

Certificate of Insurance



Emirates NBD - Women's Protect

Worldwide Coverage

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Dimitris Mazarakis', is written over a horizontal line.

DIMITRIS MAZARAKIS

General Manager
MetLife - Gulf

This Certificate of Insurance is attached to and forms part of the terms and conditions of Emirates NBD's Women's Protect plan. This insurance policy is underwritten by American Life Insurance Company (MetLife). Emirates NBD will not be responsible if any application/claim is rejected. Emirates NBD provides customer support, receives payments and forwards them to MetLife. Premiums paid for this insurance plan are not a bank deposit or other obligation of or guaranteed by Emirates NBD. This is a personal accident plan and not an investment or medical insurance plan.

For inquiries on this policy, please contact:
Emirates NBD, Dubai, United Arab Emirates
Telephone: +971 4 31 60 130

For assistance in submitting a claim under this policy, please contact:
MetLife Claims Dept, P.O. Box 371916, Dubai, United Arab Emirates
Telephone: +971 4 415 4800/777 - Fax: +971 4 415 4445

Part I - Definitions

"Certificate of Insurance" wherever used in this policy means the individual certificate issued to the Insured Person duly signed by the Company setting forth a statement as to the insurance protection to which the Insured Person is entitled and which includes the Certificate number, the name of the Insured Person, the benefits, limits as well as Policy Effective Date and premium.

"Company" wherever used in this policy means American Life Insurance Company (MetLife).

"Country of Issue" wherever used in this policy means the United Arab Emirates.

"Coverage Commencement Date" wherever used in this policy means one hundred twenty (120) calendar days after: (a) the Policy Effective Date; (b) the date stated in the relevant endorsement when subsequent changes are made to the coverage; or (c) the date of reinstatement of this policy in case of any reinstatement, whichever is later.

"Covered Illness" wherever used in this policy means the Illnesses as listed under Part III and defined under Part 1 - "Definitions of Covered Illnesses & Diagnostic Requirements".

"Diagnosis" or "Diagnosed" wherever used in this policy means the definitive Diagnosis made by a Physician as herein below defined, based upon such specific evidence, as referred to herein below in the definition of the particular Illness concerned, or, in the absence of such specific evidence, based upon radiological, clinical, histological, or laboratory evidence acceptable to the Company. Such Diagnosis must be supported by the Company's medical director who may base his opinion on the medical evidence submitted by the Insured Person and / or any additional evidence that he/she may require. In the event of any dispute or disagreement regarding the appropriateness or correctness of the Diagnosis, the Company shall have the right to call for an examination of either the Insured Person or the evidence used in arriving at such Diagnosis, by an independent acknowledged expert in the field of medicine concerned selected by the Company and the opinion of such expert as to such Diagnosis shall be binding on both the Insured Person and the Company.

"Hospital" wherever used in this policy means an establishment which meets all of the following requirements: (1) holds a license as Hospital, if licensing is required in the country or governmental jurisdiction; (2) operates primarily for the reception, care and treatment of sick, ailing or injured persons as In-patients; (3) provides 24-hour a day nursing service by registered or graduate nurses; (4) has a staff of one or more Physicians available at all times; (5) provides organized facilities for Diagnosis and major surgical procedures; (6) is not primarily a clinic, nursing home, rest or convalescent home or similar establishment and is not an ayurvedic or acupuncture center, or, other than incidentally, a place for alcoholics or drug addicts; and (7) maintains X-ray equipment and operating room facilities.

"Illness" wherever used in this policy means illness or disease first manifested after the Coverage Commencement Date.

"In-patient" wherever used in this policy means the Insured Person who is confined in a Hospital as a registered bed patient for at least one (1) day.

"Insured Person" wherever used in this policy means a female individual named in the Certificate of Insurance between the ages of eighteen (18) and fifty nine (59) years who applies for insurance through Emirates NBD and whose Debit Card / Visa / MasterCard Credit Card / Emirates NBD Bank Account is debited towards premium under this policy and reported to the Company.

"Physician" wherever used in this policy means a person legally licensed to practice medicine and/or surgery other than the Insured Person or a member of the Insured Person's immediate family or an employee/ employer of the Insured Person.

"Policy Effective Date" wherever used in this policy means the date when this policy takes effect. This date is stated in the Certificate of Insurance.

الجزء الأول - تعريفات

"شهادة التأمين" أينما وردت في هذه الوثيقة، تعني شهادة التأمين الفردية الصادرة للمؤمن عليها والموقعة أصولاً من الشركة التي تحدد التغطية التأمينية التي تستفيد منها المؤمن عليها و تتضمن على رقم الشهادة، إسم المؤمن عليها، المنافع، الحدود بالإضافة إلى تاريخ نفاذ الوثيقة و القسط.

"الشركة" أينما وردت في هذه الوثيقة تعني أميركان لايف إنشورنس كومباني (متلايف).

"بلد الإصدار" أينما وردت في هذه الوثيقة تعني دولة "الإمارات العربية المتحدة".

"تاريخ بداية التغطية" أينما وردت في هذه الوثيقة تعني مئة و عشرين (١٢٠) يوماً بعد: (أ) تاريخ نفاذ الوثيقة؛ (ب) التاريخ المذكور على أي تظهير على الوثيقة نتيجة تغيير في التغطية؛ أو (ج) تاريخ إعادة سريان هذه الوثيقة في حال إعادة السريان؛ أيهم يأتي لاحقاً.

"المرض المغطى" أينما وردت في هذه الوثيقة تعني الحالات المرضية المعروفة و المدرجة في جدول الأمراض المغطاة وذلك عندما يتم تشخيصها أو يتم معالجتها جراحياً كما هو مبين في الجزء الأول - تعريفات - "تعريف الأمراض المغطاة و متطلبات التشخيص"

"التشخيص" أو "المشخص" أينما وردت في هذه الوثيقة تعني تشخيصاً قاطعاً وضع من قبل طبيب كما هو معترف أدناه، على أساس دليل محدد كما هو مشار إليه أدناه في تعريف مرض معين، أما في حال عدم وجود مثل هذا الدليل المحدد، فيعتمد على نتائج الفحص الإشعاعي السريري والنسجي أو التحاليل المخبرية المقبولة من قبل الشركة. يجب أن يؤيد طبيب الشركة هذا التشخيص بناءً على الدليل الطبي المقدم للشركة من المؤمن عليها و/أو أية معلومات إضافية قد يطلبها طبيب/طبيبة الشركة. في حال أي نزاع أو خلاف بالنسبة لملائمة أو صحة التشخيص، يحق للشركة عندها طلب إجراء فحوصات طبية على أي من المؤمن عليها أو الدليل الذي اعتمد للوصول الى مثل هذا التشخيص وعرض ذلك على خبير مستقل معترف به في حقل الطب المعني تختاره الشركة، و يكون رأي هذا الخبير ملزماً لكل من المؤمن عليها و الشركة معاً.

"مستشفى" أينما وردت في هذه الوثيقة تعني مؤسسة تتوافر فيها جميع المتطلبات التالية: (١) حائزة على رخصة للعمل كمستشفى إذا كانت تلك الرخصة مطلوبة قانوناً في البلد أو في منطقة السلطة الحكومية؛ (٢) تعمل أساساً لاستقبال وعناية ومعالجة المرضى والمصابين كمرضى داخليين؛ (٣) تزود خدمات تمريضية على مدار ٢٤ ساعة يومياً تقدمها ممرضات مرخصات؛ (٤) تضم في عداد مستخدميها طبيباً أو أكثر يمكن مراجعته في أي وقت؛ (٥) تزود تسهيلات منظمة للتشخيص والعمليات الجراحية الكبرى؛ (٦) ليست أساساً عيادة أو داراً للمريض أو دار للراحة أو النقاهاة أو ما يشابهها وليست إلا بصفة عرضية مكاناً لمعالجة مدمني الخمر والمخدرات؛ (٧) مجهزة بمعدات للأشعة وغرف للعمليات الجراحية.

"المرض" أينما وردت في هذه الوثيقة تعني المرض أو الداء الذي يبدأ بعد تاريخ بداية التغطية (نفاذ هذه الوثيقة).

"مريضة داخلية" أينما وردت في هذه الوثيقة تعني المؤمن عليها التي تقيم في مستشفى كمریضة مسجلة ملازمة للفراش لمدة يوم واحد على الأقل.

"المؤمن عليها" أينما وردت في هذه الوثيقة تعني، أي أنثى ذكر إسمها في شهادة التأمين، و التي يتراوح عمرها ما بين الثمانية عشر (١٨) و التاسعة و الخمسين (٥٩) عاماً، و التي تقدمت بطلب التأمين من خلال بنك الإمارات دبي الوطني و خصم قسط تأمين هذه الوثيقة من بطاقة الخصم الخاصة بها/بطاقتها الإئتمانية فيزا/ماستر كارد أو من حسابها لدى بنك الإمارات دبي الوطني و تم إعلام الشركة بذلك.

"طبيب" أينما وردت في هذه الوثيقة تعني شخص مرخص قانوناً لمزاولة الطب و/أو الجراحة غير المؤمن عليها أو أحد أقرباء المؤمن عليها المقربين أو رب عمل/ موظف للمؤمن عليها.

"تاريخ نفاذ الوثيقة" أينما وردت في هذه الوثيقة تعني تاريخ بدء سريان مفعول الوثيقة إن هذا التاريخ مذكور في شهادة التأمين.

“Pre-existing Condition” wherever used in this policy means a Female Cancer condition for which care, treatment, or advice was recommended by or received from a Physician or which was first manifested or contracted within a period up to 5 (five) years preceding the Policy Effective Date (or reinstatement date), or a Female Cancer condition for which hospitalization or surgery was required within a period up to 5 (five) years preceding the Policy Effective Date (or reinstatement date).

“Principal Sum” & “Lump Sum Payment” wherever used in this policy means the amount stated in the Certificate of Insurance with respect to each benefit.

“VAT” means any Value Added Tax payable on the supply of goods, services or other things in accordance with the provisions of VAT Law.

“VAT Law” means the federal law number (8) of 2017 on Value Added Tax, as amended in the United Arab Emirates.

“Waiting Period” wherever used in this policy means the period for which the Company is not liable for any benefits of this policy for any Illness or Diagnosis.

Definitions of Covered Illnesses & Diagnostic Requirements

a. “Female Cancer” shall mean a histologically confirmed invasive primary malignant tumour occurring in a female. A malignant tumor is a tumor characterized by the uncontrolled growth and spread of malignant cells with invasion and destruction of normal tissue beyond the organ originally affected. This diagnosis must be supported by histological evidence of malignancy and confirmed by an oncologist.

Tumours classified as Carcinoma-In-Situ and tumours that are a recurrence or metastasis of a tumour are excluded from this definition and no coverage will be provided for these types of tumors under this policy.

b. “Female Carcinoma-In-Situ” shall mean a focal autonomous new growth of carcinomatous cells which has not yet resulted in the invasion of normal tissues. ‘Invasion’ shall mean an infiltration and/ or active destruction of tissue or surrounding tissue. The disease of Female Carcinoma-In-Situ covered by this policy is limited only to the breast, cervix uteri, uterus, ovary, fallopian tube and vagina/vulva. The Diagnosis of Female Carcinoma-In-Situ must always be positively Diagnosed upon the basis of a microscopic examination of fixed tissue whilst in the case of cervix uteri, it must be additionally supported by a cone biopsy. Pap smear result is considered as preliminary Diagnosis and must be confirmed with biopsy result before the claim is entitled. Clinical Diagnosis does not meet this standard.

Part II – General Exceptions

This policy does not cover and no payment shall be made in respect to:



Any loss caused by or resulting from:

- 1) Congenital anomalies and conditions arising out of or resulting therefrom; nor
- 2) Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) or any disease connected with AIDS or Human Immunodeficiency Virus (HIV); nor
- 3) Any Pre-existing Conditions; nor
- 4) Loss sustained or contracted in consequence of the Insured Person being intoxicated or under the influence of alcohol or any narcotic or abuse of prescription drugs; nor
- 5) Any loss caused by or resulting from a nuclear, biological or chemical radiation, defined as:
 - a) The use, release or escape of nuclear materials that directly or indirectly results in nuclear reaction or radiation or radioactive contamination; or
 - b) The dispersal or application of pathogenic or poisonous biological or chemical materials; or
 - c) The release of pathogenic or poisonous biological or chemical materials.

“الحالة السابقة للتأمين” أينما وردت في هذه الوثيقة تعني حالة سرطان الأنثى التي اعتنى بها الطبيب أو قام بعلاجها، أو أعطى نصيحة بشأنها أو التي ظهرت أول مرة أو حدثت خلال فترة الخمس (5) سنوات السابقة لتاريخ نفاذ الوثيقة (أو تاريخ إعادة السريان) أو حالة سرطان الأنثى التي تطلبت الدخول إلى المستشفى أو إجراء عملية جراحية خلال فترة الخمس (5) سنوات السابقة لتاريخ نفاذ الوثيقة (أو إعادة السريان).

“المبلغ الأساسي” وعبارة “الدفعة الواحدة” أينما وردتا في هذه الوثيقة تعنيان المبلغ المذكور في شهادة التأمين والعائد لكل منفعة.

“ضريبة القيمة المضافة” تعني أي ضريبة قيمة مضافة مستحقة الدفع عن توريد البضائع أو تقديم الخدمات أو غيرها بما يتفق مع الأحكام الواردة في قانون ضريبة القيمة المضافة.

“قانون ضريبة القيمة المضافة” يعني القانون الاتحادي رقم (8) لسنة 2017 في شأن ضريبة القيمة المضافة وتعديلاته في الإمارات العربية المتحدة.

“فترة الإنتظار” أينما وردت في هذه الوثيقة تعني الفترة التي لا تكون خلالها الشركة مسؤولة عن تسديد أية منافع مذكورة في هذه الوثيقة ناتجة عن مرض أو داء.

تعريف الأمراض المغطاة ومتطلبات التشخيص

أ) سرطان الأنثى: ويقصد به ورم خبيث أولي مهاجم مثبت تشخيصياً بالفحص النسيجي، والذي يصيب الإناث. الورم الخبيث هو ورم يتميز بالنمو والإنتشار غير المنضبط لخلايا سرطانية مع غزو وتدمير للخلايا الطبيعية خارج العضو المتأثر أصلاً، إن هذا التشخيص يجب أن يُدعم بإثبات للورم الخبيث بناء على علم الأنسجة وأن يُؤكد من قبل أخصائي أورام أو في علم الأمراض.

يستثنى من هذا التعريف الأورام المصنفة على أساس السرطان الموضعي “Carcinoma - In - Situ” وكذلك الأورام الناكسة أو المنتشرة، وبناء عليه لن توفر هذه الوثيقة أي تغطية للأورام المذكورة في هذه الفقرة.

ب) السرطان الموضعي الأنثوي: يعني نمو جديد موضِع لخلايا متجانسة سرطانية لم ينتج عنها بعد غزو الأنسجة السليمة. «غزو»: يعني إختراق و/ أو تلف فاعل للنسيج أو النسيج المجاور. الحالة المسماة السرطان الموضعي الأنثوي، المغطاة بهذه الوثيقة، محددة فقط بالأعضاء الأنثوية التالية: الثدي، عنق الرحم، الرحم، المبيض، أنبوب فالوب والمهبل/الفرج. التشخيص الأساسي للسرطان الموضعي الأنثوي يعتمد على النتيجة الإيجابية للفحص النسيجي المجهرى، إنما في حالة إصابة عنق الرحم فيجب دعم نتيجة الفحص النسيجي المجهرى مع خزعة عنق الرحم المخروطية cone biopsy. إن نتيجة مسحة عنق الرحم (Pap smear) تعتبر تشخيص مبدئي يجب تأكيده بإرفاق تقرير خزعة عنق الرحم المخروطية، إن التشخيص السريري وحده لا يفي لغرض تشخيص السرطان الموضعي السريري الأنثوي.

الجزء الثاني - الإستثناءات العامة

إن هذه الوثيقة لا تغطي الأحوال التالية و لا يدفع عنها أي تعويض:



أية خسارة مسببة من أو ناتجة عن:

- 1) العاهات الخلقية و الحالات الناشئة منها أو الناتجة عنها؛ أو
- 2) متلازمة نقص المناعة المكتسب (AIDS) أو أي مرض متعلق بالإيدز أو فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)؛ أو
- 3) الحالات السابقة للتأمين؛ أو
- 4) أية خسارة ناتجة عن كون المؤمن عليها ثملة أو تحت تأثير الكحول أو أية مادة مخدرة أو إساءة استخدام العقاقير الطبية؛ أو
- 5) أية خسارة مسببة من أو ناتجة عن الإشعاعات النووية، البيولوجية أو الكيميائية كما هو محدد فيما يلي:
 - أ) استعمال، اطلاق أو إرتشاح مواد نووية يؤدي مباشرة أو بشكل غير مباشر إلى تفاعل أو إشعاع نووي أو تلوث إشعاعي؛ أو
 - ب) نثر أو استعمال مواد جرثومية أو سامة بيولوجية أو كيميائية؛ أو
 - ج) اطلاق مواد جرثومية أو سامة بيولوجية أو كيميائية.

The Insured Person shall, if so required, and as condition precedent to any liability of the Company, prove that the loss did not in any way arise under or through any of the excepted circumstances or causes under this policy.

Part III - Benefits

While this policy is in force, the Company shall provide the benefits of this policy stated on the Certificate of Insurance or any endorsement subject to the provisions, conditions, limitations and general provisions contained herein or which may be endorsed hereinafter.

Section 1: Covered Illnesses

When the Insured Person is Diagnosed to be suffering from one (1) of the **Covered Illnesses** as set out and defined herein and if all of the following conditions are satisfied, the Company will pay one Lump Sum equal to the amount stated in the Certificate of Insurance or any endorsement, the "Principal Sum" or the "Lump Sum" as applicable to each Covered Illness.

1 – a. Female Cancer

The Company will pay the Principal Sum upon the Diagnosis of Female Cancer as defined herein subject to the Company's receipt and approval of such Diagnosis from pertinent medical records. This benefit is payable one (1) time only during the life of this policy and shall automatically cease upon such payment, regardless of the number of Female Cancer suffered by the Insured Person.

1- b. Female Carcinoma-in-Situ

The Company will pay the Lump Sum stated in the Certificate of Insurance which is equal to twenty percent (20%) of the Principal Sum upon the first Diagnosis of Female Carcinoma-In-Situ of either breast, cervix uteri, uterus, ovary, fallopian tube or vagina/vulva as defined herein subject to the Company's receipt and approval of such Diagnosis from pertinent medical records. **In addition, the benefit is only provided when the Insured Person is admitted to a Hospital as an In-patient for treatment of Carcinoma-In-Situ with surgery being done during the same Hospital stay.** This benefit is payable one (1) time only during the life of this policy, regardless of the number of Female Carcinoma-In-Situ suffered by the Insured Person.

The remaining Principal Sum will be retained by the Company and will be payable upon Diagnosis of Female Cancer at any other period during the life of the Insured Person, provided the policy is active.

1 - c. Benefit Indexation: Principal Sum will increase by 3% every year (on the corresponding year's Principal Sum) without any increase in premium. This will continue for a maximum of 10 years amounting to 34% increase of the initial Principal Sum, provided this policy is renewed as per clause 6 "Renewal Conditions" under Part IV "Uniform Provisions".

Section 2: Benefit Payment Conditions

1. Benefit payment is subject to the following:

- the Insured Person experiences a Covered Illness specifically listed and defined in this policy;
- the signs or symptoms of the Covered Illness experienced by the Insured Person commenced on or after the Coverage Commencement Date;
- none of the General Exceptions under Part II of this policy or under this Section applies; and
- the Insured Person is still living at the time of Diagnosis.

2. Benefits for Female Cancer and Carcinoma-In-Situ are subject to a Waiting Period of one hundred and twenty (120) calendar days.

3. The maximum amount payable under Part III of this policy shall not, under any circumstances, exceed the Principal Sum stated in the Certificate of Insurance (in the first policy year) or the indexed Principal Sum (during subsequent years), irrespective of the number of claims submitted.

The occurrence of any Female Cancer for which the Principal Sum is payable shall at once terminate all insurance under this policy.

يجب على المؤمن عليها إذا تطلب الأمر ذلك كشرط مسبق لأية مسؤولية على الشركة، أن تثبت أن الخسارة لم تنجم بأية طريقة عن أو من خلال أي من الظروف أو الأسباب المستثناة في هذه الوثيقة.

الجزء الثالث - المنافع

توافق الشركة على دفع المنافع التالية عن الخسائر التي تحدث عند أو بعد تاريخ نفاذ هذه الوثيقة و خلال المدة التي يكون خلالها هذه الوثيقة نافذة وفقاً للأحكام والشروط والإستثناءات الواردة في هذه الوثيقة.

القسم الأول - الأمراض المغطاة

عندما يتم التشخيص بأن المؤمن عليها تعاني من واحد (1) من **الأمراض المغطاة** كما هو معرف هنا، تدفع الشركة المبلغ الأساسي أو تعويض الدفعة الواحدة المطبق على كل مرض مغطى والمساوي للمبلغ المحدد في شهادة التأمين أو أي تظهير للوثيقة على أن تتحقق جميع الشروط الواردة هنا.

1 – أ- سرطان الأنتنى

تدفع الشركة المبلغ الأساسي عند التشخيص لسرطان الأنتنى كما هو معرف هنا مقابل إستلامها (وخاضع لإستلام) وموافقها على التشخيص من السجلات الطبية الوثيقة الصلة. تدفع هذه المنفعة مرة واحدة فقط (1) خلال سريان هذه الوثيقة وتتوقف تلقائياً عند تسديد هذه الدفعة، بغض النظر عن عدد أمراض السرطان الأنتوية التي تعاني منها المؤمن عليها.

1 – ب- السرطان الموضعي الأنتوي

تدفع الشركة مبلغ الدفعة الواحدة المذكور في شهادة التأمين والذي يساوي (20%) من المبلغ الأساسي عند التشخيص الأولي لسرطان الموضعي الأنتوي في: الثدي، عنق الرحم، الرحم، المبيض، أنبوب فالوب والمهبل /الفرج كما هو معرف هنا مقابل إستلام (وخاضع لإستلام) الشركة وموافقها على هذا التشخيص من السجلات الطبية الوثيقة الصلة. بالإضافة، تمنح هذه المنفعة فقط عند إقامة المؤمن عليها في المستشفى كمريضة داخلية لمعالجة السرطان الموضعي الأنتوي على أن تكون المؤمن عليها قد خضعت لجراحة خلال نفس مدة الإقامة في المستشفى. تدفع هذه المنفعة مرة واحدة فقط (1) خلال سريان هذه الوثيقة، بغض النظر عن عدد أمراض السرطان الموضعي الأنتوي التي تعاني منها المؤمن عليها.

سيتم الاحتفاظ بالجزء المتبقي من المبلغ الأساسي من قبل الشركة وسيتم دفعه عند التشخيص بمرض سرطان الأنتنى في أي فترة أخرى خلال حياة المؤمن عليها، شريطة أن تكون هذه الوثيقة سارية المفعول وقت التشخيص.

1- ج- زيادة مبلغ المنفعة: ستتم زيادة قيمة المبلغ الأساسي بنسبة 3% كل سنة (على المبلغ الأساسي في السنة المقابلة) دون أن يكون هنالك أي زيادة في القسط المطلوب دفعه تلك السنة. ستستمر هذه الزيادة السنوية لمدة أقصاها 10 سنوات بشرط ألا يزيد مجموع المبالغ التي تمت زيادتها عن ما نسبته 34% من المبلغ الأساسي الأولي، شريطة أن يستمر تجديد هذه الوثيقة حسب البنود 6 "شروط التجديد"- الجزء الرابع "الأحكام الموحدة".

القسم الثاني - شروط دفع المنافع

(1) يكون دفع المنافع خاضع لما يلي:

- أ) أن تعاني المؤمن عليها من مرض أو حالة مغطاة مدرجة ومعرفة في هذه الوثيقة؛
- ب) أن تكون علامات أو أعراض المرض الذي تعاني منه المؤمن عليها قد ظهرت لأول مرة من تاريخ بداية التغطية أو بتاريخ لاحق له؛
- ج) لا تنطبق أي من الإستثناءات العامة بموجب الجزء الثاني من هذه الوثيقة أو بموجب هذا القسم؛ و
- د) أن تكون المؤمن عليها لا تزال على قيد الحياة عند التشخيص.

(2) المنافع لسرطان الأنتنى و السرطان الموضعي الأنتوي (Carcinoma-In-Situ) تكون خاضعة لفترة انتظار مدتها مئة و عشرين (120) يوماً.

(3) إن إجمالي المبالغ القابلة للدفع بموجب الجزء الثالث من هذه الوثيقة لا يجب بأي حال من الأحوال، أن يتعدى قيمة المبلغ الأساسي المحدد في شهادة التأمين، (في أول سنة للوثيقة) أو المبلغ الأساسي المعدل (خلال السنوات اللاحقة)، بغض النظر عن عدد المطالبات المقدمة.

إن حدوث أي سرطان أنتنى و الذي يسد المبلغ الأساسي العائد له تنهي فوراً كامل التغطية التأمينية بموجب هذه الوثيقة.

Part IV - Uniform Provisions

1) Entire Contract - Changes: This policy, including the Certificate of Insurance and any endorsements, constitute the entire contract of insurance. All original statements made in applying for this contract will be deemed, in the absence of fraud, representations and not warranties. No change in this policy shall be valid unless approved by the Company and unless such approval be endorsed hereon or attached hereto.

2) Consideration: This policy is issued on the basis of the declarations made by the Insured Person, and in consideration of the payment in advance of the premium specified in the Certificate of Insurance.

Intentional concealment of facts or false statements in the declarations made by the Insured Person which affect the acceptance of the risk by the Company shall invalidate this policy from its inception.

3) Effective Date of Insurance: This policy takes effect on the Policy Effective Date stated in the Certificate of Insurance, subject to the successful debit of the Insured Person's Debit Card / Visa / MasterCard Credit Card / Emirates NBD Bank Account for the premium due under this policy. Non-receipt of the first premium by the Company will render this policy null and void immediately, effective from the time of application. After taking effect, this policy continues in effect until the expiry of the period of coverage stated in the Certificate of Insurance and may be renewed on each anniversary thereafter subject to the "Grace Period" and "Renewal Conditions" set forth herein. All periods of insurance shall begin on the Policy Effective Date at 00:01 hours and expire at 23:59 hours of the policy expiry date at the residence of the Insured Person.

4) Premiums: All premiums and applicable taxes are payable in advance by the Insured Person on or before the date they become due.

5) Change of Address: The Company must be immediately informed of any change in the Insured Person's residence and/or business addresses. If the Insured Person sustains a loss after having changed her residence and/or business address to a country other than the one declared at the time of policy issuance, then the Company will apply the relevant rules of the insurance coverage terms of that new country, including but limited to the premium rate applicable to that new country, starting from the date of the change. If under the new insurance coverage terms the premium rate is higher than the premium rate applicable to the country declared at the time of policy issuance, then the Insured Person must pay the difference in premium as determined by the Company. If the Insured Person did not pay the full premium, including the difference mentioned above, the Company shall have the right to terminate this policy effective from the date of change. Through this provision, the Company's insurance coverage terms in the new country shall be applied before the occurrence of the loss by the Insured Person under this policy, or prior to the date where the proof of change of residence and/or business address was received by the Company.

6) Free Look Period: The Insured Person is entitled to a free trial period of thirty (30) calendar days effective from the Policy Effective Date, specified in the Certificate of Insurance, during which time, the Insured Person may cancel this policy by sending a written request of cancellation, which must be received by the Company at any time within the first thirty (30) calendar days following the Policy Effective Date. During this free look period, any cancellation request will be subject to a full refund of premium paid. No refund will be made if a claim has already been paid.

7) Renewal Conditions: Following the expiry of the period of coverage as stated in the Certificate of Insurance, this policy may be renewed on each anniversary from term to term by payment in advance of the total premium specified by the Company. Notwithstanding the aforesaid, the Company at the expiry of each period of coverage may decide to change the premium rate at its own discretion, and it shall provide the Insured Person with prior written notice delivered to Insured Person or mailed to the last address as shown by the records of the Company. In such case, payment of the same premium that the Insured Person used to pay during the validity of the previous period of coverage will not renew this policy and this policy will terminate at the end of the period of coverage, and renewal of this policy will only take effect upon payment of the increased premium rate as communicated by the Company in the written notice mentioned above.

الجزء الرابع - أحكام موحدة

١) كامل العقد - التغييرات: إن هذه الوثيقة، بما فيها شهادة التأمين و أي تظهيرات تؤلف عقد التأمين بكامله. إن جميع البيانات التي أعطيت لدى تقديم الطلب للحصول على هذا العقد و في غياب الغش تعتبر تصريحات و ليست ضمانات. لا يعتبر أي تغيير في هذه الوثيقة نافذاً ما لم توافق عليها الشركة وما لم يجر تظهير تلك الموافقة على هذه الوثيقة أو إرفاقها بها.

٢) أساس إصدار الوثيقة: لقد صدرت هذه الوثيقة على أساس التصريحات من قبل المؤمن عليها، ولقاء الدفع سلفاً للقسط المتعلق بهذه الوثيقة المحدد في شهادة التأمين.

إن الإخفاء المتعمد من المؤمن عليها للوقائع في التصريحات التي قدمتها، أو الإدلاء ببيانات مغلوطة تؤثر في قبول الشركة للخطر المؤمن تبطل هذه الوثيقة منذ نشوئها.

٣) تاريخ سريان مفعول التأمين: يسري مفعول هذه الوثيقة في تاريخ النفاذ المذكور في شهادة التأمين، شرط إتمام عملية سحب القسط المتوجب بحسب الوثيقة من بطاقة فيزا/ ماستر كارد الإئتمانية/بطاقة الخصم الخاصة بالمؤمن عليها أو من حسابها في بنك الإمارات دبي الوطني بنجاح. إن عدم استلام القسط الأول من قبل الشركة، يجعل هذه الوثيقة لاغية وباطلة فوراً من تاريخ الطلب. بعد أن تصبح هذه الوثيقة نافذة، تبقى الوثيقة سارية المفعول حتى تاريخ انتهاء مدة التغطية المبينة في شهادة التأمين ويجوز تجديد سريان الوثيقة في كل ذكرى سنوية فيما بعد وفقاً للأحكام الواردة في فقرة "فترة الإمهال" و فقرة "شروط التجديد" أدناه. إن أي مدة للتأمين تبدأ من تاريخ نفاذ الوثيقة الساعة ٠٠:٠١ وتنتهي الساعة ٢٣:٥٩ من تاريخ إنهاء الوثيقة في محل إقامة المؤمن عليها.

٤) الأقساط: كافة الأقساط و الضرائب المترتبة يتم دفعها من قبل المؤمن عليها قبل أو في موعد استحقاقها.

٥) تغيير العنوان: يجب إعلام الشركة فوراً بأي تغيير لعناوين إقامة و/ أو مكان عمل المؤمن عليها. في حال وقوع خسارة للمؤمن عليها بعد تغيير عنوان إقامتها و/ أو مكان عملها إلى بلد غير مصرح عنه بموجب الوثيقة، عندها ستطبق الشركة قائمة الأحكام السائدة والخاصة بشروط تغطية التأمين في البلد الجديد، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر نسبة أقساط التغطية التأمينية المطبقة على البلد الجديد، بدءاً من تاريخ التغيير. في حال كانت نسبة أقساط التغطية التأمينية للبلد الجديد هي أعلى من نسبة أقساط التغطية التأمينية للبلد المصرح عنه بموجب الوثيقة، فإنه يجب على المؤمن عليها دفع الفرق في الأقساط كما تحدده الشركة. وفي حال لم تقم المؤمن عليها بدفع كامل مبلغ الأقساط، بما في ذلك الفرق المذكور أعلاه، فإنه يحق للشركة إنهاء الوثيقة من تاريخ التغيير. لغايات تطبيق هذا البند، ستقوم الشركة بتطبيق القواعد الخاصة والسائدة لتغطية التأمين في البلد الجديد قبل حدوث الخسارة المغطاة بموجب هذه الوثيقة أو قبل تاريخ استلام الشركة لإثبات تغيير عنوان الإقامة و/ أو مكان العمل.

٦) فترة المراجعة المجانية: يكون لدى المؤمن عليها فترة مراجعة مجانية مدتها ثلاثين (٣٠) يوماً اعتباراً من تاريخ نفاذ الوثيقة المذكور في شهادة التأمين، يحق للمؤمن عليها خلالها القيام بإلغاء الوثيقة عن طريق إرسال طلب خطي بذلك، تستلمه الشركة في أي وقت خلال الثلاثين (٣٠) يوماً الأولى التي تلي مباشرة تاريخ نفاذ الوثيقة. خلال فترة المراجعة المجانية يمكن الحصول على إعادة كاملة للأقساط التي دفعت. لن يتم إعادة أي قسط إذا تم بالفعل دفع مطالبة.

٧) شروط التجديد: بعد انتهاء مدة التغطية المبينة في شهادة التأمين يجوز تجديد هذه الوثيقة في كل ذكرى سنوية لها من مدة إلى مدة أخرى وذلك بالدفع المسبق للقسط الكامل المحدد من قبل الشركة. على الرغم من ذلك فإنه يحق للشركة عند انتهاء مدة التغطية أن تغير معدل القسط بناء على تقديرها الخاص، وسوف تقوم بإبلاغ المؤمن عليها بإرسال بلاغ خطي يسلم للمؤمن عليها أو يرسل بالبريد إلى آخر عنوان لها في سجلات الشركة. وفي هذه الحالة، فإن دفع نفس القسط الذي كانت المؤمن عليها تقوم بدفعه خلال مدة التغطية السابقة لن يكون له أثر على تجديد الوثيقة والتي سوف ينتهي مفعولها بانتهاء مدة التغطية، وإن الطريقة الوحيدة لتجديد هذه الوثيقة سوف تكون بقيام المؤمن عليها بدفع معدل القسط الإضافي المذكور في البلاغ الخطي كما هو مذكور أعلاه.

8) Grace Period: A grace period of thirty (30) calendar days will be granted for the payment of each premium falling due, during which time this policy shall be continued in force, unless this policy has been cancelled in accordance with clause 10 "Cancellation". The Insured Person shall be liable to the Company for the payment of the premium for the period this policy continues in force. If loss occurs within the grace period, any premium then due and unpaid will be deducted in settlement.

9) Reinstatement: When this policy terminates by reason of nonpayment of premium, any subsequent acceptance of a premium and reinstatement of this policy by the Company shall solely be at the Company's discretion and shall only cover loss sustained after the date of such reinstatement. This policy may be reinstated with the consent of the Company subject to:

- A written application for reinstatement.
- Production of evidence of insurability satisfactory to the Company, and
- Payment of the applicable premium at the time of reinstatement.

Such reinstatement shall only cover a Covered Illness, occurring more than one hundred twenty (120) days after the date of reinstatement.

10) Cancellation: Following the expiry of the period of coverage as stated in the Certificate of Insurance, the Company may cancel this policy by written notice delivered to Insured Person or mailed to the last address as shown by the records of the Company which shall be notified to the Insured Person not less than fifteen (15) calendar days before the expiry of the period of coverage. Such cancellation shall be without prejudice to any valid claim originating prior thereto. In the event this policy for which the annual premium has been paid in advance is cancelled by the Insured Person, the unearned premium shall be refunded on a pro-rata basis for the balance of the months of cover due under this policy.

11) Misstatement of Age: If the age of the Insured Person has been understated, all amounts payable under this policy shall be such as the premium paid would have purchased at the correct age. In the event the age of the Insured Person has been overstated, the Company will refund the excess premium paid. If according to the correct age of the Insured Person, the coverage provided by this policy would not have become effective, or would have ceased prior to the acceptance of such premium or premiums, then the liability of the Company during the period the Insured Person is not eligible for coverage shall be limited to the refund, upon written request, of all premiums paid for the period not covered by this policy.

12) Notice of Claim: Written notice of claim must be given to the Company within ten (10) calendar days after the Diagnosis of Covered Illness or surgery. Failure to furnish such notice within the time required shall not invalidate nor reduce any claim if it was not possible to give proof within such time. In the event of loss of life, immediate notice in writing must be given to the Company or as soon as thereafter as is reasonably possible. Notice given by or on behalf of the Insured Person to the Company or to any authorized agent of the Company, with information sufficient to identify the Insured Person, shall be deemed as notice to the Company.

13) Proof of Loss: The Company, upon receipt of a notice of claim, will furnish to the claimant forms for filing proof of Covered Illness or surgery. Where a claim is based upon Cancer, the Company shall be entitled to require the Insured Person to undergo a blood test including a test for the detection of any HIV as a condition precedent to any acceptance by the Company of due proof of such Covered Illness.

14) Time for Filing Proof of Loss: Written proof of Covered Illness or surgery must be furnished to the Company within thirty (30) calendar days after the Diagnosis of such Covered Illness or performance of surgery, accompanied by medical evidence as required by the Company. Failure to furnish such proof within the time required shall not invalidate nor reduce any claim if it was not reasonably possible to give proof within such time, provided such proof is furnished as soon as reasonably possible and no event later than three (3) years from the time the loss occurred.

٨) فترة الإهمال: تعطى مهلة ثلاثين (٣٠) يوماً على الوثائق لدفع أي قسط من الأقساط المستحقة و تبقى خلالها هذه الوثيقة سارية المفعول ما لم تُفسخ هذه الوثيقة وفقاً للفقرة ١٠ "فسخ الوثيقة". تكون المؤمن عليها، مسؤولة تجاه الشركة عن تسديد قسط التأمين للفترة التي تكون فيها هذه الوثيقة سارية المفعول. فإذا حصلت الخسارة خلال فترة الإهمال فإن أي قسط مستحق و غير مدفوع يحسم عند تسوية المبالغ المستحقة.

٩) إعادة سريان الوثيقة: إذا انتهت الوثيقة بسبب عدم سداد الأقساط، يكون أمر قبول أي قسط جديد أو إعادة سريان هذه الوثيقة إختياري بالنسبة للشركة و يغطي التأمين في هذه الحالة الخسارات التي تحدث فقط بعد تاريخ إعادة السريان. يجوز للشركة دراسة إعادة سريان هذه الوثيقة عند استلام المتطلبات التالية:

- أ) طلب خطي لإعادة السريان،
- ب) تقديم إثبات إلى الشركة بصلاحيه المؤمن عليها للتأمين، و
- ج) دفع كامل القسط المطبق وقت إعادة السريان.

إن إعادة السريان لا تغطي إلا مرض مغطى يحصل بعد منه و عشرين (١٢٠) يوماً على تاريخ إعادة السريان.

١٠) فسخ الوثيقة: بعد إنتهاء مدة التغطية المبينة في شهادة التأمين يجوز للشركة أن تفسخ هذه الوثيقة في أي وقت كان وذلك بإرسال بلاغ خطي يسلم للمؤمن عليها أو يرسل بالبريد إلى آخر عنوان لها في سجلات الشركة، على أن يتم إرسال هذا البلاغ قبل ما لا يقل عن خمسة عشر (١٥) يوماً من تاريخ إنتهاء مدة التغطية. إن هذا الفسخ لن يؤثر في أية مطالبة نشأت قبل ذلك. في حال فسخ الوثيقة و قد تم دفع القسط السنوي سلفاً مقابلها، من قبل المؤمن عليها، سوف يعاد الجزء النسبي غير المكتسب من القسط المدفوع لباقي أشهر التغطية بموجب هذه الوثيقة.

١١) تصريح خاطئ عن السن: إذا كان التصريح المعطى عن سن المؤمن عليها أقل من سنها الصحيح فإن أي مبلغ يستحق دفعه بموجب هذه الوثيقة يُعدّل بحيث يصبح مساوياً لمبلغ القسط المناسب لو ذكر السن الصحيح. إذا كان التصريح المعطى عن سن المؤمن عليها أكثر من السن الصحيح، تعيد الشركة المبلغ المدفوع الزائد عن القسط المناسب. في حال أن التأمين المنصوص في الوثيقة لا يسر مفعوله وفقاً للسن المصحح للمؤمن عليها أو قد ينتهي مفعوله قبل تاريخ قبول القسط أو الأقساط، فإن التزام الشركة خلال الفترة التي لا تكون المؤمن عليها أهلاً للتأمين يقتصر على إعادة جميع الأقساط المدفوعة خلال المدة التي لا تغطيها هذه الوثيقة. تعاد تلك الأقساط لدى تقديم الطلب الخطي بذلك.

١٢) الإشعار بالمطالبة: يجب إشعار الشركة خطياً بالمطالبة خلال عشرة (١٠) أيام من تاريخ تشخيص المرض المغطى أو الجراحة. إن التخلف عن تقديم هذا الإشعار خلال المهلة المحددة لن يبطل أو يخفف أية مطالبة إذا تبين أنه لم يكن تقديم الإثبات خلال هذه الفترة ممكناً. أما في حال فقدان الحياة، فيجب إشعار الشركة خطياً فوراً. إن الإشعار الخطي المرسل للشركة من قبل أو نيابة عن المؤمن عليها و المتضمن تفاصيل كافية للتعرف على المؤمن عليها يعتبر إشعاراً للشركة.

١٣) إثبات الضرر: لدى إستلام الشركة إشعاراً بالمطالبة ستقوم بتزويد المطالب بنماذج لتقديم إثبات المرض المغطى أو الجراحة. أما إذا كانت المطالبة ناشئة عن سرطان، يجوز للشركة أن تطلب من المؤمن عليها أن تجري تحليل دم يتضمن إختبار للتحقق من وجود فيروس نقص المناعي HIV وذلك كشرط مسبق لقبول الشركة لإثبات المرض المغطى.

١٤) المهلة المحددة لتقديم إثبات الضرر: يجب تزويد الشركة بإثبات خطي عن المرض المغطى خلال ثلاثين (٣٠) يوماً بعد تاريخ تشخيص المرض المغطى أو إجراء الجراحة مرفقة بالإثباتات الطبية المطلوبة من قبل الشركة. إن عدم تقديم الإثبات خلال المدة المعينة لا يؤدي إلى إبطال أو تخفيض قيمة المطالبة إذا لم يكن بالإمكان تقديم الإثبات خلال تلك المدة على أن يقدم الإثبات في أقرب وقت معقول لا يتجاوز في أية حال ثلاث (٣) سنوات من تاريخ وقوع الخسارة.

15) Time of Payment of Claim: Benefits payable under this policy for any loss will be paid upon receipt of due written proof of such loss, satisfactory to the Company.

16) To whom Indemnities are Payable: All indemnities of this policy are payable to the Insured Person.

17) Medical Examination: The Company, at its own expense, shall have the right and opportunity to require additional proof and to examine the Insured Person when and as often as it may reasonably require during the pendency of a claim hereunder, and to make an autopsy in case of death where it is not forbidden by law.

18) Termination of this Policy: The coverage under this policy shall automatically terminate on the earliest of the following dates:

- Any premium on this policy remains unpaid at the end of grace period;
- On the policy anniversary date of this policy following the sixtieth (60) birthday of the Insured Person;
- The date this policy expires;
- Death of the Insured Person; or
- The "Principal Sum" under Part 3 of this policy has been paid.

Termination of this policy shall be without prejudice to any claim arising prior to such termination.

19) Assignment: The benefits under this policy shall be non-assignable. No assignment of interest under this policy shall be binding upon the Company.

20) Conformity with Statutes: Any provision of this policy which, on the Policy Effective Date, is in conflict with statutes of the jurisdiction in which this policy is issued, is hereby amended to conform to the minimum requirements of such statutes.

21) Legal Action: All rights, legal actions and any other lawsuits or claims under this policy shall lapse after the expiration of the legal period prescribed by the statute of limitations of the Governing Law.

22) Non-Participation: This policy has no surrender value or paid up value, and does not participate in the profits or surplus of the Company.

23) Other Insurance with the Company: If a like policy or policies previously issued by the Company to the Insured Person be in force concurrently herewith, making the aggregate indemnity for the Principal Sum in excess of the amount of USD 500,000 (USD Five hundred thousand), the excess insurance shall be void and all premiums paid for such excess shall be returned to the Insured Person or her estate.

24) Governing Law: This contract shall be subject to the jurisdiction of the United Arab Emirates and to the federal law (6) of 2007 concerning the establishment of the Insurance Authority and the organization and governed by the laws and regulations of that country. Any disputes hereunder shall be referred to the courts of the United Arab Emirates.

25) Changes in Law: In the event of any changes in the law of taxation or imposition of new levies or taxes on the Company, or the change of any law or regulation governing the operation of insurance companies in the United Arab Emirates, the Company may vary the benefits and terms and conditions of this policy, after taking prior approval from the Insurance Authority as it deems appropriate.

26) Data Transfer: The Insured Person hereby gives the Company unambiguous consent, to process, share, and transfer her personal data to any recipient whether inside or outside the country, including but not limited to the Company Headquarters in the USA, its branches, affiliates, Reinsurers, business partners, professional advisers, Insurance Brokers

15) وقت دفع المطالبة: ان التعويضات القابلة للدفع بموجب هذه الوثيقة عن أي خسارة، تدفع مقابل إستلام إثبات خطي أصولي مقبول من الشركة.

16) لمن تدفع التعويضات: تدفع كافة التعويضات بموجب هذه الوثيقة الى المؤمن عليها.

17) الفحص الطبي الكامل: يكون للشركة الحق بأن تطلب على نفقتها إثباتات إضافية و إجراء فحص للمؤمن عليها طالما تم الطلب على فترات و لأسباب معقولة أثناء وجود مطالبة عالقة بموجب هذه الوثيقة. وكذلك يكون لها الحق بإجراء تشريح للجثة في حال الوفاة عندما لا يمنع القانون ذلك.

18) انتهاء هذه الوثيقة: تنتهي التغطية التأمينية بموجب هذه الوثيقة تلقائياً في أي من التواريخ التالية أيهم الأسبق:

- إذا بقي أي قسط، أو أي جزء منه، غير مدفوع بعد إنتهاء فترة الامهال؛
- في تاريخ الذكرى السنوية الذي يلي بلوغ المؤمن عليها الستين (60) من العمر؛
- في تاريخ إنتهاء الوثيقة؛
- فقدان حياة المؤمن عليها؛ أو
- عند دفع "المبلغ الأساسي" بموجب الجزء الثالث من هذه الوثيقة.

إن إنتهاء هذه الوثيقة لا يؤثر على أي مطالبة مقدمة قبل تاريخ هذا الإنتهاء.

19) التحويل: لا يجوز تحويل هذه الوثيقة أو أية منفعة ناشئة عنها لشخص ثالث. إن أي تحويل كهذا لن يكون ملزماً للشركة.

20) التوافق مع القوانين: إن أي حكم من أحكام هذه الوثيقة يكون بتاريخ نافذا متعارضاً مع قوانين البلد الصادرة فيه هذه الوثيقة، يعدل هنا ليتوافق مع المتطلبات الدنيا لتلك القوانين.

21) الإيداع القانوني: يسقط الحق بأية مطالبة أو حق أو بإقامة أية دعوى أو إجراء قانوني أو قضائي بموجب وثيقة التأمين هذه بعد انقضاء المدة القانونية المحددة وفقاً للقوانين المطبق بها.

22) عدم الإشتراك في الأرباح: ليس لهذه الوثيقة أية قيمة تصفية أو أية قيمة نقدية كما لا تشترك الوثيقة في أية أرباح أو أي فائض دخل للشركة.

23) التأمينات الأخرى لدى الشركة: إذا وجدت وثيقة أو وثائق ماثلة صادرة سابقاً من قبل الشركة إلى المؤمن عليها وتكون متزامنة في السريان مع هذه الوثيقة مما يجعل التعويض الإجمالي مقابل المبلغ الأساسي يفوق الحد الأقصى الشامل البالغ ٥٠٠,٠٠٠ دولار أمريكي (خمسمائة ألف دولار أمريكي)، فإن التأمين الزائد يعتبر لاغياً وتعاد جميع الأقساط المدفوعة مقابل هذه الزيادة إلى المؤمن عليها أو الى تركتها.

24) القانون المطبق: تخضع هذه الوثيقة للقوانين والأنظمة المرعية الإجراء في دولة الإمارات العربية المتحدة و للقانون الإتحادي (٦) لسنة ٢٠٠٧ في شأن إنشاء هيئة التأمين وتنظيم أعمالها، وتسري عليها كافة تلك القوانين والأنظمة. إن جميع المنازعات الناتجة عن هذه الوثيقة سوف تحال إلى محاكم دولة الإمارات العربية المتحدة.

25) التعديلات على القانون: في حال طرأت أية تعديلات على القانون الضريبي أو فرضت رسوم أو ضرائب جديدة على الشركة، أو تم تغيير أي قانون أو اللوائح التي تحكم عمل شركات التأمين في الإمارات العربية المتحدة، يحق للشركة تعديل بنود وشروط هذه الوثيقة، بعد اخذ الموافقة المسبقة عليها من هيئة التأمين، وفقاً لما تراه مناسباً.

26) تحويل البيانات: تمنح المؤمن عليها الشركة موافقة صريحة لتحويل ومعالجة ومشاركة بياناتها الشخصية إلى أي متلق سواء كان داخل أم خارج الدولة، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر مقر الشركة في الولايات المتحدة الأمريكية، فروعها، الشركات الشقيقة، شركات إعادة التأمين، شركاء الشركة في الأعمال،

and/or service providers where the Company believes that the transfer or share, of such personal data is necessary for: (i) the performance of this policy; (ii) assisting the Company in the development of its business and products; (iii) improving the Company's customers experience; (iv) for the compliance with the applicable laws and regulations; or (v) for the compliance with other law enforcement agencies for international sanctions and other regulations applicable to the Company.

The Company will ensure that such recipients will have sufficient confidentiality obligations to procure the confidentiality of the personal information and provided that the Company complies with applicable laws in respect of such processing, sharing and transferring of that personal data. For clarity, personal data means any data/information related to the Insured Person and/or the Insured Person's family which might include any health, identity and financial information or contact details, disclosed to the Company at any time.



27) International and Local Sanction and Exclusion Clause:

"MetLife is bound by and must comply with all applicable trade and economic sanctions laws and regulations, including those set forth by the U.S. Department of Treasury, Office of Foreign Assets Control (OFAC) and the United Nations".

MetLife will not provide coverage and/or payment under this policy and/or any supplementary contract if the Insured or person entitled to receive such payment is:

- (I) residing in any sanctioned country;
- (II) listed on the Office of Foreign Asset Control (OFAC) Specially Designated Nationals (SDN) list or any other International or local sanction list; or
- (III) claiming the payment for any services received in any sanctioned country.

The Company shall not be liable to pay any claim or provide any coverage or Benefit to the extent that the provision of such coverage or Benefit would expose the Company to any sanction under applicable laws.

28) VAT Treatment:

- Notwithstanding any other provision to the contrary stated in this policy, the Insured Person agrees that the premium is exclusive of VAT as may be applicable under the provision of the VAT Law.
- If any supply or benefit provided under or in connection with this policy is or become subject to VAT, the Company shall have the right to increase the premium by the amount of the VAT and recover that additional amount from the Insured Person in addition to the premium.
- For the avoidance of doubt, if any supply or benefit provided under or in connection with this policy becomes subject to VAT, any premium payment the Company receives from the Insured Person without the VAT additional amount will be considered unpaid until such time the Insured Person pays the VAT additional amount in full.

Part V - Discrepancy

In case of discrepancy between English and Arabic policy wording, the latter shall prevail.

المستشارين، وسطاء التأمين و/أو مزودي الخدمات عندما تعتقد الشركة بأن نقل أو مشاركة هذه البيانات الشخصية لازم لـ: (أ) تنفيذ التزاماتها بموجب وثيقة التأمين، (ب) مساعدة الشركة في تطوير منتجاتها وأعمالها، (ج) تحسين تجربة العملاء لدى الشركة، (د) للالتزام بالقوانين والأنظمة المطبقة، (هـ) للالتزام بتنفيذ القوانين الأخرى لدى جهات تنفيذ القانون ذات الصلة بالعقوبات الدولية والأنظمة الأخرى المطبقة بالنسبة إلى الشركة.

تضمن الشركة بأن يلتزم المتلقي بالتزامات تعاقدية كافية للمحافظة على ولضمان سرية البيانات الشخصية، كذلك فإنها تؤكد التزامها بجميع القوانين المطبقة والمتعلقة بهذا التحويل والمعالجة والمشاركة للبيانات الشخصية. لغايات التوضيح، تعني البيانات الشخصية أي بيانات/معلومات متعلقة بالمؤمن عليها و/أو عائلتها والتي قد تحتوي على أي معلومات صحية، معلومات تدل عن هويتها، معلومات مالية أو معلومات الاتصال والتي تم الإفصاح عنها في أي وقت.

٢٧ الاستثناءات المتعلقة بالعقوبات الدولية والمحلية:



"تخضع متلايف ويجب عليها الالتزام بكافة القوانين والأنظمة والعقوبات التجارية والاقتصادية النافذة بما في ذلك القوانين والأنظمة والعقوبات الصادرة من قبل وزارة الخزانة الأمريكية ومكتب الرقابة على الأصول الأجنبية والأمم المتحدة".

لن تقوم متلايف بتوفير التغطية التأمينية و/أو سداد دفعات وفقاً لهذه الوثيقة و/أو أي عقد تكميلي في حال كانت المؤمن عليها أو الشخص المؤهل لتلقي هذه الدفعات:

- (I) مقيماً في أي دولة مفروض عليها عقوبات.
- (II) مدرجاً اسمه على قائمة المنظمات أو الأشخاص المحظور التعامل معهم تجارياً الخاصة بمكتب الرقابة على الأصول الأجنبية أو أي قائمة عقوبات دولية أو محلية أخرى.
- (III) كانت المطالبة لسداد قيمة أي خدمات متلقاة في أي دولة خاضعة للعقوبات.

لا تكون الشركة مسؤولة عن سداد قيمة أي مطالبة أو توفير أي تغطية تأمينية أو دفع منفعة في حال أن هذه التغطية أو دفع المنفعة أو المطالبة سوف يُعرض الشركة لأي عقوبات بموجب أي قوانين نافذة.

٢٨ ضريبة القيمة المضافة:

- على الرغم من أي نص مخالف في هذه الوثيقة، فإن المؤمن عليها توافق أن يكون القسط التأميني غير شامل لضريبة القيمة المضافة كما هو معمول به وفقاً لأحكام قانون ضريبة القيمة المضافة.
- إذا كانت أو أصبحت أي منفعة أو خدمة توفرها هذه الوثيقة أو ما يتصل بها خاضعة لضريبة القيمة المضافة يحق للشركة زيادة القسط التأميني المستحق بنسبة مبلغ ضريبة القيمة المضافة واستعادة ذلك المبلغ الإضافي من المؤمن عليها بالإضافة إلى القسط التأميني.
- منعاً لأي شك، إذا أصبحت أي منفعة أو خدمة توفرها هذه الوثيقة أو ما يتصل بها خاضعة لضريبة القيمة المضافة، فإن أي قسط تأميني تستلمه الشركة من قبل المؤمن عليها دون مبلغ ضريبة القيمة المضافة سيتم اعتباره غير مكتمل حتى قيام المؤمن عليها بسداد كامل المبلغ الإضافي المتعلق بضريبة القيمة المضافة

الجزء الخامس - التعارض

في حال التعارض أو الإختلاف بين اللغتين الإنجليزية و العربية للوثيقة، يعتمد نص اللغة العربية.

metlife.ae

MetLife, Inc. (NYSE: MET), through its subsidiaries and affiliates ("MetLife"), is one of the world's leading financial services companies, providing insurance, annuities, employee benefits and asset management to help its individual and institutional customers navigate their changing world.

Founded in 1868, MetLife has operations in more than 40 countries and holds leading market positions in the United States, Japan, Latin America, Asia, Europe and the Middle East. For more information, visit www.metlife.com.

MetLife is a pioneer of life insurance with a presence of nearly 65 years in the Gulf. Through its branches, MetLife offers life, accident and health insurance along with retirement and savings products to individuals and corporations.

For more information, visit www.metlife-gulf.com.

شركة متلايف إنك (رمزها MET في بورصة نيويورك) من خلال فروعها والشركات التابعة لها ("متلايف")، هي شركة رائدة عالمياً في مجال التأمين على الحياة ودفعات الراتب السنوي والتأمين الجماعي للموظفين وإدارة الأصول، و تساعد عملائها من الأفراد والشركات على المضي في دروب حياتهم المتغيرة.

تأسست متلايف في عام ١٨٦٨، ولها عمليات في أكثر من ٤٠ بلداً وتنبؤاً متلايف مواقع ريادية في أسواق الولايات المتحدة و اليابان وأمريكا اللاتينية و آسيا وأوروبا والشرق الأوسط. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة www.metlife.com

متلايف هي شركة رائدة في مجال التأمين على الحياة موجودة في منطقة الخليج منذ قرابة ٦٥ عاماً. ومن خلال الفروع التابعة لها، تقدم شركة متلايف تأمين على الحياة، الحوادث وتأمين صحي، بالإضافة الى برامج وخدمات التقاعد والادخار للأفراد والشركات.

لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة: www.metlife-gulf.com



MetLife | UAE
© 2019 METLIFE, INC.