

Certificate of Insurance



Emirates NBD - Care For You

Worldwide Coverage

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Dimitris Mazarakis', 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 Care For You 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

Emirates NBD - Care For You

Worldwide Coverage

Schedule of Benefits

Currency: AED (UAE Dirhams)

Schedule of Fractures	Benefit Amount					
	Silver	Gold	Diamond	Platinum	Titanium	Premier
Hip, Pelvis, Thigh or Heel						
Multiple Fracture, one Compound, one Complete	12000	15000	18000	22000	25000	28000
All other Compound Fractures	6000	7500	9000	11000	12500	14000
Multiple Fracture (At least 1 Complete)	3000	3750	4500	5500	6250	7000
All other Fractures	3000	3750	4500	5500	6250	7000
Lower Leg, Skull, Clavical Arm, Elbow & Forearm						
Multiple fracture, one Compound, one Complete	12000	15000	18000	22000	25000	28000
All other Compound Fractures	4500	5625	6750	8250	9375	10500
Multiple Fracture (At least 1 Complete)	3000	3750	4500	5500	6250	7000
Depresse Fracture of the skull (with surgical intervention)	2250	2813	3375	4125	4688	5250
All other Fractures	2250	2813	3375	4125	4688	5250
Colles-type Fracture						
Compound	6000	7500	9000	11000	12500	14000
All other Fractures	4500	5625	6750	8250	9375	10500
Shoulder blade, Sternum, KneeCap, Hand (excluding fingers and wrist) & Foot (excluding toes and heel)						
All Compound Fractures	6000	7500	9000	11000	12500	14000
All other Fractures	4500	5625	6750	8250	9375	10500
Spinal Column (Excluding Coccyx)						
All compressive Fractures	12000	15000	18000	22000	25000	28000
All spinous, transverse process or pedicle Fractures	6000	7500	9000	11000	12500	14000
Fracture leading to permanent neurological damage (additional)	3000	3750	4500	5500	6250	7000
All other vertebrae Fractures	3000	3750	4500	5500	6250	7000



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 Care For You 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

Emirates NBD - Care For You

Worldwide Coverage

Schedule of Benefits

Currency: AED (UAE Dirhams)

Schedule of Fractures	Benefit Amount					
	Silver	Gold	Diamond	Platinum	Titanium	Premier
Lower Jaw						
Multiple Fracture, one Compound, one Complete	7500	9375	11250	13750	15625	17500
All other Compound Fractures	6000	7500	9000	11000	12500	14000
Multiple Fracture (At least 1 Complete)	6000	7500	9000	11000	12500	14000
All other Fractures	4500	5625	6750	8250	9375	10500
Rib(s), Cheekbone, Coccyx, Upper Jaw, Nose, Finger(s), Toe(s)						
Multiple Fracture, one Compound, one Complete	7500	9375	11250	13750	15625	17500
All other Compound Fractures	6000	7500	9000	11000	12500	14000
Multiple Fracture (At least 1 Complete)	3000	3750	4500	5500	6250	7000
All other Fractures	3000	3750	4500	5500	6250	7000
Schedule of Dislocations						
Dislocations of :						
Spine or Back	9,000	11,250	13,500	16,500	18,750	21,000
Hip	7,500	9,375	11,250	13,750	15,625	17,500
Knee	4,500	5,625	6,750	8,250	9,375	10,500
Wrist or Elbow	3,000	3,750	4,500	5,500	6,250	7,000
Ankle, Shoulder blade or Collarbone	2,250	2,813	3,375	4,125	4,688	5,250
Finger(s), Toe(s), Hand / Foot or Jaw	2,250	2,813	3,375	4,125	4,688	5,250
Concussions	5,250	6,563	7,875	9,625	10,938	12,250
Full Benefit Amount per year and per Named Insured	Silver 24,000	Gold 30,000	Diamond 36,000	Platinum 44,000	Titanium 50,000	Premier 56,000


DIMITRIS MAZARAKISGeneral Manager
MetLife - Gulf

This Certificate of Insurance is attached to and forms part of the terms and conditions of Emirates NBD's Care For You 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 1 - Definitions

"Benefit Amount" wherever used in this policy means the respective amount stated in the Schedule of Benefits in the Certificate of Insurance with respect to each Named Insured.

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

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

"Complete Fracture" wherever used in this policy means rupture of a total bone, without displacement, produced by trauma.

"Compound Fracture" wherever used in this policy means Fracture in which the skin is lacerated and there is an open wound down to the site of the Fracture.

"Concussion" wherever used in this policy means a clinical syndrome characterized by immediate and transient alteration in brain function, including alteration of mental status and level of consciousness, resulting from mechanical force or trauma.

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

"Dependent(s)" wherever used in this policy means the child or children of the Insured Person and/or of the Insured Person's Spouse between the ages of five (5) years and eighteen (18) years of age ((or upto twenty three (23) years of age if a full time student)), unmarried and primarily dependent on the Insured Person for support and whose name(s) is/are mentioned in the Certificate of Insurance.

"Dislocation" wherever used in this policy means permanent displacement of the articular surfaces relative to one another.

"Fracture" wherever used in this policy means a break in continuity of a bone, with or without displacement, produced by trauma.

"Hospital" wherever used in this policy means an establishment which meets all of the following requirements: (1) holds a license as a 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, rest or convalescent home or similar establishment and is not, other than incidentally, a place for alcoholics or drug addicts; (7) maintains X-ray equipment and operating room facilities.

"Injury" wherever used in this policy means accidental bodily injury, occurring whilst this policy is in force, caused solely and directly by violent, accidental, and external means as to the Named Insured, whose Injury is the basis of claim and resulting, directly and independently of all other causes, in a loss covered under this policy.

الجزء ١ - التعريفات

"قيمة المنفعة" أينما وردت في هذه الوثيقة تعني المبلغ المذكور في جدول المنافع في شهادة التأمين فيما يتعلق بالمؤمن عليه المسمى.

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

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

"كسر كامل" أينما وردت في هذه الوثيقة تعني تمزق العظام الكلي، دون الانزياح، الناتج عن الصدمة.

"كسر مركب" أينما وردت في هذه الوثيقة تعني الكسر الذي يؤدي إلى تمزق في الجلد بالإضافة إلى جرح مفتوح وصولاً إلى موقع الكسر.

"ارتجاج" أينما وردت في هذه الوثيقة تعني المتلازمة السريمية التي تترافق مع تغيير فوري ومؤقت في وظيفة الدماغ، بما في ذلك تغيير في الحالة العقلية ومستوى الوعي، والناتجة عن قوة ميكانيكية أو صدمة.

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

"المعال أو المعالون" أينما وردت في هذه الوثيقة تعني العازب من أولاد المؤمن عليه و/أو زوجه، الذي يتراوح عمره ما بين الخمس (٥) سنوات و الثامنة عشر (١٨) عاماً (أو الثالثة والعشرين (٢٣) إذا كان المعال طالباً متفرغاً)، ومعال بشكل أساسي من المؤمن عليه و وارد إسمه في شهادة التأمين.

"خلع" أينما وردت في هذه الوثيقة تعني الازاحة الدائمة للسطوح المفصالية عن بعضها البعض.

"كسر" أينما وردت في هذه الوثيقة تعني كسر في العظم الذي يترافق مع إزاحة أو لا، ناتج عن صدمة أو جرح.

"مستشفى" أينما وردت في هذه الوثيقة تعني مؤسسة تتوافر فيها جميع المتطلبات التالية: (١) تحمل رخصة للعمل كمستشفى إن كانت الرخصة مطلوبة قانوناً في البلد أو في منطقة السلطة الحكومية؛ (٢) تعمل في الأساس لإستقبال وعناية ومعالجة المرضى و المصابين بمرضى داخليين؛ (٣) تزود خدمات تمريضية على مدار أربع وعشرين ٢٤ ساعة يومياً لتقديمها ممرضات مجازات؛ (٤) تضم في عداد مستخدميها طبيباً أو أكثر يمكن مراجعته في أي وقت؛ (٥) تزود تسهيلات منظمة للتشخيص و العمليات الجراحية الكبرى؛ (٦) ليست أساساً عيادة أو داراً للتمريض أو داراً للراحة أو النقاهاة أو ما يشابهها و ليست، إلا بصفة عرضية، مكاناً لمعالجة مدمني الخمر و المخدرات؛ (٧) مجهزة بمعدات للأشعة وغرف للعمليات الجراحية.

"إصابة" أينما وردت في هذه الوثيقة تعني إصابة جسمية ناجمة عن حادث يصيب المؤمن عليه المسمى خلال سريان مفعول هذه الوثيقة نتيجة تعرضه المباشر لوسائل عنيفة، عرضية، خارجية و تكون إصابته أساساً للمطالبة وتؤدي مباشرة و استقلالاً عن جميع الأسباب الأخرى إلى خسارة تغطيتها الوثيقة.

“In-patient” wherever used in this policy means a Named Insured 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 any individual named in the Certificate of Insurance between the ages of twenty one (21) and seventy five (75) 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.

“Named Insured” wherever used in this policy means the Insured Person, the Spouse and/or Dependent(s) named in the Certificate of Insurance.

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

“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.

“Pre-existing Condition” wherever used in this policy means any physical condition that was diagnosed, treated, or for which a Physician was consulted, at any time prior to the Policy Effective Date.

“Schedule” or “Schedule of Benefits” wherever used in this policy means the Schedule of Benefits in the Certificate of Insurance which is attached hereto and which forms a part of this policy.

“Spouse” wherever used in this policy means the Insured Person’s legally married husband or wife between the ages of twenty one (21) and seventy five (75) years and is named in the Certificate of Insurance.

“Terrorist Act” wherever used in this policy means any actual or threatened use of force or violence directed at or causing damage, Injury, harm or disruption, or commission of an act dangerous to human life or property, against any individual, property or government, with the stated or unstated objective of pursuing economic, ethnic, nationalistic, political, racial or religious interests, whether such interests are declared or not. Robberies or other criminal acts, primarily committed for personal gain and acts arising primarily from prior personal relationships between perpetrator/s and victim/s shall not be considered Terrorist Acts. ‘Terrorist Act’ shall also include any act which is verified or recognized as an act of terrorism by the relevant government of the country where the act occurs.

“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.

“War” means War or Warlike operations (whether War be declared or not), or invasion, act of foreign enemy, hostilities, mutiny, riot, civil commotion, civil War, rebellion, revolution, insurrection, conspiracy, military or usurped power, martial law or state of siege, or any of the events or causes which determine the proclamation or maintenance of martial law or state of siege.

Part 2 – Benefits

The coverages stated hereunder subject to the “General Exceptions” stated under Part 5 below and the limitations stated under Part 6 “Uniform Provisions” below, are valid only in respect of the Benefits specifically indicated in the Schedule of Benefit by the insertion of the amount of indemnity, its limitation and payment of the appropriate premium.

“مريض داخلي” أينما وردت في هذه الوثيقة تعني المؤمن عليه المسمى الذي يُقيم في مستشفى كمريض مُسجل مُلازم للفراش لمدة يوم واحد على الأقل.

“المؤمن عليه” أينما وردت في هذه الوثيقة تعني، أي شخص ذكر إسمه في شهادة التأمين والذي يتراوح عمره ما بين الواحدة والعشرين (٢١) و الخامسة والسبعون (٧٥) عاماً ، و الذي تقدم بطلب التأمين من خلال بنك الإمارات دبي الوطني، والذي يتم خصم قسط تأمين الوثيقة من بطاقة الخصم الخاصة به/بطاقته الائتمانية فيزا/ماستر كارد اوحسابه لدى بنك الإمارات دبي الوطني ويتم إعلام الشركة بذلك.

“المؤمن عليه المسمى” أينما وردت في الوثيقة تعني الشخص المؤمن عليه و/ أو زوجه و/أو المعالون المذكورين كما هو في شهادة التأمين.

“طبيب” أينما وردت في هذه الوثيقة تعني شخص مرخص قانوناً لمزاولة الطب و/أو الجراحة، على أن لا يكون المؤمن عليه المسمى نفسه أو أحد أفراد عائلته المقربين أو رب عمل المؤمن عليه المسمى أو موظف عنده.

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

“الحالة السابقة للتأمين” أينما وردت في هذه الوثيقة، تعني أي حالة جسدية تم تشخيصها أو تطلبت علاجاً أو أوصى الطبيب بعلاجها بتاريخ سابق لتاريخ نفاذ الوثيقة.

“جدول” أو “جدول المنافع” أينما وردتا في هذه الوثيقة تعنيان جدول المنافع في شهادة التأمين المرفقة بهذه الوثيقة و التي تشكل جزءاً من الوثيقة.

“الزوج” أينما وردت في هذه الوثيقة تعني الزوج أو (الزوجة) القانوني للمؤمن عليه والذي يتراوح عمره ما بين الواحد والعشرين (٢١) و الخامسة و السبعون (٧٥) عاماً والمذكور إسمه في شهادة التأمين.

“الفاعل الإرهابي” أينما وردت في هذه الوثيقة يعني الاستخدام الفعلي أو المحتمل للقوة أو العنف بغرض أو لتسبب الضرر، الإصابة، الأذى أو التمزيق أو مباشرة أي عمل خطير على الحياة البشرية أو الملكية ضد أي فرد أو ملكية أو حكومة بغرض فعلن أو غير فعلن لتحقيق مصالح اقتصادية، عرقية، قومية، سياسية، عنصرية أو دينية، سواء كانت تلك المصالح معلنة أو غير معلنة. ولا تُعتبر السرقات أو التصرفات الإجرامية الأخرى والتي يتم ارتكابها بشكل أساسي لمكاسب شخصية وتصرفات تنشأ أساساً من علاقات شخصية سابقة بين مرتكبها والضحايا أنها أعمال إرهابية. كما يشمل “العمل الإرهابي” أي تصرف محدد أو معروف للحكومة (المعنية) التي يحدث فيها العمل على أنه عمل إرهابي.

“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 (٨) لسنة ٢٠١٧ في شأن ضريبة القيمة المضافة وتعديلاته في الإمارات العربية المتحدة.

“حرب” تعني الحرب أو العمليات شبه الحربية (سواء أكانت حرب معلنة ام لا) أو غزو أو عمل عدو خارجي أو أعمال عدوانية أو تمرد أو فتنة أو هيجان أو شغب اهلي أو حرب اهلية أو عصيان أو ثورة أو أعمال عنف أو مؤامرة أو حكم مفتصب أو حكم عرفي أو قانون عرفي أو حالة حصار أو أي من الاحداث أو الاسباب التي تحمل على اعلان أو ابقاء القانون العرفي أو حالة

الجزء ٢ – المنافع

إن التغطية مع مراعاة الاستثناءات العامة الواردة في الجزء الخامس أدناه والأحكام الموحدة المذكورة في الجزء السادس أدناه بالنسبة للمنافع الواردة أدناه تسري فقط بالنسبة للمنافع المحددة تفصيلاً في جدول المنافع و المبين في خانتها مبلغ التعويض العائد لها و حدوده و مبلغ القسط المطبق عليها.

Section 1: Bone Fracture as a result of Injury

In case of bone Fracture as a result of Injury of the Named Insured, the Company will pay the Benefit Amount stated in the Schedule of Benefits in the Certificate of Insurance, upon receiving satisfactory medical report and radiographic examination attesting to the bone Fracture, provided that the Named Insured has been diagnosed within 3 months from the date of the accident and that the Injury took place during the period of validity of this policy.

If the Named insured submitted a claim and investigations revealed that he is suffering from osteoporosis or any other bone disease that started after the Policy Effective date, the Company will pay the Benefit Amount stated in the Schedule of Benefits in the Certificate of Insurance and the benefit under this Section 1 “ **Bone Fracture as a result of Injury**” will be terminated and no further claims related to this benefit will be acceptable afterwards.

Schedule of Fractures:

Fractures of:

Hip , Pelvis, Thigh , Heel or Lower Jaw

Multiple Fracture, one Compound, one Complete

All other Compound Fractures

Multiple Fracture (At least 1 Complete)

All other Fractures

Lower Leg, Skull, Clavical Arm, Elbow & Forearm

Multiple Fracture, one Compound, one Complete

All other Compound Fractures

Multiple Fracture (At least 1 Complete)

Depresse Fracture of the skull (with surgical intervention)

All other Fractures

Colles-type Fracture

Compound

All other Fractures

Shoulder blade, Sternum, KneeCap, Hand (excluding fingers and wrist) & Foot (excluding toes and heel)

All Compound Fractures

All other Fractures

Spinal Column (Excluding Coccyx)

All compressive Fractures

All spinous, transverse process or pedicle Fractures

Fracture leading to permanent neurological damage (additional)

All other vertebrae Fractures

Rib(s), Cheekbone, Coccyx, Upper Jaw, Nose, Finger(s), Toe(s)

Multiple Fracture, one Compound, one Complete

All other Compound Fractures

Multiple Fracture (At least 1 Complete)

All other Fractures

القسم ١: كسر في العظام من جراء اصابة

في حالة كسور في العظام نتيجة اصابة المؤمن عليه المسمى، ستقوم الشركة بدفع قيمة المنفعة المذكورة في جدول المنافع في شهادة التأمين عند استلامها التقرير الطبي والفحص الشعاعي المقبولان لديها والليذان يؤكدان حدوث كسر في العظام، شريطة أن يكون تم تشخيص المؤمن عليه المسمى خلال ٣ أشهر من تاريخ وقوع الحادث وتمت الاصابة خلال فترة نفاذ برنامج التأمين.

في حال قام المؤمن عليه المسمى بتقديم مطالبه واثبتت الفحوصات انه مصاب بمرض هشاشة العظام أو اي من امراض العظام الاخرى والتي بدأت بعد تاريخ نفاذ الوثيقة، ستقوم الشركة بدفع قيمة المنفعة المذكورة في جدول المنافع في شهادة التأمين وسوف يتم انهاء المنفعة تحت القسم ١ “كسر في العظام من جراء اصابة” ولن يتم قبول اي مطالبة عن نفس المنفعة لاحقاً.

جدول الكسور

كسور في:

الورك , الحوض, الفخذ, الكعب او الفك الاسفل

كسر متعدد, واحد مركب والآخر كامل,

جميع الكسور المركبة الاخرى.

كسر متعدد (واحد كامل على الاقل).

جميع الكسور الاخرى.

الساق السفلى, الجمجمة, الترقوة الذراع, الكوع والساعد

كسر متعدد, واحد مركب والآخر كامل,

جميع الكسور المركبة الاخرى.

كسر متعدد (واحد كامل على الاقل).

علاج كسر في الجمجمة (مع التدخل الجراحي)

جميع الكسور الاخرى.

كسر كوليس (كسر معصم عادي)

مركب

جميع الكسور الاخرى

العظم الكتفي, عظم الصدر الرضفة عظمة رأس الركبة, اليد (باستثناء الاصابع والمعصم) و القدم (باستثناء الكعب واصابع القدم).

جميع الكسور المركبة

جميع الكسور الاخرى

العمود الفقري (باستثناء العنصر).

جميع الكسور الانضغاطية

جميع الكسور الشوكية, العمليات العرضية أو كسور العنقب

الكسر الذي يؤدي الى تلف الاعصاب الدائم (اضافي).

جميع كسور العمود الفقري الاخرى

الضلع (الاضلاع), عظمة الوجنة, العنصر, الفك الاعلى والانف, اصبع (اصابع), اصبع (اصابع) القدم

كسر متعدد, واحد مركب والآخر كامل,

جميع الكسور المركبة الاخرى.

كسر متعدد (واحد كامل على الاقل).

جميع الكسور الاخرى.

Section 2: Dislocation as a result of Injury

In case of Dislocation as a result of Injury of the Named Insured, the Company will pay the Benefit Amount stated in the Schedule of Benefits in the Certificate of Insurance, upon receiving satisfactory medical report and radiographic examination attesting to the Dislocation, provided that :

- the reduction of Dislocation is carried out in the Hospital;
- before the reduction is performed via radiographic examination;
- the procedure is performed by a Physician to assess the need to effect the reduction with or without anesthesia. It cannot in any case be indemnified as a Dislocation affecting the same part of the body (relapse).

Schedule of Dislocations:

Dislocations of:

Spine or Back, Hip, Knee, Wrist or Elbow, Ankle, Shoulder Blade or Collarbone, Finger(s), Toe(s), Hand / Foot or Jaw.

Section 3: Concussions

In case of Concussion Injury of the Named Insured, the Company will pay the Benefit Amount stated in the Schedule of Benefits in the Certificate of Insurance, upon receiving satisfactory medical report proving Concussion, provided that the Concussion results from a sudden focal cerebral organ trauma that has resulted in a loss, even if temporary, of consciousness and / or sensitivity and / or of circulatory and respiratory.

Limitations and Termination of Individual Insurance

If due to the occurrence of any specified loss/losses in respect of the Named Insured for which the full Benefit Amount applicable per year per Named Insured as stated in the Certificate of Insurance is paid, that particular Named Insured will not be covered for the remainder of that year. Coverage shall continue upon payment of the renewal premium for the following year.

Further, if the Insured Person's insurance ceased due to age, Spouse and Dependent(s) shall continue to be insured under this policy, subject to payment of due premiums, until it gets terminated as per article 6 "Termination Dates of Insurance" under Part 6 of this policy.

Part 3 - Flying Coverage

Coverage with respect to flying is limited to loss occurring while the Named Insured is riding solely as a fare paying passenger (but not as a pilot, operator or member of the crew) in or on, boarding or alighting from a certified passenger aircraft provided by a commercial airline on any regular, scheduled, special or chartered flight, and operated by a properly certified pilot flying between duly established and maintained airports.

Part 4 - Postponement of Effective Date

No insurance provided by this policy shall become effective as to the Named Insured if such Named Insured is Hospital confined, disabled, or receiving payment for a claim when such insurance would otherwise take effect.

The coverage on the Named Insured shall take effect thirty-one (31) calendar days after such Hospital confinement or disability terminates, or payment of claim ceases, whichever is the latter.

القسم ٢: الخلع نتيجة إصابة

في حالة الخلع في العظام نتيجة إصابة المؤمن عليه المسمى، ستقوم الشركة بدفع قيمة المنفعة المذكورة في جدول المنافع في شهادة التأمين عند استلامها التقرير الطبي والفحص الشعاعي المقبولان لديها واللذان يؤكدان حدوث الخلع، على شرط :

- تم التقويم على الخلع في المستشفى
- تم الفحص الشعاعي قبل اتخاذ أي إجراء لتقويم الخلع;
- يتم تنفيذ الإجراء من قبل الطبيب لتقييم الحاجة إلى اتخاذ إجراء التقويم مع أو بدون تخدير على أنه لا يمكن في أي حال من الأحوال أن يتم دفع المنفعة عن تكرار الخلع لنفس الجزء من الجسم (الانتكاس).

جدول الخلع:

الخلع في:

العمود الفقري أو الظهر، الفخذ، الركبة، المعصم أو الكوع، الكاحل، العظم الكتفي أو عظم الترقوة، الأصبع (الأصابع)، أصبع (أصابع) القدم، القدم / اليد أو الفك.

القسم ٣: الارتجاج

في حالة إصابة المؤمن عليه المسمى بارتجاج، ستقوم الشركة بدفع قيمة المنفعة المذكورة في جدول المنافع في شهادة التأمين عند استلامها التقرير الطبي الذي يثبت الارتجاج، على أن لا يكون الارتجاج ناتج عن صدمة مفاجئة في مركز تنسيق الجهاز الدماغي الذي أدى إلى الخسارة، حتى أن كانت مؤقتة، للوعي و/أو الاحساس و/أو جهاز الدورة الدموية والجهاز التنفسي.

القيود وإنهاء التأمين الفردي

في حال وقوع أي من الخسائر المذكورة للمؤمن عليه المسمى و التي ادت الى دفع كامل مبلغ المنفعة المطبق سنوياً لكل مؤمن عليه مسمى والمذكور في شهادة التأمين، فلن يكون ذلك المؤمن عليه المسمى مغطى لبقية السنة. وتستمر التغطية عند سداد قسط التجديد للسنة التالية.

إضافة إلى ذلك، إن إنهاء التأمين الخاص بالمؤمن عليه كنتيجة للعمر سوف لا يؤثر على التغطية التأمينية الخاصة بالزوج و المعال أو المعالون، حيث تبقى هذه التغطية مستمرة، بشرط المحافظة على دفع الأقساط المستحقة، حتى يتم إنهاءها بموجب الفقرة ٦ "تاريخ إنهاء التأمين" من الجزء السادس من هذه الوثيقة.

الجزء ٣ - تغطية السفر جواً

إن التغطية بالنسبة للسفر جواً تنحصر بالخسارة التي تحصل بينما يكون المؤمن عليه المسمى راكباً فقط كمسافر (لا كراي أو مشغل أو أحد أفراد الطاقم) في، أو على متن أو كنازل من طائرة ركاب معتمدة تقدمها شركة طيران تجارية ضمن رحلة جوية منتظمة ومجدولة، خاصة أو مستأجرة ويقودها طيار مجاز، مسافرة بين مطارات منشأة ومحافظ عليها وفقاً للأصول؛

الجزء ٤ - تأجيل تاريخ النفاذ

لا يكون أي تأمين بموجب هذه الوثيقة نافذاً بالنسبة للمؤمن عليه المسمى إذا كان ذلك المؤمن عليه المسمى مقيماً في مستشفى أو عاجزاً أو يتلقى تعويضات عن مطالبة وذلك عندما يكون التأمين لولا تلك الواقعة قد أصبح ساري المفعول.

يسري التأمين للمؤمن عليه المسمى في مثل هذه الحالة بعد واحد وثلاثين (٣١) يوماً من انتهاء الإقامة في المستشفى أو إنهاء العجز أو توقف دفع المطالبة، أيهم اللاحق.

Part 5 - General Exceptions

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

1. Any loss caused by or resulting from:
 - a) Intentionally self-inflicted Injury, suicide or any attempt thereof while sane and conscious;
 - b) War, invasion, act of foreign enemy, hostilities or warlike operations (whether War be declared or not), mutiny, riot, civil commotion, strike, civil War, rebellion, revolution, insurrections; shelling, sniping, ambushes, and all acts of similar nature; or any period the Insured Person is serving in the Armed Forces of any country, whether in peace or War;
 - c) Congenital anomalies and conditions arising out of or resulting there from;
 - d) Active participation in Terrorist Acts;
 - e) Travel to and/or stay in Iraq and Afghanistan; nor
2. Any loss occurring while:
 - a) The Named Insured is flying in any aircraft or device for aerial navigation except as specifically provided herein under Part 3 Flying Coverage;
 - b) The Named Insured is participating in professional sports, whether practicing or playing, competitions, races, matches in land, air or sea, hazardous sports/activities such as rock climbing, mountaineering, bungee jumping, river rafting, pot-holing, parachuting, paragliding, skiing or scuba diving; nor
3. Loss sustained or contracted in consequence of a Named Insured being intoxicated or under the influence of alcohol or any narcotic or abuse of prescription drugs; nor
4. Any loss of which a contributing cause was the Named Insured attempted commission of, or participation in a felony or a deliberate misdemeanor; nor
5. Any Pre-existing Conditions, pregnancy, childbirth or miscarriage; nor
6. Loss caused directly or indirectly, wholly or partly by bacterial infections (except pyogenic infections which shall occur through an accidental cut or wound) or any other kind of disease; nor
7. 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; nor
8. Osteoporosis and spontaneous fracture diagnosed before the Policy Effective Date.

The claimant 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.

الجزء ٥ - الإستثناءات العامة

أن هذه الوثيقة لا تغطي الخسائر التالية ولن يتم دفع أي مبلغ أو تعويض عنها:

١. أية خسارة مسببة من أو ناتجة عن :
 - أ) الإصابة التي توقع بالنفس عمدا أو أية محاولة بهذا المعنى عندما يكون الشخص سليم العقل و مدركا؛
 - ب) الحرب أو الغزو أو عمل العدو الخارجي أو الأعمال العدوانية أو العمليات شبه الحربية (سواء كانت الحرب معلنة أم لا) أو التمرد أو الفتنة أو الاضرابات أو الشغب الاهلي أو الحرب الأهلية أو العصيان أو الثورة أو أعمال العنف أو المؤامرة أو الحكم العسكري أو السلطة المقتضية أو القانون العرفي أو حالة الحصار وكل الأفعال ذات الطبيعة المشابهة أو أي مرحلة يخدم خلالها المؤمن عليه المسمى في القوة المسلحة لأي بلد كان ذلك في السلم أو في الحرب؛
 - ج) العاهات الخلقية والحالات الناشئة أو الناتجة عنها؛
 - د) المشاركة الفاعلة في أي عمل ارهابي؛
 - هـ) السفر إلى / أو البقاء في العراق وأفغانستان؛ أو
٢. أية خسارة تحدث خلال :
 - أ) قيام المؤمن عليه المسمى بالطيران في أية طائرة نقل أو وسيلة للملاحة الجوية باستثناء الوارد تحديدها بموجب الجزء ٣ - تغطية السفر جوا؛
 - ب) إشتراك المؤمن عليه المسمى في الرياضة كمحترف خلال اللعب أو التدريب، أو اشتراكه في أية منافسات أو مسابقات أو مباريات برية أو جوية أو بحرية، الرياضات والنشاطات الخطرة، كالتسلق على الجبال أو النزول في الحفر، القفز من الأماكن العالية، البانجي، الصعود أو الهبوط بالمظلة، الانزلاق بالمظلة، التزحلق على الثلج أو الجليد أو الفطس تحت الماء؛ أو
٣. أية خسارة ناتجة عن كون المؤمن عليه المسمى تملأ أو تحت تأثير الكحول أو أية مادة مخدرة أو إساءة استخدام العقاقير الطبية؛ أو
٤. أية خسارة ناتجة عن قيام المؤمن عليه المسمى باقتراف أو محاولة اقتراف أو الإشتراك في جنائية أو جنحة مقصودة؛ أو
٥. الحالات السابقة للتأمين، الحمل، الولادة، الإجهاض أو الإسقاط؛ أو
٦. أي خسارة مسببة أو ناتجة بشكل كامل أو جزئي عن: الإلتهابات الجرثومية (عدا الإلتهابات البايوجينية التي تحدث نتيجة لبتنر أو جرح ناشئين عن حادث) أو أي نوع آخر من الأمراض؛ أو
٧. أية خسارة مسببة من أو ناتجة عن الاشعاعات 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 اشعاع 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؛ أو
٨. تشخيص هشاشة العظام والكسور التلقائية قبل تاريخ نفاذ الوثيقة.

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

Part 6 - Uniform Provisions

1) Entire Contract, Changes: This policy including Certificates of Insurance and any endorsements constitute the entire contract of insurance. 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. 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 this expiry of the period of coverage stated in the Certificate of Insurance at the residence of the Named Insured.

Coverage in respect of the Named Insured under this policy shall commence from the Policy Effective Date stated in the Certificate of Insurance, subject to the successful debit of the Insured Person's Visa / Master Card Credit Card or his/her ENBD 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.

4) Grace Period: A grace period of sixty (60) 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.

5) Premiums: All premiums and applicable taxes are payable in advance by the Insured Person on or before the date they become due unless official notice of Cancellation has been served.

6) Change of Address: The Company must be immediately informed of any change in the Named Insured's residence and/or business addresses.

If a Named Insured sustains a loss after having changed his/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 Named Insured under this policy, or prior to the date where the proof of change of residence and/or business address was received by the company.

7) 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.

الجزء ٦ - الأحكام الموحدة

(١) كامل العقد - التغييرات: إن هذه الوثيقة، بما فيها شهادة التأمين والتعهدات تؤول عقد التأمين بكامله. 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: أصدرت هذه الوثيقة على أساس التصريحات الصادرة من قبل المؤمن عليه، ولقاء الدفع سلفاً للقسط المتعلق بهذه الوثيقة المحدد في شهادة التأمين.

إن إخفاء المؤمن عليه المتعمد لوقائع في التصريحات التي قدمها، أو الإدلاء ببيانات مغلوطة تؤثر في قبول الشركة للخطر المؤمن تُبطل الوثيقة منذ نشوئها.

(٣) تاريخ سريان مفعول التأمين: يسري مفعول هذه الوثيقة في تاريخ نفاذ الوثيقة المذكور في شهادة التأمين. بعد أن تصبح هذه الوثيقة نافذة، تبقى 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 انتهاء فترة التغطية المذكور في شهادة التأمين في محل إقامة المؤمن عليه المسمى.

إن التغطية بالنسبة للمؤمن عليه المسمى تبدأ من تاريخ نفاذ الوثيقة المذكور في شهادة التأمين، شرط تمام عملية سحب القسط المتوجب بموجب الوثيقة من بطاقة المؤمن عليه الإئتمانية بنك الإمارات دبي الوطني/فيزا/ماستر كارد بنجاح.

إن عدم إستلام القسط الأول من قبل الشركة، يجعل هذه الوثيقة لاغية فوراً من تاريخ تقديم الطلب.

(٤) فترة الإمهال: تعطى مهلة ستين (٦٠) يوماً لدفع أي قسط من الأقساط المستحقة، وتبقى هذه الوثيقة سارية المفعول خلال هذه المهلة ما لم تفسخ بموجب الفقرة ١٠ “فسخ الوثيقة”. يكون المؤمن عليه، مسؤولاً تجاه الشركة عن تسديد قسط تأمين للفترة التي تكون فيها هذه الوثيقة سارية المفعول. فإذا حصلت الخسارة خلال فترة الإمهال، فإن أي قسط مستحق وغير مدفوع يحسم عند تسوية المبالغ المستحقة.

(٥) الأقساط: كافة الأقساط و الضرائب المترتبة يتم دفعها من قبل المؤمن عليه قبل أو في موعد استحقاقها، ما لم يتم إرسال إشعار بفسخ الوثيقة،

(٦) تغيير العنوان: يجب اعلام الشركة فوراً بأي تغيير لعناوين إقامة و/أو مكان عمل المؤمن عليه المسمى.

في حال وقوع خسارة لمؤمن عليه مسمى بعد تغيير عنوان إقامته و/أو مكان عمله الى بلد غير مصرح عنه بموجب الوثيقة، عندها ستطبق الشركة قائمة الأحكام السائدة والخاصة بشروط تغطية التأمين في البلد الجديد، بما 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 عليه دفع الفرق في الأقساط كما تحدده الشركة. وفي حال لم يقم المؤمن عليه بدفع كامل مبلغ الأقساط، بما في ذلك الفرق المذكور أعلاه، فإنه يحق للشركة إنهاء هذه 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.

(٧) فترة المراجعة المجانية: يكون لدى المؤمن عليه فترة مراجعة مجانية مدتها ثلاثين (٣٠) يوماً اعتباراً من تاريخ نفاذ الوثيقة المذكور في شهادة التأمين، يحق للمؤمن عليه 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.

8) Termination Dates of Insurance: Insurance of the Named Insured shall terminate immediately on the earliest of:

- the date this policy expires;
- the date the Named Insured is no longer eligible within the definition of Named Insured;
- the premium due date if the required premium is not paid within the Grace Period;
- the policy anniversary date immediately following the Insured Person's / Spouse's eightieth (80th) birthday;
- the policy anniversary date immediately following the Dependent's twenty fourth (24th) birthday.

The termination of the Named Insured's insurance as a result of attaining the age of eighty (80) years shall be without prejudice to the Spouse's coverage who did not attain such age, which coverage shall remain in effect, subject to payment of due premiums, until the Spouse attain the age of eighty (80) years.

Any such termination shall be without prejudice to any valid claim originating prior to the date of termination.

9) Reinstatement of Policy: When this policy terminates by reason of non-payment of premium, this policy may be reinstated with the consent of the Company within one hundred and eighty (180) days after the due date of the premium in default subject to:

- 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 loss resulting from Injury sustained after the date of such 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 a 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) 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.

12) Notice of Claim: Written notice of claim must be given to the Company within ten (10) calendar days after the occurrence or commencement of any loss covered by this policy, or as soon thereafter as is reasonably possible. Written notice of the claim on behalf of the Named Insured to the Company, or to any authorized official of the Company with information sufficient to identify the Named Insured shall be deemed as notice to the Company.

13) Claim Forms: The Company, upon receipt of a notice of claim, will furnish to the claimant such forms as are usually required by the Company for filing proofs of loss.

14) Time for Filing Claim Forms: Completed claim forms and written proof of loss must be furnished to the Company within thirty (30) calendar days after the date of such loss. Failure to furnish such proof within the time required shall not invalidate nor reduce any claim if it was not possible to give proof within such time. However, no proof will be accepted if furnished later than three (3) years from the time the loss occurred.

٨) تاريخ إنتهاء التغطية التأمينية: تنتهي التغطية الشخصية بالنسبة للمؤمن عليه المسمى فوراً في أحد التواريخ التالية، أيهما أقرب:

(أ) تاريخ إنتهاء هذه الوثيقة؛

(ب) التاريخ الذي لم يعد المؤمن عليه المسمى مؤهلاً ضمن تعريف المؤمن عليه المسمى؛

(ج) تاريخ إستحقاق القسط في حال عدم تسديد القسط ضمن فترة الإمهال؛

(د) تاريخ ذكرى الوثيقة السنوية التي تلي مباشرة تاريخ بلوغ المؤمن عليه / الزوج الثمانين (٨٠) من العمر؛

(هـ) تاريخ ذكرى الوثيقة السنوية التي تلي مباشرة تاريخ بلوغ الأطفال المعالين الرابعة والعشرين (٢٤) من العمر؛

إن إنهاء التأمين الخاص بالمؤمن عليه المسمى كنتيجة لبلوغه سن الثمانين (٨٠) عاماً سوف لن يؤثر على التغطية التأمينية الخاصة بالزوج الذي يبلغ هذا العمر، حيث تبقى التغطية الخاصة بالزوج مستمرة، بشرط المحافظة على دفع الأقساط المستحقة، حتى بلوغ الزوج سن الثمانين (٨٠) من العمر.

إن أي إنهاء لهذا التأمين لن يؤثر على أي مطالبة تم تقديمها قبل تاريخ هذا الإنهاء.

٩) إعادة سريان الوثيقة: عندما تنتهي هذه الوثيقة لسبب عدم دفع القسط، يمكن إعادة سريانها بموافقة الشركة خلال مئة وثمانين (١٨٠) يوماً من تاريخ إستحقاق القسط الغير المدفوع وفقاً للشروط التالية:

(أ) تقديم إثبات على الأهلية مرضياً للشركة؛ و

(ب) دفع كامل القسط المطبق وقت إعادة السريان.

إن إعادة السريان هذه لا تغطي إلا خسارة ناتجة عن إصابة حدثت بعد تاريخ إعادة السريان.

١٠) فسخ الوثيقة: بعد إنتهاء مدة التغطية المبينة في شهادة التأمين يجوز للشركة فسخ هذه الوثيقة في أي وقت كان وذلك بإرسال بلاغ خطي يسلم للمؤمن عليه أو يرسل بالبريد إلى آخر عنوان له 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 وقد دفع القسط السنوي سلفاً مقابلها، من قبل المؤمن عليه، سوف يعاد الجزء النسبي غير المكتسب من القسط المدفوع لباقي أشهر التغطية بموجب هذه الوثيقة.

١١) شروط التجديد: بعد إنتهاء 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 إنتهاء مدة التغطية أن تغير معدل القسط بناء على تقديرها الخاص، وسوف تقوم بإبلاغ المؤمن عليه بإرسال بلاغ خطي يسلم للمؤمن عليه أو يرسل بالبريد إلى آخر عنوان له في سجلات الشركة. وفي هذه الحالة، فإن دفع نفس القسط الذي كان المؤمن عليه يقوم 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 عليه بدفع معدل القسط الإضافي المذكور في البلاغ الخطي كما هو مذكور أعلاه.

١٢) الإشعار بالمطالبة: يجب إشعار الشركة خطياً بالمطالبة خلال عشرة (١٠) أيام من حدوث أو بدء أية خسارة مشمولة بالوثيقة. إن التخلف عن تقديم هذا الإشعار خلال المهلة المحددة لن يبطل أو يخفض أية مطالبة إذا تبين أنه لم يكن تقديم الإثبات خلال هذه الفترة ممكناً. إن الإشعار الخطي المرسل للشركة من قبل أو نيابة عن المؤمن عليه المسمى والمتضمن تفاصيل كافية للتعرف على المؤمن عليه المسمى يعتبر إشعاراً للشركة.

١٣) نماذج المطالبة: تقوم الشركة لدى إستلامها إشعاراً بالمطالبة بتزويد الفطال بتلك النماذج التي تطلبها عادة لتقديم إثبات للخسارة.

١٤) المهلة المحددة لتقديم نماذج المطالبة: يجب أن يقدم إلى الشركة نماذج المطالبة المعبأة وإثبات خطي عن الخسارة خلال ثلاثين (٣٠) يوماً بعد تاريخ تلك الخسارة. إن التخلف عن تقديم هذا الإثبات خلال المهلة المحددة لن يبطل أو يخفض أية مطالبة إذا تبين أنه لم يكن تقديم الإثبات خلال هذه الفترة ممكناً. على أنه لن تقبل تحت أي ظرف مطالبة لم تتسلم الشركة إثباتاً عن الخسارة بخصوصها خلال ثلاثة (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 Paid: Benefits will be paid to the Named Insured or his/her estate if he/she died before receiving those benefits. Any payment made by the Company in good faith pursuant to this provision shall fully discharge the Company to the extent of the payment.

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

18) Legal Actions: 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.

19) Misstatement of Age: If the age of a Named Insured has been misstated, 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 a Named Insured has been misstated, and if according to the correct age of the Named Insured, 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 Named Insured 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.

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) Other Insurance with the Company: If a similar Care For You policy or policies previously issued by the Company to the Named Insured be in force concurrently herewith, making the aggregate indemnity for the Benefit Amount in excess of the amount of AED 56,000 (AED Fifty six thousand), per year and per Named Insured, the excess insurance shall be void and all premiums paid for such excess shall be returned to the Insured Person or his/her estate.

22) Governing Law: This policy 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 governed by the laws and regulations of the United Arab Emirates. Any disputes hereunder shall be referred to the courts of the United Arab Emirates.

23) 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 the prior approval from the Insurance Authority, as it deems appropriate.

24) Data Transfer: The Insured Person hereby gives the Company unambiguous consent, to process, share, and transfer his / 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 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.

١٥) دفع التعويضات: إن التعويضات القابلة للدفع بموجب هذه الوثيقة عن أي خسارة، تدفع مقابل إستلام إثبات خطي أصولي مقبول من الشركة.

١٦) لمن تدفع التعويضات: تدفع التعويضات إلى المؤمن عليه المسمى المستفيد أو إلى تركته إذا توفي قبل استلامه لتلك التعويضات. إن أي مبلغ تدفعه الشركة بحسن نية وفقاً لهذا البند يبرئ ذمة الشركة إبراءً كاملاً بحدود المبلغ المدفوع.

١٧) الفحص الطبي: يكون للشركة الحق و الإمكانية بأن تفحص على نفقتها المؤمن عليه المسمى كلما رأت الشركة ضرورة لذلك وبصورة معقولة أثناء وجود مطالبة بموجب هذه الوثيقة قيد الدراسة لدى الشركة، وكذلك يكون للشركة الحق والإمكانية بإجراء تشريح للجثة في حال الوفاة عندما لا يمنع القانون ذلك.

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

١٩) تصريح خاطئ عن السن: في حال إعطاء أي مؤمن عليه مسمى تصريح خاطئ عن سنه، فإن أي مبلغ يستحق دفعه بموجب هذه الوثيقة يعدل بحيث يصبح مناسباً للمبلغ الذي كان يجب دفعه لو ذكر السن الصحيح. وفي حال أن التأمين المنصوص عليه في الوثيقة لم يكن ليسري مفعوله وفقاً للسن الصحيح للمؤمن عليه المسمى، أو يكون قد إنتهى مفعوله قبل قبول القسط أو الأقساط، فإن إلزام الشركة في الفترة التي لا تكون خلالها المؤمن عليه المسمى أهلاً للتأمين يقتصر على إعادة جميع الأقساط المدفوعة خلال المدة التي لا تغطيها هذه الوثيقة وذلك بناءً على طلب خطي.

٢٠) التقيد بالقوانين: إن أي حكم من أحكام هذه الوثيقة يكون بتاريخ نفاذها متعارضاً مع قوانين البلد الصادرة فيه هذه الوثيقة، يعدل ههنا ليتوافق مع المتطلبات الدنيا لتلك القوانين.

٢١) التأمينات الأخرى لدى الشركة: إذا وجدت الوثيقة أو وثائق مماثلة لوثيقة نعتني بك صادرة سابقاً من الشركة إلى المؤمن عليه المسمى وتكون متزامنة في السريان مع هذه الوثيقة مما يجعل التعويض الإجمالي يفوق الحد الأقصى الشامل البالغ ٥٦,٠٠٠ درهم إماراتي (ستة وخمسون ألف درهم إماراتي) لكل سنة و لكل مؤمن عليه مسمى، فإن التأمين الزائد يعتبر لاغياً وتعاد جميع الأقساط المدفوعة مقابل هذه الزيادة إلى المؤمن عليه أو إلى تركته.

٢٢) القانون المطبق: تخضع هذه الوثيقة للقوانين والأنظمة المرعية الإجراء في دولة الإمارات العربية المتحدة و للقانون الاتحادي (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 بلد الإصدار دولة الإمارات العربية المتحدة.

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

٢٤) تحويل البيانات: يمنح المؤمن عليه الشركة موافقة صريحة لتحويل ومعالجة ومشاركة بياناته 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، 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 الى 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 عليه و/أو عائلته والتي قد تحتوي على أي معلومات صحية، معلومات تدل عن هويته، معلومات مالية أو معلومات الاتصال والتي تم الإفصاح عنها في أي وقت.

25) 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 Person, 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.

26) 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.

27) Electronic Communications Notifications: The Insured Person hereby authorize MetLife to send Insured Person notifications and notices electronically (including but not limited to short message services "SMS", emails and any other electronic means or methods of communications ("Notifications"). The Insured Person accept receiving Notifications and understand that MetLife makes no warranty that the Notifications will be uninterrupted or error free and any such error or interruption shall not be deemed or treated in any way whatsoever to create any liability on MetLife and Insured Person acknowledge that he/she shall not file any complaint or claim against MetLife for any Notifications error or interruption or for any reason related to receiving/not receiving the Notifications. MetLife is not responsible for non-receipt of Notifications due to invalidity of the addresses or other technical problems. Sending and receiving the documents electronically: By providing your e-mail address and signing this application the Insured Person agree to receive from MetLife the policy document, certificate and/or any other documents and to send to MetLife all types of documents and information related to the policy ("Documents") via electronic mail ("E-mail"). The Insured Person is fully aware and understand that having chosen this electronic means of sending or receiving information & Documents, it is the Insured Person's responsibility to ensure that the E-mail address that has been provided in this application is correct at all times, and that it's the Insured Person's responsibility to inform MetLife immediately should the Insured Person's E-mail address change or should the Insured cease to receive the Documents. The Insured Person agree that all information & Documents sent to or received from his/her E-mail address as stated in this application will be considered valid and originated from the Insured Person or sent to the Insured Person personally. MetLife is not responsible for non-receipt of E-mails due to invalid E-mail addresses or other technical problems related to the Insured Person E-mail service. The Insured Person hereby acknowledge that if he/she opt to change E-mail address with MetLife, or if he/she would like to receive a paper copy of the Documents, or if the Insured Person believe that he/she have not received the Documents, the Insured Person will notify MetLife immediately. By signing this application, the Insured Person understand and agree that if he/she wish to discontinue receiving Documents electronically it is the Insured Person's obligation to revoke this authorization by another written document. By signing this application, the Insured Person also declare that he/she have read and understood MetLife's privacy policies and Terms of Use on <http://www.metlife.com/about/privacy> and the Insured Person will review any Terms of Use or Privacy Statement of any future service providers used by MetLife. The Insured Person understand that although MetLife take every precaution to protect the privacy of member's information, MetLife cannot guarantee safety of the Insured Person's information. The Insured Person consent to provide E-mail address to be included in MetLife's E-mail list and accept any inherent risks involved with E-mail communications.

Part 7 - Discrepancy

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

٢٥) 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 كان المؤمن عليه أو الشخص المؤهل لتلقي هذه الدفعات:

- (١) مقيماً في أي دولة مفروض عليها عقوبات.
- (٢) مُدرجاً اسمه على قائمة المنظمات أو الأشخاص المحظور التعامل معهم تجارياً الخاصة بمكتب الرقابة على الأصول الأجنبية أو أي قائمة عقوبات دولية أو محلية أخرى.
- (٣) 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.

٢٦) ضريبة القيمة المضافة:

- على الرغم من أي نص مخالف في هذه الوثيقة، فإن المؤمن عليه يوافق 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 عليه بالإضافة إلى القسط التأميني.
- منعا 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 عليه دون مبلغ ضريبة القيمة المضافة سيتم اعتباره غير مكتمل حتى قيام المؤمن عليه بسداد كامل المبلغ الإضافي المتعلق بضريبة القيمة المضافة.

٢٧) اشعارات وسائل التواصل الإلكتروني: المؤمن عليه موافق على أن تقوم متلايف بإرسال الإخطارات والإشعارات إلكترونياً، متضمنة على سبيل المثال لا الحصر: خدمة الرسائل النصية القصيرة على الهاتف الخليوي، البريد الإلكتروني وأية وسائل أو طرق تواصل الكتروني ("الاشعارات"). كما أن المؤمن عليه موافق على تلقي الاشعارات ومتفهم بأن متلايف لا تقدم أي ضمان بأن الاشعارات سيتم إرسالها دون إنقطاع أو أنها ستكون خالية من الأخطاء وأن أي خطأ أو إنقطاع لا يعتبر على الإطلاق سبباً لنشوء أية مسؤولية على متلايف. ويتعهد المؤمن عليه بأنه لن يبشر بإقامة أي دعوى أو شكوى أو مطالبة ضد متلايف جراء وقوع أي خطأ أو إنقطاع في الاشعارات و/أو لأي سبب من الأسباب جراء لاستقبال أو عدم استقبال الاشعارات. إن متلايف ليست مسؤولة عن عدم الاستلام للاشعارات لأسباب ترجع إلى عدم صلاحية العناوين أو أية أخطاء فنية. إرسال واستلام المستندات إلكترونياً: من خلال تقديم عنوان البريد الإلكتروني الخاص بك وتوقيع هذا الطلب، فإنك توافق على استلام وثيقة التأمين، شهادة التأمين و/أو أي مستند أخرى وأن تقوم بإرسال جميع أنواع المستندات والمعلومات المتعلقة بوثيقة التأمين ("المستندات") إلى متلايف عن طريق البريد الإلكتروني ("البريد الإلكتروني"). المؤمن عليه متفهم و على دراية كاملة بأنه لدى اختياره لاستلام أو إرسال المستندات من خلال البريد الإلكتروني، فإنه سيكون مسؤولاً عن إبقاء عنوان البريد الإلكتروني الذي قدمه لمتلايف في هذا الطلب صحيحاً في جميع الأوقات، كما يكون المؤمن عليه مسؤول دائماً بإبلاغ متلايف فوراً عند تغيير البريد الإلكتروني الخاص به أو توقفه عن استلام المستندات. المؤمن عليه موافق بأن جميع المعلومات والمستندات المرسله أو المستلمة من خلال بريده الإلكتروني الذي قدمه لمتلايف في هذا الطلب سوف يتم اعتبارها صحيحة وصادرة عن المؤمن عليه أو مستلمة من المؤمن عليه شخصياً. إن متلايف ليست مسؤولة عن عدم الاستلام للبريد الإلكتروني لأسباب عدم صلاحية العنوان أو أية أخطاء مرتبطة بالبريد الإلكتروني الخاص بالمؤمن عليه. المؤمن عليه متفهم بأنه من واجبه في حال رغبته بتغيير عنوان بريده الإلكتروني لدى متلايف، أو إذا كان يرغب في الحصول على نسخة ورقية من المستندات، أو إذا كان يعتقد بأنه لم يستلم المستندات الخاصة به، المؤمن عليه متفهم بأن من واجبه إعلام متلايف فوراً بذلك. يقر ويوافق المؤمن عليه على أنه في حال رغبته في التوقف عن استلام المستندات إلكترونياً، فإن من واجبه تقديم مستند خطي يفيد برغبته بإلغاء هذا التفويض. من خلال التوقيع على هذا الطلب، المؤمن عليه متفهم وموافق على أنه إذا كان يرغب في التوقف عن استلام المستندات إلكترونياً فمن واجبه إبthal هذا التفويض بوثيقة مكتوبة أخرى من خلال التوقيع على هذا الطلب، ويعلن أنه قرأ وفهم سياسات الخصوصية وشروط الاستخدام لمتلايف على <http://www.metlife.com/about/privacy> وسيراجع أي شروط استخدام مستقبلية أو بيان خصوصية لأي من مقدمي الخدمات المستخدمين من قبل متلايف. يتفهم المؤمن عليه أنه على الرغم من أن متلايف تتخذ كل الاحتياطات اللازمة لحماية خصوصية معلومات الأعضاء، متلايف لا يمكن أن تضمن سلامة المعلومات الخاصة به. المؤمن عليه موافق على تقديم عنوان بريده الإلكتروني ليتم تضمينه في قائمة البريد الإلكتروني الخاصة بمتلايف ويقر بقبوله للمخاطر المرافقة للتواصل عبر البريد الإلكتروني.

الجزء ٧ - التعارض

في حال التعارض أو الاختلاف بين اللغتين الإنجليزية والعربية للوثيقة، يعتمد نص اللغة العربية.

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

ستضيف متلايف ضريبة القيمة المضافة على جميع الوثائق التي تخضع لضريبة القيمة المضافة وفقاً لأحكام القانون الاتحادي لدولة الإمارات العربية المتحدة رقم (٨) لسنة ٢٠١٧ في شأن ضريبة القيمة المضافة و تعديلاته.

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.

MetLife will charge VAT on all UAE policies which are subject to value added tax ("VAT") in accordance with the provisions of UAE Federal Law No. (8) of 2017 on VAT.



Navigating life together