخدام : دليل يشرح للمؤمن له كيفية استخدام برنامج التأمين (منافع وثيقة التأمين) على الشكل الأفضل.
- الحالة الصحية السابقة : أي أعراض مشخصة او معروفة للمؤمن له و/أو المتعاقد أو أية حالة نتجت عن إصابة أو مرض و تم

للتأمين علاجها بواسطة الأدوية أو الجراحة أو تم إعطاء نصيحة طبية بشأنها قبل تاريخ شمول المؤمن له بوثيقة التأمين. لا يؤثر الإسقاط التلقائي عن الحالة الصحية الموجودة مسبقاً على أية استثناءات أخرى مذكورة في الوثيقة والتي تبقى نافذة المفعول.

للتأمين

- المرض المزمن : هو المرض طويل الأمد الذي يظهر لأول مرة في أي وقت بعد بدء سريان فعالية وثيقة التأمين و إن إختفت أعراضه نتيجة لتلقي العلاج الخاص بذلك المرض أو لإتباع نمط معين من حياة المريض و أنه في حال توقف المريض عن تناول ذلك العلاج أو عاود ممارسة حياته الطبيعية فإن ذات المرض يظهر ثانية و تظهر أعراضه من جديد.
- فترة الإنتظار : الفترة التي تبدأ من تاريخ إلحاق المؤمن له بالوثيقة للمرة الأخيرة و لا يتم تغطية حالات مرضية معينة إلا بعد إنقضاء هذه الفترة خلال سريان هذه الوثيقة، إلا إذا نصت الشروط الخاصة خلافاً لذلك.
- طلب التأمين : الطلب الذي يكتب عليه المؤمن له المعلومات الخاصة به و بالمنفعين من منافع وثيقة التأمين المطلوبة و أن يصرح فيه وقت تقديم الطلب بجميع المعلومات التي تهتم شركة التأمين معرفتها لتقدير المخاطر موضوع الوثيقة و أن يدلي كذلك بجميع المعلومات و البيانات التي تؤثر على أهمية الخطر المؤمن منه.

المادة الثانية: أساس وثيقة التأمين

تعتبر التصاريح الخطية التي يعطيها المتعاقد أو المؤمن له في طلب التأمين أو في أي تصريح أو تقرير من أي مصدر كان ، بالإضافة إلى الشروط العامة و الخاصة و دليل الاستخدام User Guide أساساً لوثيقة التأمين الصحي وتشكل جميعها جزءاً لا يتجزأ منه. تحتفظ الشركة بحقها في طلب إثبات سن ومهنة المؤمن له قبل دفع أي مبلغ بموجب هذه الوثيقة. ينجم عن الخطأ غير المقصود في إعلان السن أو المهنة، إما فسخ الوثيقة، أو عرض قيمة جديدة للقسط بما يتناسب مع السن أو المهنة. لا ترتبط الشركة بأي تعديل في نص وثيقة التأمين إلا في حال صياغته خطياً و التوقيع عليه من قبل الموظف المسؤول المؤهل إجراء التعديل كما وأن الشركة غير ملزمة بأي تصريح يتعلق بوثيقة التأمين طالما لم ينظم التصريح خطياً ويسلم إلى مركزها الرئيسي.

المادة الثالثة: ابتداء مفعول وثيقة التأمين

تتعهد الشركة بتنفيذ التزاماتها المذكورة في وثيقة التأمين مع التقيد بالشروط الخاصة والعامة بعد استلام المتعاقد وثيقة التأمين من الشركة و التوقيع عليها و تسديد قيمة القسط المستحق.

المادة الرابعة: حدود وثيقة التأمين

الحدود الجغرافية: الجمهورية العربية السورية، إلا إذا نصت الشروط الخاصة للوثيقة خلاف ذلك. تغطي الشركة نفقات الاستشفاء المدفوعة خارج الحدود الجغرافية للتغطية المذكورة في الشروط الخاصة للوثيقة الناشئة عن حالة مرضية (طارئة أو باردة) حدثت أثناء تواجد المؤمن له في خارج الحدود الجغرافية للتغطية لفترة لا تزيد عن الشهرين بهدف السياحة أو التجارة و شرط أن لا تتجاوز الثلاث سفرات في السنة التأمينية العقدية الواحدة. تعوض الشركة الفواتير التي دفعت من قبل المؤمن له في الخارج طبقاً لتعريف وزارة الصحة و على أساس أسعار المستشفيات في سورية. يحسم مبلغ يمثل على وجه التقريب مساهمة (تحمل) المتعاقد/ المؤمن له المذكورة في الشروط الخاصة أو أية مؤسسة أخرى ضامنة في حال وجدت.

حدود التغطية: هو الحد الأقصى للتغطية لكل مؤمن له الذي تلزم الشركة تعويضه بموجب وثيقة التأمين و خلال الفترة التعاقدية المحددة في الشروط الخاصة لوثيقة التأمين . في حال اختار المؤمن له خلال إقامته في المستشفى درجة استشفاء أعلى من درجته الاستشفائية، يتحمل على نفقته الخاصة المصاريف الناتجة عن فرق الدرجة. إذا كانت تغطية المؤمن له تشمل مشاركة هيئة ضامنة أخرى، عندها يكون المتعاقد/ المؤمن له مسؤولاً عن إتمام المعاملات المطلوبة لهذه الغاية. في حال عدم إتمام معاملات الهيئة الضامنة الأخرى، عندها يتحمل المتعاقد / المؤمن له حصة الهيئة الضامنة بالكامل. إذا استهلك المؤمن له حدود تغطيته، تسقط حقوقه التعاقدية بمفرده من وثيقة التأمين ، يمكن للشركة تجديد حدود تغطيته في حال قدم المتعاقد/ المؤمن له طلباً بذلك و يحق للشركة الموافقة أو رفض تجديد التغطية على أن تكون التغطية الجديدة تستثنى المرض أو الحادث مع جميع مضاعفاته الذي يسببه استهلاك المؤمن له حدود تغطيته القديمة.

المادة الخامسة: النظام الاستشفائي المتعلق بتسديد التكاليف الاستشفائية

أ- المعالجة الاستشفائية داخل مستشفى متعاقد من شبكة مقدمي الخدمات المعتمدين

يتوجب على المؤمن له/ المريض بموجب وثيقة التأمين اتباع التعليمات الخاصة لأخذ موافقة للدخول إلى المستشفى (حالة باردة أو طارئة ، مع إقامة أو بدون إقامة ضمن المشفى) وفق التفاصيل المذكورة في دليل الاستخدام . لا تكون الشركة مسؤولة بشكل مباشر أو غير مباشر عن تحمل أي أعباء مالية أو معنوية نتيجة مخالفة المؤمن له أو المستشفى أو الطبيب أو مقدم خدمة طبية، لشروط الموافقة الخطية أو لأي بند من الشروط العامة و الخاصة للوثيقة . تسدد الشركة / مدير النفقات الطبية قيمة الفاتورة العائدة إلى المؤمن له المريض وفقاً لبند و شروط الموافقة الخطية مباشرة إلى المستشفى، وهي بالتالي غير مسؤولة عن أي مبلغ إضافي يدفع من قبل المؤمن له لأي جهة كانت لها علاقة مباشرة أو غير مباشرة بحالته الاستشفائية خارجة عن بنود الموافقة.

وافق المؤمن له / المريض أن تقوم الشركة بمعاينة المؤمن له المريض والأشخاص التابعين له في وثيقة التأمين الصحي والكشف على الحالة الصحية لهم من قبل مندوب الشركة الطبي. كما يحق للشركة الاستقصاء حول سيرتهم الصحية والتحقق عن ظروف جميع المطالبات دون استثناء بالقدر الذي تراه مناسباً". كما يوافق المؤمن له والأشخاص التابعين له على رفع السرية الطبية الخاصة بهم وذلك لصالح الشركة مع إعطاء الصلاحية المطلقة للاطلاع على كل المعلومات الطبية المتوفرة عنهم لدى أي مركز طبي (مستشفى، طبيب،....) و/أو شركة تأمين أو أي جهة أخرى تتوافر لديها تلك المعلومات واستلام نسخة عنها واستعمالها عندما تدعو الحاجة. يلتزم المؤمن له أن يعيد للشركة أي مبلغ تكون قد سددته عن حالة غير مشمولة بوثيقة التأمين أو عندما يفوق المبلغ الحدود المالية المتفق عليها في الشروط الخاصة بوثيقة التأمين

ب- المعالجة الاستشفائية داخل مستشفى غير متعاقد مع شبكة مقدمي الخدمات المعتمدين
- في حال اختيار المتعاقد/ المؤمن له مستشفى غير متعاقد يتوجب عليه وتحت طائلة سقوط الحق بالتغطية، التقيد بالتعليمات الخاصة حول ذلك في دليل الاستخدام.
- يحق للمؤمن له أن يختار الطبيب الذي يناسبه أو المستشفى التي تناسبه أو أي مركز طبي يناسبه وفي هذه الحالة يسدد المؤمن له مباشرة الفواتير إلى الطبيب أو المستشفى أو المركز، وعندئذ يحق للشركة دفع كامل أو جزء من الفواتير المسددة وفقاً لتعريف وزارة الصحة و على أساس أسعار المراكز المتعاقدة من شبكة مقدمي الخدمات التابعة لمدير النفقات الطبية.
يدفع مبلغ التعويض إلى المتعاقد/ المؤمن له خلال فترة 30 يوم عمل من تاريخ استلام الشركة المستندات المطلوبة كحد أقصى شرط أن تكون جميع المستندات صحيحة وغير ناقصة. أما إذا أقدم المؤمن له عن سوء نية على المبالغة في قيمة مصاريف الاستشفاء أو أخفى أو سحب أي تقرير طبي أو مستند أو استعمل عمداً وسائل تزوير أو مستندات غير صحيحة بقصد إثبات مطالبته، فإنه يفقد بذلك حقه من أي تعويض ممكن.
كل حق قد ينشأ عن وثيقة التأمين يسقط بمرور الزمن بعد انقضاء ثلاث سنوات على تاريخ الحادث الذي يكون سبب هذه الحق.
يتوجب على المؤمن له أن يعيد للشركة أي مبلغ تكون قد سدده عن حالة غير مشمولة بوثيقة التأمين أو عندما يفوق المبلغ الحدود المالية المنفق عليها عن كل مؤمن له في وثيقة التأمين أو في حال الاستشفاء في إحدى المستشفيات غير المذكورة بجدول المستشفيات المرفق لوثيقة التأمين .

المادة السادسة: أقساط التأمين

إن أقساط التأمين هي سنوية، ويستحق القسط بكامله ويسدد عند التوقيع على وثيقة التأمين وتتضمن الأقساط النفقات والضرائب والرسوم. وفي حال عدم تسديد القسط بكامله عندها تعتبر وثيقة التأمين لاغية حكماً وكأنها لم تكن دون الحاجة إلى إنذار أو إلى أي مراجعة قضائية. وفي حال اتفق الفريقان على تسديد قسط التأمين على مراحل، فتسدد عندها الأقساط وفقاً للأحكام والشروط المنصوص عنها في الشروط الخاصة أو ملحق التقسيط لوثيقة التأمين . أما في حال تمنع المتعاقد/ المؤمن له عن تسديد القسط المستحق ، عندها يحق للشركة أن تفسخ وثيقة التأمين بعد مرور عشرة أيام بدون الحاجة لأي إشعار أو إنذار و يكون المتعاقد/ المؤمن له مسؤولاً عن دفع القسط المستحق لغاية تاريخ الإلغاء وكذلك أية مبالغ أخرى مترتبة عليه. يحق للشركة إعادة النظر في احتساب الأسعار إذا تجاوز التغيير في عدد المشتركين زيادة أو نقصاناً بنسبة (25%) و لا يدخل في ذلك المعالون.

المادة السابعة: تجديد وثيقة التأمين

تجدد وثيقة التأمين باتفاق الفريقين ولفترة سنة واحدة بعد موافقة المتعاقد خطياً على إشعار التجديد. إن تسديد القسط بكامله أو جزئياً عند تقديم طلب التأمين أو عند التجديد لا يلزم الشركة بشيء. لا تتحقق التزامات الشركة إلا بإصدار وثيقة التأمين الرسمية و الموقعة والمختومة حسب الأصول. إن الشركة ملزمة بتسديد جميع التزاماتها في مركزها الرئيسي، وكل خلاف قد ينشأ بسبب تفسير أو تنفيذ وثيقة التأمين يعرض على المحاكم المختصة في دمشق- سورية.

المادة الثامنة: التصريح غير الصحيح

إن طلب التأمين والمستندات التي تبليغها الشركة بتاريخ بدء سريان مفعول وثيقة التأمين تعتبر جميعها سارية المفعول بدون تعديل خلال مدة وثيقة التأمين طالما لم تتبلغ الشركة كتاباً من المتعاقد بالتغيير الذي قد حصل للمتعاقد أو للمؤمن له. في حال التصريح غير الصحيحة أو كتم أية معلومات في طلب التأمين عن حالة صحية سابقة للتأمين غير مصرح بها و/أو خلال مدة سريان الوثيقة. عندها يحق للشركة باستيفاء كامل الأقساط عن طيلة مدة التأمين التي كانت ملحوظة في وثيقة التأمين وتعتبر وثيقة التأمين ملغاة حكماً و غير لازمة لشركة التأمين بكامل مفاعيلها، كما يكون للشركة الحق في فسخ الوثيقة دون اللجوء إلى القضاء أو توجيه إنذار أو إشعار بذلك.

المادة التاسعة: ازدواجية التأمين : لا يجوز أن يكون التأمين في هذه الوثيقة مصدر ربح للمؤمن له. أي أن الغرض هو تعويضه عن المصاريف التي يتكبدها فعلاً بحسب قيمتها الحقيقية و حسب ما تسمح به الوثيقة. في حال وجود وثائق تأمين أخرى مماثلة للوثيقة الحاضرة يستفيد منها المؤمن له، وجب عليه إعلام الشركة وعندئذ يطبق عليه مبدأ التكافل و التضامن بين الضامنين أو المسؤولين بالمال حيث تدفع الشركة حصتها من النفقات الطبية الفعلية المطالب بها بنسبة و وثائق التأمين الأخرى.

المادة العاشرة: حلول الشركة مكان المتعاقد/ المؤمن له: عند تسديد أية مطالبة وفقاً لشروط هذه الوثيقة يعطي المتعاقد/ المؤمن له لشركة التأمين حق الحلول محله في جميع الحقوق والدعاوى المترتبة له على الأشخاص الآخرين أو بوجه أي طرف ثالث مسؤول عن هذه المطالبة أو مصاريف تحصل لأي سبب كان، وخاصة حادث السيارة، وفقاً لأحكام المادة 303 من القانون المدني السوري ويتعهد المتعاقد و المؤمن له بالتعاون مع الشركة وتقديم كافة المعلومات والتسهيلات حفاظاً على حقوقها.

المادة الحادية عشر: تغيير درجة الاستشفاء: يحق للمتعاقد تغيير درجة الاستشفاء عند تجديد وثيقة التأمين فقط، ويجب أن يستفيد جميع الأشخاص الواردة أسماؤهم في وثيقة التأمين من ذلك. في حال طلب المتعاقد رفع درجة الاستشفاء عما كانت عليه في السنة التأمينية السابقة عندها تطبق على جميع المؤمنين لهم الاستثناءات العامة لوثيقة التأمين على أساس الدرجة الاستشفائية الحالية فقط في حال كانت الدرجة الاستشفائية الحالية أعلى من الدرجة السابقة المحددة في الشروط الخاصة لوثيقة التأمين السابقة.

المادة الثانية عشر: فسخ وثيقة التأمين

يحق للشركة السورية الدولية للتأمين ش.م.ع (أروب سورية) فسخ وثيقة التأمين في أي وقت تشاء وفقاً للآلية والشروط التالية:
1- في حال عدم دفع قسط التأمين من قبل المتعاقد / المؤمن له يحق لشركة التأمين فسخ الوثيقة دون حاجة الشركة لإرسال إشعار أو إنذار بذلك.
2- في حال وجود تصريح خاطئ أو إعطاء أي معلومات مغلوطة من قبل المتعاقد/ المؤمن له، تعيد الشركة للمتعاقد/ المؤمن له بعد حسم الرسوم و الطوابع جزء من القسط المدفوع بعد حسم الجزء المتناسب مع الفترة التي بقي فيها ساري المفعول. أما إذا كانت قيمة المطالبات المدفوعة منذ توقيع وثيقة التأمين تعادل أو تفوق قيمة القسط المدفوع، فتبقى هذه الأخيرة بكاملها لصالح الشركة.
3- في حال أساء المؤمن له استعمال بطاقة أروب سورية الاستشفائية، و عليه تحمل الأعباء المادية والمعنوية و القانونية الناتجة عن سوء الاستعمال.

المادة الثالثة عشر: الخطأ الطبي

لا تتحمل السورية الدولية للتأمين ش.م.ع (أروب سورية) أية مسؤولية عن أي أذى ناجم عن أي خطأ مهني طبي يلحق بالمؤمن له من جراء معالجته لدى أي من الجهات الطبية المتعاقدة أو غير المتعاقدة مع عدم الإخلال بحق المشترك في التعويض في مثل هذه الحالات من قبل تلك الجهات الطبية وفقاً لقواعد وحدود ومسؤولية هؤلاء التي تحددها القوانين العامة في الجمهورية العربية السورية.

المادة الرابعة عشر: التعديلات

إن التعديلات التي يمكن أن تطرأ خلال سريان وثيقة التأمين هي إما إضافة أو حذف مؤمن لهم، ويجب أن يتم ذلك بناء على طلب خطي من المتعاقد وموافقة من الشركة.
* إضافة مؤمن لهم: يحق للمتعاقد أن يطلب إضافة:

- 1- زوج أو أولاد بعد إملاء طلب تأمين وتبعاً لشروط الشركة.
- 2- مشترك جديد أو موظف جديد بعد إملاء طلب تأمين وتبعاً لشروط الشركة.
- 3- مولود جديد وذلك بعد مرور أربعة عشر يوماً على تاريخ الولادة شرط إحضار تقرير طبي من طبيب الأطفال المشرف. في حال تم تغطية الولادة من قبل الشركة عندها يتم تأمينه بنفس شروط تغطية الولادة دون استيفاء قسط التأمين للفترة المتبقية من وثيقة التأمين إلا إذا نصت الشروط الخاصة خلافاً لذلك، ويجب أن يكون المولود الجديد مستوفياً لشروط التأمين طبيياً، وموفاً للصحة.
- * **حذف مؤمن له:** للمتعاقد الحق بحذف أي مؤمن له أو مشترك أو موظف قد توفي أو لم يعد يستوفي شروط الأشخاص التابعين، أو الموظف/العامل المؤمن له الذي يفصل من عمله عندما يكون المتعاقد رب عمله عندها تعيد الشركة إلى المتعاقد جزء من القسط الغير مستهلك (القسط دون الطابع والرسوم مع حسم قيمة المطالبات الخاصة بالمؤمن له المطلوب حذفه عن الفترة المتبقية لانتهاء وثيقة التأمين). أما إذا كانت الفترة المتبقية لانتهاء وثيقة التأمين ثلاثة أشهر أو أقل عندها لن يتم إعادة أي جزء من القسط الخاص بالشخص المراد حذفه ويجب على المتعاقد إعادة بطاقة الاستشفاء الخاصة بالأشخاص المطلوب حذفهم إلى أروب سورية.
- * **إلغاء وثيقة التأمين:** يحق للمتعاقد إلغاء وثيقة التأمين (جميع المؤمن لهم) شرط إرسال كتاب مضمون موقع من قبله يطلب فيه إلغاء وثيقة التأمين، وفي هذه الحالة يجب إرفاق وثيقة التأمين الأساسية مع جميع الملاحق الخاصة بها إضافة إلى جميع بطاقات الاستشفاء. عندها تعيد الشركة إلى المتعاقد جزءاً من القسط الغير المستهلك (القسط دون الطابع والرسوم مع حسم قيمة المطالبات الخاصة بالمؤمن لهم المطلوب حذفه) عن الفترة المتبقية لانتهاء وثيقة التأمين. أما إذا كانت الفترة المتبقية لانتهاء وثيقة التأمين ثلاثة أشهر أو أقل عندها لن يتم استرجاع أي جزء من القسط الإجمالي لوثيقة التأمين.

المادة الخامسة عشر: حلّ الخلافات

اتفق المتعاقد وشركة التأمين على إحالة أية خلافات قد تنشأ فيما بينهما عن وثيقة التأمين إلى المحاكم المختصة في مدينة دمشق.

المادة السادسة عشر: موضوع وثيقة التأمين

● **تغطية الاستشفاء:** تغطي الشركة الحالات الطبية التالية:

- ❖ جميع الأعمال الجراحية كما هو مذكور في الشروط والاستثناءات العامة لوثيقة التأمين ما لم يذكر عكس ذلك في الشروط الخاصة لوثيقة التأمين.
- ❖ الحالات الطبية التي تتطلب العلاج داخل المستشفى ولا يمكن معالجتها ضمن برنامج الطبابة الخارجية.
- ❖ الحالات الطارئة التي تتطلب العلاج داخل قسم الطوارئ والتي لا يمكن أن تؤجل والنتيجة عن مرض أو حادث مفاجئ تغطيه نظم هذه الوثيقة.
- ❖ الأعمال الجراحية والتشخيص بالتظهير التي تعود لحالات طبية تغطيها وثيقة التأمين والتي لا تستلزم البقاء في المستشفى.
- ❖ الفحوصات المطلوبة قبل العملية الجراحية والتي تجرى خلال الإقامة غير المتقطعة في المستشفى والتي تتعلق بذات المرض المراد معالجته.
- ❖ العلاج الفيزيائي المتعلق بعمل استشفائي مغطى سواء أجري العلاج داخل المستشفى أو خارجه خلال فترة الوثيقة التعاقدية وذلك بعد أخذ موافقة مسبقة من الشركة.
- ❖ الولادة: عندما تكون الولادة مغطاة بموجب هذه الوثيقة، تأخذ شركة التأمين على عاتقها تغطية التكاليف التالية:
 - كلفة الإقامة لمدة يومين كحد أقصى في حال الولادة الطبيعية.
 - كلفة الإقامة لمدة ثلاثة أيام كحد أقصى في حال الولادة القيصرية.
 - كلفة سرير المولود (Nursery) أو الحاضنة (Incubator) للمولود الجديد منذ ولادته ولفتره أقصاها 6 أيام بصرف النظر عن مدة إقامة الأم في المستشفى.
 - تغطي شركة أروب سورية العلاج الطبي داخل المستشفى من برفان حديثي الولادة المؤقت (الصغيرة) للمولودين حديثاً ضمن برنامج التأمين الصحي للمولودين للضمان منذ ولادتهم وبصرف النظر عن فترة إقامة الوالدة في المستشفى.
 - استشارة واحدة لطبيب الأطفال المعالج.
 - عملية الختان شرط إجرائها قبل خروجه من المستشفى ومن قبل الطبيب الإخصائي (جراحة بولية).
 - تغطي كلفة التخدير ما فوق الجافية أو (القطني) إذا استعملت بدلاً من التخدير العام في حالة الولادة القيصرية فقط.
 - تشمل التغطية حالة ولادة واحدة / الشخص (المؤمن لها) في وثيقة التأمين بما في ذلك المضاعفات التي قد تنشأ عنها.

● **تغطية الطبابة:** وهي خطة العلاج خارج المستشفى:

1- الفحوصات التشخيصية:

- الأشعة – الطبقي المحوري – التصوير بالرنين المغناطيسي – الصور ما فوق الصوتية – تحاليل مختبر – فحوصات هرمونية – تخطيط الدماغ الكهربائي – تخطيط القلب – تخطيط العضلات والأعصاب – تخطيط السمع – اختبار الجهد القلبي (Stress Test) – الهولتر القلبي – (أما فحص ترقق العظام (osteodensitometry) فيتم في المراكز الطبية المتعاقدة مع الشركة ولمرة واحدة فقط في السنة).
- تغطي الشركة للمرأة الحامل obstetrical ultrasound عدد 2، و Echo-morphology عدد 1 و لضرورة طبية فقط خلال فترة الحمل. وتغطي الشركة العلاج الفيزيائي التابع لطبابة مغطاة وذلك بعد أخذ موافقة مسبقة من الشركة.
- * تتم تغطية الفحوصات التشخيصية إلى الحد الأقصى في السنة / الشخص (كما هو محدد في الشروط الخاصة للوثيقة) لكل مؤمن له.

2- زيارات الطبيب:

تغطي الشركة المعاينات الطبية التي تمت لدى الأطباء المتعاقدين معها وفق شروط وثيقة التأمين، وتعرض الشركة للمؤمن له (كما هو محدد في الشروط الخاصة للوثيقة) كحد أقصى من المعاينات الطبية لدى الأطباء غير المتعاقدين مع الشركة وفقاً للشروط العامة والخاصة بوثيقة التأمين. ملاحظة: يجب أن لا يتعدى عدد الزيارات العدد المنكور في الشروط الخاصة لوثيقة التأمين.

3- الأدوية:

- تعوض الشركة بموجب تغطية الأدوية تلك الأدوية المرخصة من قبل وزارة الصحة السورية وبالأسعار المحددة من قبل هذه الأخيرة، والتي يكون الطبيب المعالج قد حددها في وصفته.
- تغطي الشركة الأدوية المسكنة و الفيتامينات و الأدوية العشبية و التي يدخل في تركيبها الأعشاب الطبية و ذلك ضمن وصفة طبية نظامية مستوفية لشروط صرفها (اسم المرض، التشخيص، التوقيع، الختم، اصلاحية،.....) و ضمن سبب مرضي مغطى بوثيقة التأمين.
- في حال تغطية الأمراض المزمنة أو الأمراض الموجودة مسبقاً مثل (داء السكري، ارتفاع ضغط الدم ، ارتفاع كوليسترول المصل، داء الصرع، أمراض القلب، الربو، السرطان بأنواعه....) ، عندها يتم تعبئة استمارة طلب أدوية مزمنة و تصرف للمريض بعد الحصول على موافقة الشركة عليها.
- تتم تغطية الأدوية إلى الحد الأقصى في السنة / الشخص (كما هو محدد في الشروط الخاصة للوثيقة) لكل مؤمن له.
- اللقاحات: إذا كانت اللقاحات مغطاة حسب الشروط الخاصة للوثيقة، فإن اللقاحات المشمولة بالتأمين هي اللقاحات الموصى بها من منظمة الصحة العالمية و مركز مراقبة الأمراض و الوقاية منها (سي دي سي) في أتلانتا – جورجيا و الموصى بها من وزارة الصحة السورية، وهي:

1. التهاب الكبد (ب) ، الحصبة ، السل ، الشلل الثلاثي ، الحصبة الألمانية ، النكاف.
2. الخانوق، الشاهوق، الكزاز.
3. اللقاح الخماسي **Infanrix** ضد الإصابة بالخانوق و الشاهوق و الكزاز.
4. لقاح السل للوليد الجديد.
5. الإنفلونزا (ب) **Hemophilus Influenza B** للأطفال و للمؤمنين فوق سن الخمسين (لمرة واحدة فقط في السنة).
6. المكورات العنقودية للمؤمنين فوق سن الخامسة و الستين (لمرة واحدة كل خمس سنوات).

4- تغطية الأسنان:

- إذا كانت هذه التغطية مشمولة بالتأمين حسب الشروط الخاصة للوثيقة، فإنها تكون حصراً ضمن الشبكة الطبية المعتمدة فقط و لغاية الحد المالي الأقصى كما هو وارد في الشروط الخاصة للوثيقة.
 - تغطي شركة التأمين الإجراءات السنوية التالية:
1. صورة سن أو ضرس / صورة بسيطة
 2. حشوة معدنية بدون سحب عصب
 3. حشوة كمبوزيت أو بيضاء بدون سحب عصب
 4. حشوة قناة واحدة مع سحب عصب
 5. حشوة قناتان أو ثلاثة مع سحب عصب

6. إعادة معالجة مع حشوة قناة واحدة مع سحب عصب
 7. قلع سن أو جذر عادي
 8. قلع سن أو جذر عادي (عدد 2 خلال نفس الجلسة)
 9. قلع سن أو جذر عادي (أكثر من 2 خلال نفس الجلسة)
 10. استئصال من الحفرة السنخية
 11. تجريف أو قطع ذروة
 12. قلع ضرس عقل غارز
 13. تقليح الأسنان (مرة واحدة بالسنة)
- يستثنى من تغطية الأسنان الحالات التالية: التيجان و الجسور و تبييض الأسنان.

5- تغطية النظارات/العدسات الطبية:

- إذا كانت هذه التغطية مشمولة بالتأمين حسب الشروط الخاصة للوثيقة، فإنها تكون حصراً ضمن الشبكة الطبية المعتمدة فقط و لغاية الحد المالي الأقصى كما هو وارد في الشروط الخاصة للوثيقة.
 - تغطي شركة التأمين كلفة إطار النظارة الطبية في حال كسره من جراء حادث مفاجئ خارج عن إرادة المؤمن له.
 - تغطي شركة التأمين العدسات التي تزيد عن نصف درجة، و لضرورة طبية، التالية:
1. عدسات بلاستيك و زجاج
 2. عدسات مضغوطة
 3. عدسات انترفلبي (Anti-Reflex)
 4. عدسات ذات محرقين Bifocal
- يستثنى من هذه التغطية النظارات الشمسية و العدسات اللاصقة و الملونة و التي تستخدم للتجميل.

● منافع أخرى:

1. الوفاة خلال فترة الاستشفاء: في حال وفاة المؤمن له بعد دخوله المستشفى وخلال فترة استشفائه من حالة صحية مشمولة ضمن وثيقة التأمين ، تسدد الشركة **كحد أدناه مبلغاً** وقدره **100.000/ل.س** (مائة ألف ليرة سورية فقط لا غير) لمصاريف الدفن و البراد من خلال وثائق رسمية واضحة. كلفة البراد تُدفع كجزء من هذا المبلغ و تسدد مباشرة للمستشفى ، أما الباقي من المبلغ فيُدفع للورثة الشرعيين مقابل مصاريف الدفن فقط
2. تغطي الشركة:
 - الصمامات المتعلقة بجراحة القلب.
 - الشبكة الإكليلية (Stent) التي توضع داخل كافة الشرايين فهي مغطاة حسب شروط الوثيقة لكل مؤمن له خلال السنة التعاقدية التأمينية الواحدة للوثائق ذات الحدود الجغرافية المتعاقد عليها داخل سورية.

- الأجهزة المثبتة داخليا وخارجيا (مثل صفيحة ، براغي.....) فهي مغطاة شرط أن تكون نتيجة إصابة جسدية (حادث) حصل خلال سريان مفعول وثيقة التأمين أو تجديدها وشرط أن تكون هذه الأجهزة قد وضعت بعد الحادث مباشرة خلال السنة التعاقدية التأمينية الواحدة وحسب شروط العقد.
- الرقعة (Mesh) الخاصة بجراحة الفتق.
- 3. جلسات الغسيل الكلوي الحاد والتي تجرى خلال فترة الإستشفاء الأول وحتى الخروج من المستشفى.
- 4. معالجة أو جراحة الأسنان والفك بما في ذلك عمليات التقويم والتجميل والتلييس الاصطناعي والوجبات وخلل المفصل الفكي الصدغي إذا نتجت عن حادث طارئ مغطى حصل بعد ابتداء وثيقة التأمين على أن تجري ضمن مهلة ستة أشهر كحد أقصى من تاريخ الحادث وخلال سريان أو تجديد وثيقة التأمين ، ويشترط الحصول على موافقة الشركة المسبقة.
- 5. الجراحة التجميلية والبلاستيكية إذا نتجت عن حادث طارئ مغطى حصل بعد ابتداء وثيقة التأمين على أن تجري ضمن مهلة تسعة أشهر كحد أقصى من تاريخ الحادث وخلال سريان أو تجديد وثيقة التأمين ويشترط الحصول على موافقة الشركة المسبقة.
- 6. علاج الأنف الناجم عن حادث طارئ (Accident) حصل بعد ابتداء وثيقة التأمين، على أن يجري العلاج ضمن مهلة تسعة أشهر كحد أقصى من تاريخ الحادث وخلال سريان أو تجديد وثيقة التأمين ويشترط الحصول على موافقة الشركة المسبقة.
- 7. علاج العين الناجم عن حادث طارئ (Accident) حصل بعد ابتداء وثيقة التأمين ، فهو مغطى مباشرة من قبل الشركة على أن يجري العلاج ضمن مهلة تسعة أشهر كحد أقصى من تاريخ الحادث وخلال سريان أو تجديد وثيقة التأمين ويشترط الحصول على موافقة الشركة المسبقة.
- 8. حالات التشوهات الخلقية: وهي الأمراض والعاهات وسوء التكوين الخلقي والنقصان الموجودة عند الولادة، سواء بشكل واضح أو بشكل محتمل قد يظهر لاحقا تعتبر الحالات الخلقية التالية مغطاة فقط في الحالات التي تكون ولادة المؤمن له قد جرت تغطيتها ضمن نظام أروب سورية وان يكون المولود الجديد قابل للضمان منذ ولادته، ومؤمن له ضمن نظام أروب سورية منذ بلوغه الـ 14 يوم ومن دون انقطاع وهذه الحالات هي التالية: الفتق hernia، كيس درفي لساني thyroiglossal cyst ، ضيق بوابة الاثني عشر pyloric stenosis ، الجزر (الارتداد) البولي urinary reflux ، الجزر (الارتداد) المعدي المريئي gastro-Bladder Extrophy and esophageal reflux ، مابال (احليل) فوقاني Epispadias ، مابال (احليل) تحتاني Hypospadias ، تشوه المثانة الباطني ، Atresia ، فتق صري ولادي وانشقاق بطني Omphalocele & Laparoschisis ، رتق (انسداد) الاثني عشر Duodenal Atresia ، رتق (انسداد) المريء Esophageal ، الصمام الخلفي للاحليل Posterior urethral ، تضخم الحالب Megaureter ، موه (استسقاء) الكلوة والموصل الحالب الحويضي Hydronephrosis and U-P junction ، الفتق الحجابي Diaphragmatic Hernia ، رتق (انسداد) المرء Esophageal ، فتق صري ولادي وانشقاق بطني Omphalocele & Laparoschisis ، رتق (انسداد) الاثني عشر Duodenal Atresia ، رتق (انسداد) المرء Esophageal ، Intestinal Atresia ، ضخامة القولون الولادي Congenital Megacolon (Hirschprung) ، عدم انقباض الشرج Imperforate anus ، رتق (انسداد) المجاري المرارية Biliary Atresia ، كيس قصبي المنشأ Bronchogenic Cysts ، تشوه كيس غدماني Cystic adenomatoid malformation ، وثيقة اللسان Tongue Tie ، الخصية الهاجرة

المادة السابعة عشر: استثناءات وثيقة التأمين

أ- استثناءات الإستشفاء:

- 1- محاولة الانتحار، إصابات الحرب والجروح والاضطرابات المدنية والإرهاب ، التلوث الإشعاعي والنووي والجراثيمي والأوبئة، الأمراض المنتقلة جنسياً، الإيدز، الجراحات التجميلية، الباركنسون ، الزهايمر ، الفحوصات الجينية، اضطرابات النوم، الفحص العام الدوري، الأمراض النفسية، والمشاركة في المسابقات والرياضات الخطرة، وثمان الآلات المساعدة على السمع، وسائل تحسين النظر وتصحيحه ، وإضطرابات النمو.
- 2- كلفة ثمن الأعضاء المزروعة والبدائل الاصطناعية (بما فيها الأطراف الاصطناعية) و المستعملة في جراحة زراعة الأعضاء.
- 3- أمراض اللثة و جراحاتها.
- 4- غسل الكلى المزمن (الدموي والبريتواني) و عملية الشريان الوريدي المتعلق به.
- 5- نفقات الإسعاف البري والجوي، إلا إذا نصت الشروط الخاصة لوثيقة التأمين خلافاً لذلك.
- 6- علاج ترقق العظام باستخدام الـ Acalasta
- 8- كل ما يتعلق بالإخصاب والإنجاب والعقم و دوالي الحبل المنوي و بزل السائل السلوي Amniocentesis.
- 9- علاجات تساقط الشعر والعمليات التابعة لها وكل ما ينتج عنها من مضاعفات.
- 10- الإجهاض غير القانوني والإجهاض بدون استئجاب طبي.
- 11- الحالات الخلقية، و المضاعفات الناتجة عنها: كافة حالات التشوهات الخلقية غير مشمولة بالتأمين عدا الحالات المذكورة سابقاً (و المشمولة بالتأمين) في المادة السابعة عشر (موضوع وثيقة التأمين بند منافع أخرى).
- 12- حوادث العمل والأخطار المهنية إلا إذا نصت الشروط الخاصة لوثيقة التأمين أو في تعديلاته خلافاً لذلك. يستثنى من هذا البند الأشخاص الذين يمارسون أعمال مكتبية فقط (Administrative Work).

فترات الانتظار:

تغطي الشركة بعض الحالات الطبية المرضية وذلك بعد مرور فترة انتظار محددة كما هو وارد في الشروط الخاصة للوثيقة.

ب- استثناءات الطبية:

1. جميع الاستثناءات المطبقة على خطة الإستشفاء (داخل المستشفى) تطبق على برنامج الطبابة (خارج المستشفى).
 2. فحوصات التشخيص التي تجري لغرض الفحوصات الصحية (Check Up) وفحوصات ما قبل الزواج، أو لسبب غير طبي.
 3. صورة الطبقي المحوري المتعدد الشرائح CT Multi Slices و PT. Scan إلا إذا نصت الشروط الخاصة خلاف ذلك
 4. كافة الأدوية التالية غير مشمولة بالتأمين:
- جميع أنواع العلاجات ذات الصفة الوقائية و ليس العلاجية.

- المحاليل المطهرة عموماً (سافلون، ديتول، بوفيدون..) و الفوط الصحية ، و جميع المستحضرات التي تستعمل للعناية بالشعر كالصابون و الشامبو و مستحضرات العناية باللثة والأسنان والوجه، و المستحضرات التجميلية ، أدوية الحماية الغذائية.
- فرش الأسنان، الخيوط الطبية و معجون الأسنان.
- غسول الفم، بخاخ الحلق و الأقراص الدوائية المحلاة و محاليل الفرغرة...الخ.
- مساعدات تقويم الأسنان و حماية الفم.
- للعناية باللثة والأسنان، والوجه، و المستحضرات التجميلية، مع الحماية الغذائية.
- جميع الأدوية التي يمكن الحصول عليها من دون وصفة طبية (بندول، تيلينول، سيتامول، فيكس، ستريسل، اسبرين، كالسفيتا، و المكملات الغذائية،... الخ) إضافة إلى الفيتامينات بجميع أنواعها إلا إذا وردت ضمن وصفة طبية نظامية و لضرورة طبية.
- الأمصال و السيرومات.
- العلاجات المرتبطة بحب الشباب.
- العلاجات الهرمونية (HRT) في فترة انقطاع الدورة الطمثية الشهرية (سن الضهي Menopause).
- المنشطات الجنسية بكافة أنواعها و أشكالها وأدوية منع الحمل، و علاج العقم والعجز الجنسي.
- المستحضرات الجلدية باستثناء تلك المتعلقة بعلاج الأمراض الالتهابية والحروق الناتجة عن الحوادث.
- جميع أجهزة تصحيح السمع أو البصر والمستحضرات الخاصة بها.
- مستحضرات وأدوية علاج الأمراض المنتقلة جنسياً وأمراض عوز المناعة المكتسب.
- جميع أنواع الأطعمة الخاصة بالأطفال ومشتقاتها مثل الحليب، الأرز... الخ، و فوط الأطفال.
- جميع أنواع الأدوية المهدنة للأعصاب والمؤثرة على المزاج.
- عكاز المشي و الحملات و أدوات التعليق و تدعيم الحوض و شدادات الخصر و دعامات المفاصل و جوارب الشد و شدادات البطن.
- شفاطات الحليب و أدوات التدليك و معدات التمارين الرياضية.
- الأحذية الرياضية و تدعيم الكعب و تدعيم الساعد.
- الرباطات و الدعامات من أي نوع و ياقة العنق.
- الخمائر والأنزيمات الهاضمة
- مشروبات المناعة والتي تستعمل في زراعة الأعضاء

ملحق تغطية الوفاة نتيجة حادث

المادة 1: موضوع الضمانة

تضمن وثيقة التأمين دفع التقديرات المنصوص عليها في الشروط الخاصة في حال تعرّض المتعاقد/المؤمن له، و المذكور في الشروط الخاصة، لحادث يحصل له خلال ممارسة مهنته أو في حياته الخاصة يكون سببه المباشر عامل مفاجئ خارجي عنيف و خارج عن إرادته أدى إلى وفاته ، بمهلة اثني عشر شهراً من تاريخ وقوعه.

المادة 2: مدى الضمانة

في حال حصول إصابة جسدية أدت إلى الوفاة وفقاً للتعريف الوارد في المادة الأولى أعلاه، تستحق التقديرات المذكورة في الشروط الخاصة على الشركة السورية الدولية للتأمين ش.م.ع (اروب سورية) وفقاً لما يلي:
في حال وفاة المؤمن له كنتيجة مباشرة وحصرياً لحادث مضمون يدفع كامل المبلغ المذكور في الشروط الخاصة إلى المستفيدين المعيّنين من قبل المؤمن له في حال تعيين مستفيدين ، أو في حال وفاة المستفيدين المعيّنين من قبل المؤمن له فإلى ورثة هذا الأخير الشرعيين الحاملين للوثائق الثبوتية اللازمة.

المادة 3: حدود لمدى الضمانة

– الوفاة جراء حادث فقط

- يتم دفع مبلغ الوفاة مرة واحدة للورثة الشرعيين بعد التحقق الكامل من وقوع الحادث و استيفائه لشروط الحادث المغطى ضمن وثيقة التأمين على الحوادث الشخصية.

المادة 4: الاستثناءات

* تستثنى تغطية الوفاة الناتجة عن :

- ❖ الأمراض من أي نوع كانت، مهنية أم لا، كما وسائر الإصابات و العاهات غير الناتجة أو المتسببة من حادث.
- ❖ انتحار أو محاولة انتحار المؤمن له و اغتياله و قتله عن قصد أو بغية القتل من قبل المؤمن له أو المستفيدين المعيّنين في الشروط الخاصة.
- ❖ تعاطي المؤمن له للمورفين أو الكوكايين أو غيرهما من المواد المماثلة إذا لم تكن قد وُصفت له طبياً.
- ❖ نتائج عمليات جراحية تُجرى للمؤمن له غير متأتية عن حادث مضمون.

- ❖ الأشعة السينية (أشعة إكس)، الراديوم و مركباته و مشتقاته إلا إذا كان تأثيرها على الشخص الذي يعالج نتائج عن عيب في سير الأجهزة أو سوء في وظيفتها أو نتيجة معالجة المؤمن له من جراء حادث مضمون.
- ❖ النتائج المباشرة أو غير المباشرة لتحويل تكوين النواة أو الانشطار النووي أو القوة الإشعاعية.
- ❖ عاهة سابقة للحادث، أو السكر، أو الهذيان الكحولي، أو الجنون، أو أي عارض شلل أو سكتة أو الانفجار الدماغي أو الصرع (داء النقطة).
- ❖ اشتراك المؤمن له بمشاجرة (إلا في حال الدفاع عن النفس) أو بجريرة أو بجنحة مقصودة.
- ❖ الملاحة تحت سطح البحر.
- ❖ استعمال أية وسيلة نقل جوي إلا إذا كان ذلك بصفة راكب على متن طائرات الخطوط التجارية النظامية المعدة رسمياً لنقل الركاب جواً.
- ❖ اشتراك المؤمن له كمتبار في مباريات أو سباقات أو مبارزات أو مسابقات أو " الرياضات " في الألعاب الرياضية التالية: الدراجات النارية، السيارات، الألعاب الجوية، الألعاب المائية مع استعمال محرك، الألعاب على الثلج أو الجليد.
- ❖ مزاولة المؤمن له، حتى على سبيل الهواية، لأية رياضة فردية أو جماعية غير مصرح عنها من قبله في طلب التأمين ومقبولة من قبل الشركة السورية الدولية للتأمين ش.م.ع (أروب سورية) في شروط وثيقة التأمين الخاصة.
- ❖ قيادة الدراجات النارية، من أية قوة كانت، من قبل المؤمن له أو استعمالها كراكب.
- ❖ الاختناق
- ❖ استعمال مواد متفجرة
- ❖ غزو، حرب خارجية، دولة اجنبية، حرب اهلية، احكام عرفية، عصيان، تعبئة عامة، قيام المؤمن له بالخدمة العسكرية، ثورة، استيلاء على السلطة عسكرياً أو سياسياً، عمل إرهابي أو تخريبي، تمرد، إضراب، تحركات شعبية، نهب، أي نوع من القذائف أو أي نوع من المتفجرات، الرصاص، القذائف المدفعية، الصواريخ أو غيرها من الأدوات الحربية أياً كان مصدرها و من أي نوع كانت أو أية أعمال أو عمليات شاذة من قبل أشخاص مسلحين منتسبين أو غير منتسبين لمنظمات أو أحزاب سياسية أو عسكرية أو شبه عسكرية و / أو خاضعين لسلطان سلطات واقعية أو شرعية عاملين لحسابهم الخاص أو لحساب المنظمات التي هم مسؤولون تجاهها.

المادة 5 : تصريحات المؤمن له عند إبرام العقد(وثيقة التأمين)

في حال حصول أي تكتّم أو تصريح كاذب من قبل المؤمن له من شأنهما التأثير على فكرة الخطر لدى الشركة السورية الدولية للتأمين ش.م.ع (أروب سورية) ، يحق لهذه الأخيرة أن تدلي ببطلان وثيقة التأمين.

المادة 6 : موجبات المؤمن له في حال حصول حادث

1 – التصريح

في حال حصول حادث أدى إلى وفاة المؤمن له من شأنه أن يجعل ضمانته الشركة السورية الدولية للتأمين ش.م.ع (أروب سورية) متوجبة، على المستفيدين من التأمين و تحت طائلة سقوط حق المستفيدين من الاستفادة من التأمين، أن يسلموا الشركة بمهلة ثلاثين يوم من تاريخ حصول الحادث أو من تاريخ علم المستفيدين من التأمين بحصوله، تصريحاً خطياً يتضمن تاريخ الحادث، و مكان حصوله، و أسبابه و ظروفه و نتائجه كما و أسماء و عناوين الشهود و المسؤولين إذا وُجدوا. يجب أن يرفق بهذا التصريح تقرير طبي يوضّح سبب الوفاة.

2 – حق الشركة بالمعاينة

إن لأطباء الشركة السورية الدولية للتأمين ش.م.ع (أروب سورية) و/ أو مندوبيها الحق بالتحقق من سبب الوفاة تحت طائلة سقوط الحق بالاستفادة من التأمين إذا رفض المستفيدون ذلك.

3- التكتّم و التصريح غير الصحيح

إن استعمال وثائق أو وسائل كاذبة و كل تكتّم أو إدلاء بمعلومات كاذبة في التصريح عن الحادث ترمي إلى تغيير طبيعة نتائجه أو تضخيمها أو إلى طمس أسبابه أو إلى تمديد نتائجه، تؤدي حكماً إلى سقوط كل حقوق المؤمن له أو المستفيدين من التأمين في التقديرات العائدة للحادث و يتوجب إعادة هذه التقديرات إلى الشركة السورية الدولية للتأمين ش.م.ع (أروب سورية) إذا كانت قد دُفعت من قبلها.

دليل الإستخدام User Guide

(تتم إدارة المطالبات الطبية الواقعة داخل سورية من خلال إدارة النفقات الطبية شركة الخدمات المميزة)

(تتم إدارة المطالبات الطبية الواقعة خارج سورية من خلال التنسيق مع شركة أروب سورية)

كيفية الاستفادة من خدمات وثيقة التأمين

من أجل الاستفادة المثلى من وثيقة التأمين الصحي، يرجى إتباع التعليمات الواردة فيما يلي وبحسب كل حالة:

❑ داخل الشبكة الطبية المعتمدة

1) في حالات مراجعة طبيب معتمد من الشبكة الطبية المعتمدة:

- يجب إبراز بطاقة التأمين.
- يقوم الطبيب المعالج بتعبئة استمارة معاينة طبية، وهي حكماً موجودة لدى كل طبيب داخل الشبكة.
- لا يدفع المريض أي مبلغ في حال تمت المعاينة لدى طبيب من داخل الشبكة.

- يجب التأكد من وجود تشخيص واضح و التاريخ و الختم في حال طلب أي خدمة إضافية(مثلاً:أدوية-تحاليل-أشعة).

2) في حالات مراجعة الصيدليات المعتمدة ضمن الشبكة الطبية المعتمدة:

- يتم إبراز الوصفة الطبية المؤرخة، الموقعة والمختومة مع ذكر التشخيص من قبل الطبيب المعالج مع بطاقة الاستفادة.
- تقوم الصيدلية بتحديد الأدوية التي يمكن تغطيتها وذلك بحسب الاستثناءات المحددة في الشروط العامة والخاصة.
- تحتفظ الصيدلية بالوصفة الطبية ولذلك يجب تصوير الوصفة قبل إعطائها للصيدلية في حالة رغب المؤمن له بمراجعتها لاحقاً.
- تغطي شركة التأمين كلفة قيمة الأدوية المشمولة بالتأمين و يتحمل المؤمن له نسبة مئوية إن وجدت كما هو مذكور في الشروط الخاصة للوثيقة.

3) في حالات طلب فحوصات التشخيص المخبرية أو الشعاعية ضمن الشبكة الطبية المعتمدة:

- يتم إبراز طلب الفحوصات المؤرخ، الموقع والمختوم مع ذكر التشخيص من قبل الطبيب المعالج مع بطاقة الاستفادة.
- يقوم المركز أو المخبر بإجراء اللازم حسب التغطية المسموح بها في الوثيقة و طلب الموافقة الضرورية إن لزم.
- تغطي شركة التأمين كلفة قيمة الفحوصات المشمولة بالتأمين و يتحمل المؤمن له نسبة مئوية إن وجدت كما هو مذكور في الشروط الخاصة للوثيقة.

4) في الحالات الطارئة التي لا تستلزم الإقامة في المستشفى ضمن الشبكة الطبية المعتمدة:

في الحالات التي يطلب فيها خدمة صحية لدى قسم الطوارئ (الإسعاف) في المستشفى، ولا تتطلب المكوث في المستشفى لأية ليلة، على المؤمن له أن يبرز بطاقة استفادته وبطاقته الشخصية إلى المستشفى المذكور للتأكد من هويته، ومن ثم يقوم المستشفى بطلب الموافقة على التغطية من إدارة النفقات الطبية.

5) في الحالات الطارئة التي تستلزم الإقامة في المستشفى ضمن الشبكة الطبية المعتمدة:

على المؤمن له أو أحد مرافقيه الطلب من المستشفى إعلام إدارة النفقات الطبية بحالة المؤمن له خلال 48 ساعة من دخوله المستشفى، على أن لا يتأخر ذلك عن يوم العمل التالي إذا ما صادفت نهاية المهلة يوم عطلة.

6) في الحالات غير الطارئة التي تستلزم الإقامة في المستشفى ضمن الشبكة الطبية المعتمدة:

- الحصول على الموافقة على التغطية من إدارة النفقات الطبية قبل الاستفادة من الخدمات الصحية المغطاة وذلك عن طريق تقديم التقرير الطبي لدخول المستشفى معاً وفقاً للأصول سواء كانت تتطلب حالة المريض المكوث ليلة على الأقل في المستشفى أو أكثر.
- تقديم التقرير الطبي إلى المستشفى المراد دخوله مع بطاقة الاستشفاء.
- يقوم المستشفى بإرسال الوثائق إلى إدارة النفقات الطبية من أجل الحصول على الموافقة بمهلة لا تقل عن خمسة أيام.
- عندما يحين موعد العلاج الأستشفائي تكون الموافقة موجودة لدى قسم الاستقبال في المستشفى.

❏ خارج شبكة إدارة النفقات الطبية

1) في حالات مراجعة طبيب غير معتمد من شبكة إدارة النفقات الطبية:

- يسدد المؤمن له قيمة المعالجة للطبيب المعالج مباشرة.
- القيام بإجراءات إعادة التسديد المبينة لاحقاً.

2) في حالات استخدام الصيدليات غير المعتمدة من قبل شبكة إدارة النفقات الطبية:

- يسدد المؤمن له قيمة الدواء للصيدلية مباشرة.
- القيام بإجراءات إعادة التسديد المبينة لاحقاً.

3) في حالة مراجعة مركز فحوصات التشخيص / مخبرية أو شعاعية غير المعتمدة من قبل شبكة إدارة النفقات الطبية:

- يسدد المؤمن له قيمة الفحص أو الصورة للمخبر أو مركز التصوير الشعاعي مباشرة.
- القيام بإجراءات إعادة التسديد المبينة لاحقاً

4) في الحالات الطارئة التي لا تستلزم الإقامة في المستشفى غير المعتمدة من قبل شبكة إدارة النفقات الطبية:

- في الحالات التي يطلب فيها خدمة صحية لدى قسم الطوارئ في مستشفى، ولا تتطلب المكوث في المستشفى يقوم المؤمن له بالإجراءات التالية:
- يسدد المؤمن له قيمة الاستشفاء للمستشفى مباشرة.
- القيام بإجراءات إعادة التسديد المبينة لاحقاً

5) في الحالات الطارئة التي تستلزم الإقامة في المستشفى غير المعتمدة من قبل شبكة إدارة النفقات الطبية:

- يسدد المؤمن له قيمة الاستشفاء للمستشفى مباشرة.
- القيام بإجراءات إعادة التسديد المبينة لاحقاً

6) في الحالات غير الطارئة التي تستلزم الإقامة في المستشفى غير المعتمدة من قبل شبكة إدارة النفقات الطبية:

- لا يمكن إجراء أي عمل جراحي في مركز غير معتمد ضمن شبكة مدير النفقات الطبية إلا بوجود أحد الاحتمالات التالية:
- عندما لا تتوفر مراكز معتمدة في المحافظة التي يعمل أو يقيم فيها المؤمن له و عليه يجب اعلام شركة التأمين عن رغبته بدخول المستشفى.

- عندما يكون العلاج الاستشفائي المطلوب غير متوفر في مركز معتمد ضمن شبكة إدارة النفقات الطبية في المحافظة التي يعمل أو يعيش فيها المؤمن له. و عليه يجب اعلام شركة التأمين عن رغبته بدخول المستشفى.

في الحالات غير الطارئة، يجب الحصول على موافقة شركة التأمين عبر إدارة النفقات الطبية بإرسال نموذج دخول المستشفى مع بيان اسم المستشفى المراد دخوله- نوع المعالجة الاستشفائية- مدة الإقامة- رقم هاتف المؤمن له، وستقوم شركة التأمين بالاتصال مع المؤمن له لإبلاغه الموافقة أو عدم الموافقة إما مباشرة أو عبر إدارة النفقات الطبية.

يتم الركون الى المتوسط اليومي للأتعاب و المصاريف المتكبدة للاستشفاء العادي و/أو في العناية الفائقة لدى مركز مواز مشارك في شبكة إدارة النفقات الطبية للخدمات في سورية بالنسبة لجميع أنواع العمليات الجراحية (في حال كانت الفاتورة موضوع المطالبة تتعلق بعمل جراحي) أو بالنسبة لجميع أنواع الإجراءات الطبية (في حال كانت الفاتورة موضوع المطالبة تتعلق بإجراء طبي).

إجراءات إعادة التسديد:

(للمطالبات عن حوادث طبية تم علاجها خارج الشبكة المعتمدة)

- في حال طلب إعادة تسديد أجور الأطباء : (1)

يجب أن يوجه طلب خطي لإعادة المبالغ المسددة مباشرة إلى شركة التأمين مع تقرير طبي مفصل من الطبيب المعالج يحدد فيه طبيعة وأسباب الخدمات المقدمة، مرفقا بالوثائق التالية:

- 1- الإيصالات والفواتير الأصلية الصادرة عن الطبيب المعالج.
- 2- نتائج الفحص الطبي و الوصفة الطبية.
- 3- صورة عن بطاقة التأمين.
- 4- يتم التعويض حسب الشروط الخاصة للوثيقة.

ملاحظة: جميع الوصفات و التقارير الطبية يجب أن تكون مختومة وموقعة ومؤرخة من قبل الطبيب مع التشخيص المرضي.

- في حال طلب إعادة تسديد نفقات الأدوية: (2)

- 1- على المؤمن له تقديم الطلب مع التقرير الطبي الأصلي وصفة الدواء بالإضافة الى فاتورة مختومة من الصيدلية اضافة الى علب الأدوية الفارغة.
- 2- يتحمل المؤمن له نسبة 20% إضافية من المبلغ الذي سيتم دفعه من قبل أروب سورية على أساس إعادة التسديد.

ملاحظة: جميع الوصفات و التقارير الطبية يجب أن تكون مختومة وموقعة ومؤرخة من قبل الطبيب مع التشخيص المرضي.

- في حال طلب إعادة تسديد نفقات فحوصات التشخيص (مخبرية أو شعاعية): (3)

يجب أن يوجه طلب خطي لإعادة المبالغ المسددة مباشرة إلى شركة التأمين، مرفقا بجميع الوثائق المساندة التالية:

- 1- طلب الفحوصات من قبل الطبيب المعالج مع تقرير مفصل يشرح الحالة المرضية.
- 2 - الفاتورة الأصلية المفصلة، الإيصالات الأصلية، التقارير والوثائق الطبية ونتائج الفحوصات مع طلب الطبيب التشخيص المرضي.
- 3- صورة عن بطاقة التأمين.

5- يتحمل المؤمن له نسبة 20% إضافية من المبلغ الذي سيتم دفعه من قبل أروب سورية على أساس إعادة التسديد.

- في حال طلب إعادة تسديد أجور مستشفى: (4)

يجب أن يوجه طلب خطي لإعادة المبالغ المسددة مباشرة إلى شركة التأمين، مرفقا بجميع الوثائق المساندة التالية: (الفاتورة الأصلية المفصلة، الإيصالات الأصلية، التقرير الطبي عند الخروج، التقارير والوثائق الطبية ونتائج الفحوصات اضافة الى صورة عن بطاقة التأمين).

وتتم إعادة المبالغ المسددة بشرط أن يكون المؤمن له قد قدم مطالبة لدى شركة التأمين خلال:

- (أ) 20 يوماً من تاريخ الخروج إذا قدمت خدمات العناية الصحية في سورية .
 - (ب) 30 يوماً من تاريخ الخروج من المستشفى في حال قدمت الخدمات في باقي أنحاء العالم أو تاريخ عودته إلى سورية.
- في جميع الحالات الطارئة، يمكن أن يتم إعادة التسديد بشرط إضافي هو إعلام شركة التأمين بالاستشفاء خلال 48 ساعة من تاريخ الدخول ولا تدخل في احتساب هذه المهلة أيام العطل أو الأعياد الرسمية.
- يتحمل المؤمن له نسبة 20% إضافية من المبلغ الذي سيتم دفعه على أساس إعادة التسديد وفقاً للأسعار المعتمدة من قبل المستشفيات المتعاقدة مع إدارة النفقات الطبية في سورية.

لمزيد من التفاصيل الرجاء مراجعة السورية الدولية للتأمين ش.م.ع (أروب سورية)

على الأرقام التالية:

هاتف: 011/3329010

فاكس: 011/3348797

01112020

السورية الدولية للتأمين ش.م.ع (أروب سورية)