

## TABLE OF BENEFITS

### جدول المنافع

BENEFITS & SERVICES المنافع و الخدمات	Category A الفئة أ
<b>Indemnity Limited</b> Maximum Liability of the Company in respect of all benefits combined, and subject to the following sub-limits, (AED per person per year) السقف السنوي الحد الأقصى لمسؤولية الشركة فيما يتعلق بجميع المزايا مجتمعة، وتخضع للحدود الفرعية التالية، (درهم للشخص الواحد في السنة)	AED 150,000/- -/ درهم إماراتي 150,000/-
<b>Geographical Territory</b> - Basic (Elective & Emergency) التغطية الجغرافية المنطقة الأساسية (الاختيارية وفي حالات الطوارئ)	- United Arab Emirates. Coverage Extended to SEA only for Inpatient Treatments as per 100% UAE customary rates دولة الإمارات العربية المتحدة. تمتد التغطية التأمينية إلى دول جنوب شرق آسيا فقط للعلاج الخاص بالمرضى الداخليين وفقاً للأسعار ضمن الشبكة الطبية المعلنه والمتعارف عليها بدولة الإمارات العربية المتحدة بنسبة 100%.
- Extended (Emergency) المنطقة الموسعة (في حالات الطوارئ)	- Not covered غير مغطاة
<b>Applicable Network</b> Subject to ongoing changes الشبكة الطبية (تخضع لتغييرات مستمرة)	NextCare PCP - C Network (Outpatient treatment at Clinics & IP treatment at Hospitals). نكست كير – شبكة بي سي بي الطبية (خدمات المرضى الخارجية في العيادات فقط خارج المستشفيات و خدمات المرضى الداخلية في المستشفيات).
<b>Mode of Claims Submission</b> طريقة التعويض	UAE Network: In & Outpatient: Direct Billing - UAE Non Network: Not Covered داخل الإمارات العربية المتحدة، داخل الشبكة: التعويض المباشر خارج الإمارات العربية المتحدة، خارج الشبكة: غير مغطاة
<b>Pre-Existing and chronic Conditions</b> الحالات السابقة والأمراض المزمنة	Covered subject to waiting period of 6 months of first insurance membership with the contracted insurer, included thereafter. الأفراد الغير مؤمن عليهم من قبل يخضعون لفترة إنتظار مدتها 6 أشهر مغطاة حتى السقف السنوي
<b>Work Related Accidents</b> الحوادث المتعلقة بالعمل	Not Covered غير مغطاة

INPATIENT SERVICES		خدمات المرضى الداخلية
Daily Room & Board Class درجة الإقامة داخل المستشفى	Semi-private	غرفة مشتركة
Accommodation charges incurred as an In-Patient or as a Day-Care Patient رسوم الإقامة داخل المستشفى للمبيت ليلة كاملة أو خلال الرعاية اليومية	Covered Full	مغطاة بالكامل
Specialist Physicians' Services for In-Patient Treatment خدمات الأطباء المتخصصين لعلاج المرضى داخل المستشفيات	Covered Full	مغطاة بالكامل
In-Patient Specialist Services including consultations and Diagnostic Procedures as recognized by the Third Party Administrators. خدمات المرضى المتخصصة داخل المستشفى بما في ذلك الاستشارات والإجراءات التشخيصية المتعارف عليها من قبل شركة إدارة المصارف الطبية	Covered Full	مغطاة بالكامل
Surgeon's and Anesthetists' Services خدمات الجراحين و إختصاصيي التخدير	Covered Full	مغطاة بالكامل
Pre-approved Minor Surgical Procedures undertaken by a General Practitioner at a Recognized Medical Facility, Hospital or Private Hospital. العمليات الجراحية الصغرى من قبل الممارس العام في العيادات، المستشفيات ومن ضمنها المستشفيات الخاصة ضمن الشبكة الطبية	Covered Full	مغطاة بالكامل
Radiotherapy, Chemotherapy and Computerized Tomography received as an In-Patient as referred by an approved Specialist. العلاج الإشعاعي، العلاج الكيماوي والتصوير المقطعي للمرضى داخل المستشفى على النحو الموصى به من قبل الطبيب الإختصاصي	Covered Full	مغطاة بالكامل
Reasonable charges necessarily incurred for the use of private road ambulances in the time of an emergency. رسوم استخدام سيارات الإسعاف الخاصة في حالات الطوارئ	Covered Full	مغطاة بالكامل
Prescribed medicines and drugs combined administered whilst an In-Patient or Day-Care Patient and charged separately. الأدوية والمستلزمات الطبية الموصوفة للمريض داخل المستشفى أو الرعاية اليومية	Covered Full	مغطاة بالكامل
In-Patient Parent / Companion accommodation for child up to age 16 years إقامة الشخص المرافق للطفل المؤمن الذي لا يتجاوز عمره 16 سنة	Covered maximum up to AED 100 per night	مغطاه بحد أقصى 100 درهم لليلة
Dental Treatment: Costs charges and fees for dental treatment will be restricted to those incurred in an emergency for the immediate relief of pain as a result of an accident only. تكاليف علاج الأسنان في الحالات الطارئة والتي تنتج عن الحوادث فقط وتحتاج تدخل فوري دون أي تأخير	Covered Full, however, any surgery must be performed within 7 days from the date of accident. مغطاة بالكامل، وتقتصر التغطية على العمليات الجراحية اللازمة خلال فترة لا تتجاوز 7 أيام من تاريخ وقوع الحادث	

<p>The cost of accommodation of a person accompanying an in-patient in the same room in cases of medical necessity at the recommendation of the treating doctor and after the prior approval of the insurance company providing coverage</p> <p>تكلفة الإقامة للشخص المرافق للمريض في نفس الغرفة في حالات الضرورة الطبية ابناء على توصية من طبيب المعالج و بعد الحصول على موافقة مسيقة من شركة التأمين</p>	<p>Covered Maximum AED. 100 per night</p> <p>مغطاه بحد أقصى 100 درهم لليلة</p>
--	--

<b>OUTPATIENT SERVICES</b> <span style="float: right;">خدمات المرضى الخارجية</span>	
<p>Consultations including initial consultations and examinations in respect of a medical condition. Referral procedure: In respect of Essential Benefit Plan members, no costs incurred for advice, consultations or treatments provided by specialists or consultants without the insured first consulting a General Practitioner (or equivalent as designated by DHA) who is licensed by DHA or another competent UAE authority will be payable by the insurer. The GP must make his referral together with reasons via the DHA e-Referrals system for the claim to be considered by the Insurer.</p> <p>الإستشارات الطبية بما في ذلك إستشارة الطبيب والفحوصات الأولية المتعلقة بالحالات الطبية</p> <p>إجراءات الإحالة: فيما يتعلق بأفراد باقة المنافع الأساسية، لا يتم تحمل أي تكاليف تتكبدها المشورة أو الاستشارات أو العلاجات المقدمة من قبل الأخصائيين أو الاستشاريين بدون استشارة طبيب عام أولاً (أو ما يعادله من قبل هيئة الصحة بدبي) مرخص من قبل هيئة الصحة بدبي أو دولة الإمارات العربية المتحدة. يتعين على الممارس العام أن يقوم بإحالة الحالة مع الأسباب من خلال نظام الإحالات الإلكترونية من قبل هيئة الصحة للنظر في المطالبة من قبل المؤمن</p>	<p>Covered Full with Copayment of 20%</p> <p>مغطية بالكامل مع نسبة تحمل 20%</p>
<p>Prescribed Out-Patient Diagnostic Tests</p> <p>الفحوصات التشخيصية المطلوبة لتشخيص المرض</p>	<p>Covered Full with Copayment of 20%</p> <p>مغطية بالكامل مع نسبة تحمل 20%</p>
<p>Prescribed Out-Patient physiotherapy treatment</p> <p>العلاج الطبيعي</p>	<p>Covered Full but limited to 6 sessions Only with Copayment of 20%</p> <p>مغطى بالكامل ويقتصر على 6 جلسات بالسنة مع نسبة تحمل 20%</p>
<p>Radiotherapy, Chemotherapy and Computerized Tomography received as an Out-Patient as referred by an approved Specialist.</p> <p>العلاج الإشعاعي، العلاج الكيماوي والتصوير المقطعي للمرضى داخل المستشفى على النحو الموصى به من قبل الطبيب الإختصاصي</p>	<p>Covered Full with Copayment of 20%</p> <p>مغطية بالكامل مع نسبة تحمل 20%</p>
<p>Out-Patient Medicines and Drugs combined which require a prescription including any state Health Service charges for such Medicines and Drugs. (Except those being listed in the list of exclusions)</p> <p>الأدوية والمستلزمات الطبية والتي تتطلب وصفة طبية بما في ذلك رسوم الخدمات (الصحية). (ما عدا تلك المدرجة في قائمة الاستثناءات)</p>	<p>Covered Full with 30% Copayment up to the annual limit of AED 1,500/- Restricted to Formulary products.</p> <p>مغطية بالكامل مع نسبة تحمل 30% و بحد أقصى 1,500 درهم بالسنة تقتصر على لائحة الأدوية ذات التركيبة المحددة من قبل هيئة الصحة</p>

ADDITIONAL BENEFITS

المنافع الاضافية

<p>Preventive services, vaccines and immunizations الخدمات الوقائية واللقاحات والتطعيمات</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Essential vaccinations and inoculations for newborns and children as stipulated in the DHA's policies and its updates (currently the same as Federal MOH).</li> <li>- Preventive services as stipulated by DHA to include initially diabetes screening: Frequency restricted to: Diabetes: Every 3 years from age 30 High risk individuals annually from age 18</li> <li>- Adult Pneumococcal Conjugate Vaccine (As per DHA Adult Pneumococcal Vaccination guidelines)</li> <li>- Hepatitis C Virus Screening and treatment: To be followed as per the guidelines laid out in the Hepatitis C support program</li> <li>- Cancer Screening and treatment: To be followed as per the guidelines laid out in the Cancer support program</li> </ul> <p>- التطعيمات واللقاحات الأساسية لحديثي الولادة والأطفال كما هو منصوص عليها من قبل هيئة صحة دبي. - الخدمات الوقائية كما هو منصوص عليها من قبل هيئة صحة دبي تشمل فحص السكري الأولي ويقتصر على فحص واحد كل 3 سنوات للأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 30 سنة أو للحالات الحرجة الذين تزيد أعمارهم عن 18 سنة . -لقاح المكورات الرئوية للبالغين (مغطاة وفقاً للإرشادات الموضحة للقاح المكورات الرئوية للبالغين حسب هيئة صحة دبي) -الكشف عن فيروس التهاب الكبد الوبائي وعلاجه: يجب اتباعها وفقاً للإرشادات الموضحة في برنامج دعم مرضى التهاب الكبد الوبائي. -فحص وعلاج السرطان: يجب اتباعها وفقاً للإرشادات الموضحة في برنامج دعم مرضى السرطان</p>
--	--

<p><b>Maternity</b></p> <p>الحمل والولادة</p>	<p>Outpatient: 10% coinsurance payable by the insured and covered up to 8 visits. All care provided by obstetrician for low risk or specialist obstetrician for high risk referrals Initial Investigation to include:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o FBC and platelets</li> <li>o Blood group, Rhesus status and antibodies o VDRL</li> <li>o MSU and Urinalysis o Rubella serology</li> <li>o HIV</li> <li>o Hep C offered to high risk patients</li> <li>o GTT risk patients</li> <li>o FBS, random sugar or HbA1c for all due to high prevalence of diabetes in UAE</li> </ul> <p>Visits to include reviews, checks and tests in accordance with DHA Antenatal Care Protocols 3 ante-natal ultrasound scans</p> <p>Inpatient: 10% coinsurance payable by the insured. Maximum benefit AED 7,000 per normal delivery, AED 10,000 for medically necessary C-section, complications and for medically necessary termination (all limits include coinsurance).</p> <p>New born covered for 30 days from date of birth. BCG, Hepatitis B and neo-natal screening tests (Phenylketonuria (PKU), Congenital Hypothyroidism, sickle cell screening, congenital adrenal hyperplasia).</p> <p>المرضى الخارجيين: نسبة تحمل 10% تدفع من قبل المؤمن عليه ومغطاة بحد أقصى 8 زيارات على أن تقدم الرعاية من قبل أخصائي نسائية و يشمل ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-فحص العد الدموي الشامل والصفائح الدموية</li> <li>-فصيلة الدم، وعامل الريسوس والأجسام المضادة لكريات الدم الحمراء</li> <li>-فحص الأجسام المضادة للزهري</li> <li>-تحليل البول</li> <li>-اختبار الأجسام المضادة للحصبة الألمانية</li> <li>-فحص فيروس نقص المناعة المكتسبة</li> <li>- فحص التهاب الكبد الفيروسي سي – يقدم للمصابين أو المعرضين لخطر الإصابة بالمرض بشكل عالي</li> <li>-تحليل منحنى تحمل السكر - يقدم للمرضى المعرضين لخطر الإصابة بالمرض بشكل عالي</li> <li>-قياس السكر الصيامي او العشوائي أو تحليل السكر التراكمي للجمع نظرا لارتفاع معدل انتشار مرض السكري في دولة الإمارات العربية المتحدة</li> </ul> <p>الزيارات تشمل المراجعات والفحوصات والاختبارات وفقا لبروتوكولات هيئة صحة دبي وتتضمن 3 عمليات مسح بالموجات فوق الصوتية لمراجعات ما قبل الولادة.</p> <p>المرضى الداخليين: نسبة تحمل 10% تدفع من قبل المؤمن عليه. سقف التغطية 7,000 درهم للولادة الطبيعية، و 10,000 درهم للعملية القيصرية في حالات الضرورة الطبية أو المضاعفات أو حالات الإجهاد الضرورية من الناحية الطبية (سقف التغطية يشمل نسبة التحمل)</p> <p>حديثي الولادة مغطيين لمدة 30 يوم من تاريخ الولادة. لقاح السل، التهاب الكبد B الفيروسي واختبارات الفينيل كيتون (PKU) ، الغدة الدرقية الخلفية ، وفحص الدم المنجلي، تضخم الغدة الكظرية الخلقى</p>
<p><b>Hearing and vision aids, and vision correction by surgeries and laser.</b> الأجهزة السمعية والبصرية، وتصحيح الرؤية من خلال العمليات الجراحية والليزر</p>	<p>Covered only in case of medical emergencies with 20% coinsurance. مغطاة فقط في حالات الطوارئ مع نسبة تحمل 20%</p>
<p><b>Diagnostic and treatment services for dental and gum treatments.</b> الخدمات التشخيصية والعلاجية للأسنان واللثة</p>	<p>Covered only in case of medical emergencies with 20% coinsurance. مغطاة فقط في حالات الطوارئ مع نسبة تحمل 20%</p>

BASIS OF CLAIM SETTLEMENT		تسوية المطالبات
<b>Within Network</b> ضمن الشبكة الطبية	At Actual	القيمة الفعلية
<b>Non-Network (If Covered)</b> خارج الشبكة الطبية (في حال التغطية)	Not Covered	غير مغطاة
<b>Outside UAE within the basic territory (If Covered)</b> خارج دولة الإمارات العربية المتحدة وضمن المنطقة الجغرافية (في حال التغطية)	At Actual subject to the maximum of applicable network customary charges القيمة الفعلية وتخضع لتطبيق الحد الأقصى من الرسوم المطبقة ضمن الشبكة الطبية	
<b>Outside UAE within the extension territory (If Covered)</b> خارج دولة الإمارات العربية المتحدة وضمن امتداد المنطقة الجغرافية (في حال التغطية)	At Actual subject to the maximum of applicable network customary charges القيمة الفعلية وتخضع لتطبيق الحد الأقصى من الرسوم المطبقة ضمن الشبكة الطبية	
<b>Non-Network – Emergency</b> خارج الشبكة الطبية – حالات الطوارئ	At Actual	القيمة الفعلية

MODE OF CLAIM SETTLEMENT		طريقة تعويض المطالبات
<b>UAE Network: In &amp; Outpatient:</b> داخل الإمارات العربية المتحدة، داخل الشبكة (مرضى المستشفيات والعيادات الخارجية)	Direct Billing	التعويض المباشر
<b>UAE Non-Network (If covered): IN &amp; Outpatient:</b> داخل الإمارات العربية المتحدة، خارج الشبكة (مرضى المستشفيات والعيادات الخارجية) (في حال التغطية)	Not Covered	غير مغطاة
<b>Abroad (If covered):</b> في الخارج (في حال التغطية)	Reimbursement	قيمة مستردة

DEDUCTIBLE & COINSURANCE		المبلغ المقتطع ونسبة التحمل
Within Network ضمن الشبكة الطبية	<p>IP TREATMENT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 20% coinsurance payable by the insured with cap limit of AED 500/- payable per encounter and an annual aggregate limit of AED 1,000/-. Above these caps the insurer will cover 100% of treatment.</li> </ul> <p>OP TREATMENT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 20% coinsurance on OP Consultation. Free follow up with the same doctor for the same ailment within seven days</li> <li>- 30% Co-payment on medications with annual limit of AED 1,500/-</li> <li>- 20% coinsurance on Laboratory</li> <li>- 20% coinsurance on Radiology</li> </ul> <p>العلاج داخل المستشفى: 20% -نسبة تحمل يدفعها المؤمن عليه مع حد أقصى 500 درهم للمرة الواحدة وبتكفل به شركة التأمين بنسبة 100% 1,000 درهم بالسنة. بقية تكاليف العلاج</p> <p>العلاج خارج المستشفى: 20% -نسبة تحمل على إستشارة الطبيب. متابعة مجانية مع نفس الطبيب لنفس المرض خلال سبعة أيام 30% -نسبة تحمل على الأدوية مع حد سنوي 1,500 درهم 20% -نسبة تحمل على المختبرات 20% -نسبة تحمل على صور الأشعة</p>	
Non-Network (If Covered) (خارج الشبكة الطبية (في حال كانت مغطاة	20% Coinsurance*	20% نسبة تحمل
Outside UAE within the basic territory (If Covered) (خارج دولة الإمارات العربية المتحدة في المنطقة الجغرافية المحددة (في حال كانت مغطاة	Nil*	* لا يوجد *
Outside UAE within the extension territory (If Covered) خارج دولة الإمارات العربية المتحدة في إمتداد المنطقة الجغرافية (في حال كانت مغطاة)	Nil*	* لا يوجد *
Non-Network – Emergency خارج الشبكة - في حالات الطوارئ	Nil*	* لا يوجد *

\*Deductible/coinsurance applied over and above the network deductible.

المبلغ المقتطع ونسبة التحمل / نسبة تحمل تطبيق بعد خصم مبلغ الإقتطاع ضمن الشبكة الطبية\*

## QUOTATION TERMS & CONDITIONS

No.	Details
1	All members to be covered should be holding valid Dubai residence visa.
2	Member deletion (only in case of visa cancellation) and refunds if applicable will be calculated on prorata basis. No member additions accepted under this product.
3	Issued quotation is generated on real time basis. Hence in case there is any rate / product revision prior confirmation of the quotation, the new rates / product shall be applicable.
4	This scheme is valid only for eligible dependents.
5	The benefits offered in this quotation do not comply with the Health Authority Abu Dhabi regulation for compulsory insurance.
6	For this plan, there shall be no separate Health Card. Emirates ID shall be used as Health Card. Policy document and Certificate of insurance shall be sent to you via email upon confirmation of quote.
7	This offer does not include Value Added Tax (VAT). In case VAT is applicable on your policy for the period of the policy after 1st January 2018, In accordance with the Federal Decree Law No.8 of 2017 and Cabinet Decision No.52 on the Executive Regulations, Union Insurance will contact you. You hereby accept and agree to pay the same within 15 working days from the date of such demand by Union Insurance. Failure to pay may result in the policy being rendered null and void or cancelled at Union Insurance's discretion.



## EXCLUSIONS:

No payment shall be made for any Disability, treatment or service arising directly or indirectly due to, unless benefit option is specifically included in the Table of Benefits:

1. Healthcare Services which are not medically necessary
2. All expenses relating to dental treatment, dental prostheses, and orthodontic treatments.
3. Care for the sake of travelling.
4. Custodial care including
  - i. Non-medical treatment services;
  - ii. Health-related services which do not seek to improve or which do not result in a change in the medical condition of the patient.
5. Services that do not require continuous administration by specialized medical personnel.
6. Personal comfort and convenience items (television, barber or beauty service, guest service and similar incidental services and supplies).
7. All cosmetic healthcare services and services associated with replacement of an existing breast implant. Cosmetic operations which are related to an Injury, sickness or congenital anomaly when the primary purpose is to improve physiological functioning of the involved part of the body and breast reconstruction following a mastectomy for cancer are covered.
8. Surgical and non-surgical treatment for obesity (including morbid obesity), and any other weight control programs, services, or supplies.
9. Medical services utilized for the sake of research, medically non-approved experiments, investigations, and pharmacological weight reduction regimens.
10. Healthcare Services that are not performed by Authorized Healthcare Service Providers.
11. Healthcare services and associated expenses for the treatment of alopecia, baldness, hair falling, dandruff or wigs.
12. Health services and supplies for smoking cessation programs and the treatment of nicotine addiction.
13. Treatment and services for contraception
14. Treatment and services for sex transformation, sterilization or intended to correct a state of sterility or infertility or sexual dysfunction. Sterilization is allowed only if medically indicated and if allowed under the Law.
15. External prosthetic devices and medical equipment.
16. Treatments and services arising as a result of professional sports activities, including but not limited to, any form of aerial flight, any kind of power-vehicle race, water sports, horse riding activities, mountaineering activities, violent sports such as judo, boxing, and wrestling, bungee jumping and any other professional sports activities.
17. Growth hormone therapy unless medically necessary.
18. Costs associated with hearing tests, prosthetic devices or hearing and vision aids.
19. Mental Health diseases, both outpatient and in-patient treatments, unless it is an emergency condition.
20. Patient treatment supplies (including for example: elastic stockings, ace bandages, gauze, syringes, diabetic test strips, and like products; non-prescription drugs and treatments,) excluding supplies required as a result of Healthcare Services rendered during a Medical Emergency.
21. Allergy testing and desensitization (except testing for allergy towards medications and supplies used in treatment); any physical, psychiatric or psychological examinations or investigations during these examinations.
22. Services rendered by any medical provider who is a relative of the patient for example the Insured person himself or first-degree relatives.
23. Enteral feedings (via a tube) and other nutritional and electrolyte supplements, unless medically necessary during in-patient treatment.
24. Healthcare services for adjustment of spinal subluxation.
25. Healthcare services and treatments by acupuncture; acupressure, hypnotism, massage therapy, aromatherapy, ozone therapy, homeopathic treatments, and all forms of treatment by alternative medicine.

26. All healthcare services & treatments for in-vitro fertilization (IVF), embryo transfer; ovum and sperms transfer.
27. Elective diagnostic services and medical treatment for correction of vision
28. Nasal septum deviation and nasal concha resection.
29. All chronic conditions requiring haemodialysis or peritoneal dialysis, and related investigations, treatments or procedures.
30. Healthcare services, investigations and treatments related to viral hepatitis and associated complications, except for the treatment and services related to Hepatitis A and C.
31. Any services related to birth defects, congenital diseases and deformities unless if left untreated will develop into an emergency.
32. Healthcare services for senile dementia and Alzheimer's disease.
33. Air or terrestrial medical evacuation and unauthorized transportation services.
34. Inpatient treatment received without prior approval from the insurance company including cases of medical emergency that were not notified within 24 hours from the date of admission where possible.
35. Any inpatient treatment, investigations or other procedures, which can be carried out on outpatient basis without jeopardizing the Insured Person's health.
36. Any investigations or health services conducted for non-medical purposes such as investigations related to employment, travel, licensing or insurance purposes.
37. All supplies which are not considered as medical treatments including but not limited to: mouthwash, toothpaste, lozenges, antiseptics, , food supplements, skin care products, shampoos and multivitamins (unless prescribed as replacement therapy for known vitamin deficiency conditions); and all equipment not primarily intended to improve a medical condition or injury, including but not limited to: air conditioners or air purifying systems, arch supports, exercise equipment and sanitary supplies.
38. More than one consultation or follow up with a medical specialist in a single day unless referred by the treating physician.
39. Health services and associated expenses for organ and tissue transplants, irrespective of whether the Insured Person is a donor or a recipient. This exclusion also applies to follow-up treatments and complications unless if left untreated will develop into an emergency.
40. Any expenses related to immunomodulators and immunotherapy unless medically necessary.
41. Any expenses related to the treatment of sleep related disorders.
42. Services and educational programs for people of determination, this also includes disability types such as but not limited to mental, intellectual, developmental, physical and/or psychological disabilities.

**Healthcare services outside the scope of health insurance:**

1. Injuries or illnesses suffered by the Insured Person as a result of military operations of whatever type.
2. Injuries or illnesses suffered by the Insured Person as a result of wars or acts of terror of whatever type.
3. Healthcare services for injuries and accidents arising from nuclear or chemical contamination.
4. Injuries resulting from natural disasters, including but not limited to: earthquakes, tornados and any other type of natural disaster.
5. Injuries resulting from criminal acts or resisting authority by the Insured Person.
6. Injuries resulting from a road traffic accident.
7. Healthcare services for work related illnesses and injuries as per Federal Law No. 8 of 1980 concerning the Regulation of Work Relations, its amendments, and applicable laws in this respect.
8. All cases resulting from the use of alcoholic drinks, controlled substances and drugs and hallucinating substances.
9. Any investigation or treatment not prescribed by a doctor.
10. Injuries resulting from attempted suicide or self-inflicted injuries.
11. Diagnosis and treatment services for complications of exempted illnesses.
12. All healthcare services for internationally and/or locally recognized epidemics.
13. Healthcare services for patients suffering from (and related to the diagnosis and treatment of) HIV – AIDS and its complications and all types of hepatitis except virus A and C hepatitis.