

Welcome To

orient
orient insurance pjsc

اورینت
اُرینت للتأمينات

World of Security

Future Invest

Unit Linked Plan

**Save, Invest & Protect
Your Future**

Protection cum investment plan

POLICY TERMS & CONDITIONS

شروط وأحكام العقد

FUTUREINVEST
POLICY TERMS & CONDITIONS

فيوتشر إنفست
شروط وأحكام العقد

This Life Insurance Policy (hereinafter called "the Policy") is issued by Orient Insurance PJSC (hereinafter called "the Company"). In consideration of the payment of the premium in accordance with the terms herein, the Company undertakes to provide the benefits mentioned herein, in accordance with the provisions, terms and conditions set out in these Policy Terms and Conditions, provided that the Policyholder fulfils his obligations as set out hereunder. All the Schedules and/ or Endorsements attached to the Policy by the Company shall be deemed part of the Policy.

1. DEFINITIONS

Unless the contrary appears from the context, the following words and phrases shall have the meanings assigned to them where they appear in this Policy. Except where inconsistent with the subject matter or context the singular includes the plural and the masculine includes the feminine, and vice versa in both cases.

ACCELERATED BENEFITS: Accelerated benefits are optional Rider Benefits provided in the policy such as Permanent Total Disability (Accident), Permanent Total Disability (Accident and Sickness), Critical Illness and Terminal Illness. On occurrence of any accelerated rider, Policy proceeds will be paid to the Life Assured equivalent to the rider benefit. The Basic Sum Assured under the Policy will be reduced by the amount of claim settled under an Accelerated Benefit.

ACCIDENT: Means any sudden and unforeseen event, occurring to a Life Assured beyond his control and resulting in a Bodily Injury, the cause of which is visible, violent and external to the Life Assured's own body.

ACTIVITIES OF DAILY LIVING. (ADL): Activities of Daily Living (elemental activities that are required, at a minimum, for an individual to care of himself in a limited environment). Includes bathing, dressing, toileting, transferring, bowel and bladder incontinence. (Also known as "D.E.A.T.H" - Dressing, Eating, Ambulating, Toileting, and Hygiene).

ADDITIONAL BENEFITS: Additional Benefits are optional Rider Benefits payable in addition to the basic benefit (Death All Causes). Any payments made under the benefits will not reduce the amount of cover under the Basic Benefit.

ADHOC PREMIUM: An amount paid by the Policyholder at commencement or while the Policy is in full force, over and above the Premium payable as per the Policy Schedule.

AED: means the lawful currency of the United Arab Emirates

AGE: Means age last birthday unless otherwise specifically provided.

ALTERATION: Means any change made on the Policy benefits, after the Commencement Date. Such an alteration is considered at the request of the Life Assured and if agreed by the Company, is effected through an Endorsement forming part of the Policy.

ANNUALIZED PREMIUM: The amount of premium payable over a period of twelve (12) months.

BASIC SUM INSURED: The amount of cover applicable under the policy for the Basic Benefit (Death All Causes) as mentioned in the Policy Schedule

BENEFICIARY: Beneficiary means the person or persons who have been nominated by the Life Assured to receive the benefit on his death, prior to the date of maturity of the Policy.

BENEFIT: The amount of benefit payable as stated in the Policy.

صدر هذا العقد للتأمين على الحياة (يسمي فيما يلي بأنه «العقد») عن شركة أورينيت للتأمين ش.م.ع (تسمى فيما يلي "الشركة") مقابل دفع القسط طبقاً للشروط الواردة في هذا العقد، تعهد الشركة بتوفير المنافع المذكورة في هذا العقد، وفقاً للشروط والأحكام والبنود الواردة في شروط هذا العقد، شريطة أن يفي حامل العقد بالتزاماته المنصوص عليها بموجبه. تُعتبر جميع الجداول وأ/أ الملاحق المرفقة بهذه البوليصة من قبل الشركة جزءاً لا يتجزأ من البوليصة.

1- التعريفات:

ستحمل الكلمات والعبارات التالية المعاني المخصصة لها أينما تظهر في هذا العقد ما يكن فيها ما يتعارض مع السياق:

المنافع المعجلة: هي منافع الملحق الاختيارية المتوفرة في العقد مثل العجز الكلي الدائم (جراء حادث) والعجز الكلي الدائم (جراء حادث أو مرض) والمرض الخطير والذي يؤدي إلى الوفاة، عند حدوث أي ملحوظ معلم سيتم دفع إيرادات العقد إلى المؤمن على الحياة بما يساوي منفعة الملحق وسينقص مبلغ التأمين الأساسي بموجب العقد بمقدار مبلغ المطالبة التي يتم تسويتها بموجب المنفعة المعجلة.

الحادث: يعني أي حادث مفاجئ وغير متوقع يقع للمؤمن على الحياة خارج سيطرته وتترجم عنهإصابة جسدية يكون سببها جلياً وعنفياً وتحدث على ظاهر جسده من الخارج.

أنشطة الحياة اليومية (ADL): هي الأنشطة الأساسية التي تكون مطلوبة بالنسبة للفرد على أقل تقدير للعناية بنفسه في بيته محدودة)، وتشمل الاستحمام وارتداء الملابس والتغذية والتنقل والقدرة على التحكم في البول والغائط. (المعروف أيضاً باللغة الإنجليزية على أنها اختصاراً بعبارة «A. E. H. D. T. A. T. H» - ومعناها ارتداء الملابس وتناول الطعام والتنقل والتغذية والنظافة الصحية).

المنافع الإضافية: هي منافع الملحق الاختيارية الواجبة الدفع إضافة إلى المنفعة الأساسية (الوفاة لكافة الأسباب). لن تتضمن أي مدفوعات يتم تأديتها بموجب المنافع من مبلغ الغطاء بموجب المنفعة الأساسية.

القسط الخاص: مبلغ يدفعه حامل العقد في بداية العقد أو بينما يكون العقد سارياً بالكامل، فوق وأكثر من القسط الواجب الدفع طبقاً لجدول العقد.

الدرهم الإماراتي: يقصد به العملة الرسمية لدولة الإمارات العربية المتحدة السن: معناها العمر في آخر ذكرى ميلاد فيما عدا إذا تحدد خلاف ذلك.
التغيير: يعني أي تغيير يتم في منافع العقد بعد تاريخ بدء العقد، يتم بحث ذلك التغيير بناءً على طلب المؤمن على الحياة فإذا وافقت عليه الشركة يتم تنفيذه بواسطة تطهير يشكل جزءاً من العقد.

القسط السنوي: مبلغ القسط المستحق على مدى فترة تبلغ اثنى عشر (12) شهراً.

مبلغ التأمين الأساسي: مبلغ التغطية المطبق بموجب البوليصة للمنفعة الأساسية (الوفاة لأي سبب) على النحو المذكور في جدول البوليصة.

المستفيد: يعني الشخص أو الأشخاص الذين سماهم المؤمن على الحياة لاستلام المنفعة عند وفاته قبل تاريخ استحقاق العقد.

المنفعة: مبلغ المنفعة الواجبة الدفع حسب المذكورة في هذا العقد.

CLAIMANT: means the Policyholder or the Life Assured or the Nominee or the Assignee or the Legal heir of the Policyholder as the case may be.

المُطالب: يعني حامل保单的或被保险人或受益人或保单持有人的法定继承人，视情况而定。

COMMENCEMENT DATE: The Commencement Date, as set out in the Policy schedule, is the date from which the Life Assured is covered

تاريخ البدء: تاريخ البدء حسب الوارد في جدول العقد هو التاريخ الذي يبدأ فيه غطاء المؤمن على الحياة.

الرسوم: تشير إلى الرسوم المختلفة المذكورة في جدول العقد.

وقت الانتهاء: يعني الوقت في يوم عمل رسمي الذي لا تقبل بعده الشركة الأقساط وطلب التصفية والسحبوات الجزئية والتبديلات وتحديد الوحدات كما هو في تاريخ التقييم.

DUE DATES: Means the date on which the policy premiums are due and payable by the policyholder.

تاريخ الاستحقاق: يعني التواريخ التي تصبح فيها أقساط العقد مستحقة وواجبة الدفع من جانب حامل العقد.

EXTENDED COVER: Risk cover for the benefits opted for by the Life Assured which will continue after the maturity of the policy .The extended cover pertains only to the Death Any Cause, Critical Illness (if, originally opted) and Hospitalisation Cash Benefits (if, originally opted).

الغطاء الموسع: غطاء مخاطر للمنافع التي اختارها المؤمن على الحياة والذي سيستمر بعد تاريخ استحقاق العقد، يتعلق الغطاء الموسع بالوفاة فقط لأي سبب وبالمرض الخطير (إذا اختير أساساً) ومنافع دفع مبالغ نقديّة عن فترة الإقامة بالمستشفى للعلاج (إذا اختيرت أساساً).

FIRST PREMIUM: Is the first instalment premium received along with the Application Form for issuance of the policy.

القسط الأول: هو القسط الأول المستلم سوياً مع استمارة العرض من أجل إصدار العقد.

FUND: Means a specific and segregated investment fund managed by the Company or an external Fund Manager for the exclusive interest of all policyholders sharing the same investment fund option.

الصندوق: يعني صندوق استثمار معين ومفصل تدريسه الشركة أو مدير خارجي للصندوق من أجل المصلحة الحصرية لحاملي العقد المشاركون في نفس خيار صندوق الاستثمار.

FUND SWITCH: The change of Investment from one Fund to other Fund(s) which may be done by the Company on the request of the Policy Holder.

التحول بين الصناديق: التغيير في الاستثمار من صندوق إلى صندوق آخر (صناديق أخرى) والذي قد تقوم به الشركة بناءً على طلب حامل العقد.

FUND VALUE: The Fund Value at any point in time shall be the sum of the value of units of each Fund allocated to the Policy, such value being determined by multiplying the number of units held by the prevalent Unit Price

قيمة الصندوق: ستكون قيمة الصندوق في أي نقطة زمنية هو مبلغ قيمة الوحدات في كل صندوق مخصص للعقد، وتقرر تلك القيمة عن طريق ضرب عدد الوحدات المحفظ بها في سعر الوحدة السائدة.

GOVERNMENT: The government of the United Arab Emirates

الحكومة: حكومة دولة الإمارات العربية المتحدة.

GRACE PERIOD: Is the period of 90 days starting from the due date of premium and ending at midnight of the 90th day, irrespective of whether or not it is a holiday.

فترة السماح: هي فترة التسعون (90) يوماً التي تبدأ من آخر تاريخ لاستحقاق القسط وتنتهي في منتصف الليل من اليوم التسعون من تاريخ الاستحقاق بصرف النظر عمّا إذا كان اليوم التسعون هو يوم عطلة.

HOSPITAL: means an establishment which meets all of the following criteria:

المستشفى: يقصد به المؤسسة التي تلبي جميع المعايير التالية:

- a) Holds a license as a hospital if licensing is required in the relevant country;
- b) Operates primarily for the reception, care and treatment of sick, ailing or injured persons as in-patients;
- c) Provides 24-hour nursing service by registered or graduate nurses;
- d) Has a staff of two or more physicians available at all times;
- e) Provides organized facilities for diagnosis and major surgical procedures;
- f) Is not primarily a clinic, nursing, rest or convalescent home or similar establishment and is not a place for alcoholics or drug addicts;
- g) Maintains x-ray equipment and operating room facilities.
- h) Has at least 15 in-patient beds in cities having a population over 1,000,000 and at least 10 in-patient beds in all other cities

a) تحمل رخصة للعمل كمستشفى إذا كان الترخيص مطلوباً في الدولة ذات الصلة؛

b) تعمل في المقام الأول لاستقبال ورعاية وعلاج المرضى والجرحى المقيمين بها؛

ج) توفر خدمات تمريض على مدار الساعة عن طريق ممرضين مسجلين أو ممرضين متخرجين؛

د) بها فريق طبي مكون من طبيبين أو أكثر ومُتاح في جميع الأوقات؛

هـ) توفر مرافق منتظمة للتشخيص والعمليات الجراحية الرئيسية؛

و) ليست في الأساس عيادة أو مركز تمريض أو استراحة أو دار نفاهة أو مؤسسة مماثلة وليس لها مكاناً لمدمني الكحول أو المخدرات؛

ز) لديها أجهزة أشعة سينية ومرافق عرفة العمليات؛

حـ) لديها 15 سريراً داخلياً على الأقل في المدن التي تزيد كثافة سكانها على 1,000,000 نسمة و 10 أسرة داخلية على الأقل في جميع المدن الأخرى.

LIFE ASSURED: Is the person in relation to whom the Policy or any Rider Benefits are granted by the Company

المؤمن على الحياة: هو الشخص الذي توفر له الشركة منافع العقد أو منافع أي ملحق.

MATURITY DATE: The date of expiry of the term of the Policy as mentioned in the Policy Schedule.

تاريخ الاستحقاق: هو تاريخ انتهاء مدة العقد حسب المذكور في جدول العقد.

MINOR: Is the person below 18 years of Age. All rights, title and benefits on a Policy issued in the name of a Minor will automatically vest in the Minor upon attainment of 18 years of age before the date of maturity.

شخص قاصر: هو الشخص الذي يقل عمره عن 18 عاماً وتوّل تلقائياً كافة الحقوق والمنافع في عقد صادر باسم شخص قاصر إلى الشخص القاصر عند بلوغه عمر 18 سنة قبل تاريخ الاستحقاق.

MODAL PREMIUM: The amount of premium payable based on the frequency of premium payment opted.

القسط المنشروط: مبلغ القسط المستحق بناءً على عدد المرات المختار لسداد القسط.

MODE OF PREMIUM PAYMENT: The frequency in which the policyholder selects to pay the premium such as annual, semi-annual, quarterly, monthly or single premium.

طريقة سداد القسط: عدد المرات التي يختار فيها حامل保单 دفع القسط مثل قسط سنوي أو نصف سنوي أو ربع سنوي أو شهري أو مرة واحدة.

OPTION A (INCLUSIVE): Under this Option, in the event of death of the Life Assured (In case of Joint-Life policies, death of the Primary Life), the Death Benefit will be equal to the Value of the Units or the Sum Assured whichever is greater as on date of death.

الخيار أ (ضميًّا): بموجب هذا الخيار في حالة وفاة المؤمن على الحياة (عندما يكون المؤمن الرئيسي على الحياة في حالة عبود التأمين المشتركة على الحياة) ستكون منفعة وفاة المؤمن على الحياة متساوية لقيمة الوحدات أو مبلغ التأمين أيهما كان أكبر في تاريخ الوفاة.

OPTION B (EXCLUSIVE): Under this Option, in the event of death of the Life Assured (In case of Joint Life policies, the Primary Life), the Death Benefit will be equal to the sum of the Value of the Units plus the Sum Assured as on date of death.

الخيار ب (حصرًّا): بموجب هذا الخيار وفي حالة وفاة المؤمن على الحياة (عندما يكون المؤمن الرئيسي على الحياة في حالة عقد التأمين المشتركة على الحياة) ستكون منفعة وفاة المؤمن على الحياة متساوية لمبلغ قيمة الوحدات زائدًا مبلغ التأمين في تاريخ الوفاة.

PARTIAL WITHDRAWAL: Means redemption of one part of Units from the Investment Fund(s) under the Policy. Partial withdrawals will reduce the Fund Value of the Policy to the extent of the value of units redeemed.

السحب الجزئي: يعني استعادة جزء واحد من الوحدات من صندوق (صناديق) الاستثمار بموجب العقد، أن السحبوات الجزئية ستنتقص من قيمة صندوق العقد بمدى قيمة الوحدات المستعادة.

POLICYHOLDER: The person applying for cover on the life of the Life Assured. An Insurable Interest has to exist between the Policyholder and the Life Assured if the policyholder is other than the Life Assured.

حامل العقد: الشخص الذي يتقدم بطلب غطاء على حياة المؤمن على الحياة، ولا بد من وجود مصلحة قابلة للتأمين بين حامل العقد والمؤمن على الحياة إذا كان حامل العقد هو شخص غير ذلك المؤمن على الحياة.

POLICY: Means the contract of insurance entered between the Policyholder/ Life Assured and the Company as evidenced by this document which sets out the benefits available to the Life Assured and the terms and condition for availing of such benefits. Policy includes the Plan and the Rider Benefits (if any).

العقد: يعني عقد التأمين المبرم بين حامل العقد/ المؤمن على الحياة والشركة حسب ما يثبته هذا المستند والذي يبين المنافع المتوفرة للمؤمن على الحياة وشروط وأحكام الاستفادة من تلك المنافع، ويشتمل العقد على الخطة ومنافع الملحق (إن وجدت).

POLICY ANNIVERSARY: Is the first and subsequent anniversary of the date of commencement mentioned in the policy schedule.

تاريخ الذكرى السنوية للعقد: هي الذكرى السنوية الأولى واللاحقة لتاريخ البدء المذكور في جدول العقد.

POLICY SCHEDULE: The Schedule attached to the Policy which sets out various elements pertaining to the policy conditions relating to the contractual relationship between the Company and the Life Assured regarding the covers, Sum Assured, Extended Cover.and other important details.

جدول العقد: هو الجدول المرفق بالعقد الذي يبين العناصر المختلفة ذات الصلة بشروط العقد فيما يرتبط بالعلاقة التعاقدية بين الشركة والمؤمن على الحياة حول الغطاءات ومبلغ التأمين والغطاء الموسع والتتفاصيل الأخرى الهامة.

POLICY YEAR: Any period of a full year commencing on the commencement date or any policy anniversary thereafter.

سنة العقد: هي فترة عام كامل يبدأ من تاريخ البدء أو تاريخ أي ذكرى سنوية للعقد فيما بعد ذلك.

PREMIUM: The amount payable on due dates as per the frequency selected and mentioned in the Policy Schedule.

القسط: مبلغ القسط الواجب الدفع في تواريخ الاستحقاق حسب الفوائل الزمنية المختارة والمذكورة في جدول العقد.

PREMIUM PAYMENT TERM: means the duration of premium payment applicable for the policy.

فترة سداد القسط: يقصد بها مدة سداد القسط السارية لهذه保单.

PREMIUM REDIRECTION: This refers to the change in the Fund(s) to which the future premium has to be invested and applicable from the next due date. However, under this Option, no change occurs on the past premium allocation.

إعادة توجيه القسط: يشير ذلك إلى التغيير في الصندوق الذي (الصناديق التي) من المفترض استثمار القسط المستقبلي فيه (فيها)، وينطبق ذلك من تاريخ الاستحقاق التالي، مع ذلك بموجب هذا الخيار لا يحدث تغيير في توزيع القسط الماضي.

PREMIUM ALTERATION: This refers to the change in the amount of "Instalment Premium" mentioned in the Policy Schedule.

تغير القسط: يشير ذلك إلى التغيير في مبلغ القسط المذكور في جدول العقد.

PRIMARY LIFE: This refers to the Primary Life Assured in a Joint Life policy and the Life Assured in other policies. The benefits payable to the Primary Life as well as the Secondary Life shall depend upon the Basis of Cover opted by them (Option A or Option B).

المؤمن الرئيسي على الحياة: يشير ذلك إلى المؤمن الرئيسي على الحياة في عقد مشترك للتأمين على الحياة والمؤمن على الحياة في عقود أخرى. تعتمد المنافع الواجبة الدفع للمؤمن الرئيسي على الحياة وكذلك للمؤمن الثاني على الحياة على نوع الخطة التي اختاروها (خيار أ أو خيار ب).

SECONDARY LIFE: This refers to the Secondary Life Assured. It is necessary that an insurable interest exist between the Primary Life Assured and the Secondary Life Assured.

المؤمن الثانوي على الحياة: يشير ذلك إلى المؤمن الثانوي على الحياة، ولا بد من وجود مصلحة قابلة للتأمين بين المؤمن الرئيسي على الحياة والمؤمن الثاني على الحياة.

REDEMPTION: Means encashing of Units at prevailing Unit Price and involves cancellation of Units due to transactions such as Partial Withdrawals, surrender, maturity or switches.

الاستعادة: تعني الصرف النقدي لوحدات بسعتها السائد وينطوي ذلك على إلغاء وحدات في معاملات مثل السحبوات الجزئية أو التصفية أو الاستحقاق أو التحولات.

RIDER: is the benefit payable on the happening of a specific event as mentioned in the Rider coverage and is allowed as an Add-on to the Plan. The Riders granted under the policy are mentioned in the policy schedule.

SUM ASSURED: The amount stated as the Basic Sum Assured in the Policy Schedule

SURRENDER VALUE: The Surrender Value at any point in time shall be the sum of the value of units of each Fund allocated to the Policy, such value being determined by multiplying the number of units held by the prevalent Unit Price less the applicable Surrender Charges.

UNIT: A portion or a part of an Investment Fund which represents an undivided share in the assets of the underlying Fund.

UNIT PRICE: Is the value per Unit of each Investment Fund at which the units are bought or sold on a Valuation Date.

USD: means the lawful currency of the United States of America.

VALUATION DATE: The Date on which Valuation takes place as per the Policy Terms and Conditions below.

الملحق: هي المنفعة الواجبة الدفع عند وقوع حدث معين حسب المذكور في غطاء الملحق وهي مسموح بها كزيادة إلى الخطة. إن الملحق الممنوحة بموجب العقد مذكورة في جدول العقد.

مبلغ التأمين: المبلغ المذكور على أنه مبلغ التأمين الأساسي بجدول العقد.

القيمة الاستردادية: ستكون القيمة الاستردادية في أي وقت هي مبلغ قيمة وحدات كل صندوق مخصص للعقد، وهي القيمة التي تتحدد بحسب مبلغ الوحدات المحفوظة بسعر الوحدة السائدة ناقص رسوم التصفية المطبقة.

الوحدة: حصة أو جزء من صندوق الاستثمار والتي تمثل حصة واحدة غير محسومة في أصول الصندوق الأساسي.

سعر الوحدة: هي قيمة الوحدة الواحدة في كل صندوق استثمار التي يتم شراء أو بيع الوحدات بها في تاريخ التقييم.

الدولار الأمريكي: يقصد به العملة الرسمية للولايات المتحدة الأمريكية.

تاريخ التقييم: هو التاريخ الذي يتم فيه التقييم طبقاً للبندين 8 و 12 بشروط وأحكام العقد.

2- أساس العقد:

These Policy Terms and Conditions as amended from time to time, the administrative Forms, the Application Forms, Illustrations, the Policy Schedule, the Declarations, the Authorisations and the Agreements issued by the Company shall form the basis of the Policy.

ستشكل هذه الشروط والأحكام للعقد، حسب ما يتم تعديلها من حين لآخر، والاستمرارات الإدارية، واستمرارات الطلبات، والإيضاحات، وجدول العقد، والإقرارات والتقويضات والاتفاقيات المقدمة من الشركة أساساً هنا العقد.

2.1. Legal Jurisdiction: This policy shall be governed by the laws and regulations in force in the United Arab Emirates at the time of issuance and throughout the Policy Term.

1- الاختصاص القانوني: سيخضع هذا العقد للقوانين واللوائح السائدة في دولة الإمارات العربية المتحدة في وقت الإصدار وطيلة فترة العقد.

2.2. Scope of Cover: Worldwide. However, the Company shall have the right to review the residential loading for the provided covers in case of relocation outside the United Arab Emirates. The policy holder should notify the company within 30 days of Life Assured become permanently resident outside United Arab Emirates. The term permanent resident means where the Life Assured has spent more than 6 months (26 weeks) in any 12 consecutive months outside UAE.

2- نطاق العقد: في كل أنحاء العالم، وبعد ذلك، يحق للشركة مراجعة التحميلات السكنية أو التغطيات التأمينية المقدمة (مثل الأمراض الخطيرة ومخاطر الحرب السلبية) في حالة الانتقال خارج دولة الإمارات العربية المتحدة. وعلى حامل البوليصة أن يخطر الشركة في غضون 30 يوماً من تاريخ إقامة المؤمن عليه إقامة دائمة خارج دولة الإمارات العربية المتحدة. وتعني عبارة "الإقامة الدائمة" إقامة المؤمن عليه أكثر من 6 أشهر (26 أسبوعاً) في أي 12 شهراً متتالياً خارج دولة الإمارات العربية المتحدة.

2.3. Free Look Period: Where no claim has been instituted in terms of this Policy or where no right has accrued to the Life Assured to institute a claim or receive any benefit in terms of the Policy, the Life Assured may, within 30 (thirty) days from the Date of Issue, cancel the Policy by notifying the Company in writing and duly acknowledged by the Company. Pursuant to it, the Policy will be cancelled, and the Company will pay an amount equal to:

3-2 الفترة المجانية للإلغاء العقد: في حال لم يتم تقديم أي مطالبة بخصوص هذا العقد أو في حالة عدم ترتيب أي حق للمؤمن على الحياة لنقدم مطالبة أو الحصول على أي منفعة بالنسبة لهذا العقد، يجوز للمؤمن على الحياة في غضون 30 (ثلاثين) يوماً من بعد تاريخ الإصدار، إلغاء هذا العقد عن طريق إخطار الشركة خطياً عن طلب إلغاء العقد والذي يجب أن تقره الشركة. سيتم إلغاء العقد وتدفع الشركة مبلغًا يساوي ما يلي:

- The sum of Premium Allocation Charges, Administration Charges and Benefit Charges deducted from the Policy.
- Plus the Fund Value as on the Valuation Date following the receipt of request for cancellation from the Life Assured.
- Less any expenses borne by the Company for medical examination.

- رسوم مبلغ تخصيص القسط، ورسوم العقد الإدارية ورسوم المنفعة مخصومة من العقد.
- زائداً قيمة الصندوق في تاريخ التقييم بعد استلام طلب إلغاء من المؤمن على الحياة.
- ناقصاً أي مصروفات تكبدها الشركة في إجراء الفحص الطبي.

All the rights under the Policy shall stand extinguished immediately on the cancellation of the Policy under this Clause.

وتنتهي فوراً كافة الحقوق بموجب العقد عند إلغاؤه بموجب هذا البند.

2.4. Premiums: Premiums are payable as set out in the Policy Schedule and receipts for premium are valid only if signed by an authorized officer of the Company. The Company will allow a grace period of ninety days (90 Days) from the due date of any premium (except for the first premium), during which time the Policy shall be treated as in force.

4- الأقساط: تكون الأقساط واجبة الدفع على النحو المبين في جدول العقد، وتسرى إيسارات القسط فقط عند توقيع المسؤول المفوض من الشركة عليها، تمنح الشركة فترة سماح مدتها تسعون (90) يوماً من آخر تاريخ لاستحقاق أي قسط (فيما عدا القسط الأول) وهي الفترة التي يُعبر خلالها العقد سارياً.

2.5. **Non-Forfeiture Provisions:** If the premiums are not paid within the Grace Period (90 days) or has completed the Premium Paying Term, the following rule shall be applicable:

- a) If the policy has acquired a Surrender Value, then the Benefit premiums, Policy Administration Fee and other charges related to the Policy shall be realized from the date of first unpaid premium by cancelling units of equal value
 - b) If the Surrender Value is less than or equal to the applicable charges, then the policy shall be considered as automatically lapsed without value.
- 2.6. **Reinstatement:** If the Policy has lapsed or has been subject to the conditions of Clause 2.6, the Company may reinstate the policy on the written request of the Life Assured and subject to satisfactory declaration of good health/ Medical Examination of Life Assured (at the cost of Life Assured) and such other terms and conditions as may be deemed necessary by the Company. All outstanding premium and charges will be recovered at the time of reinstatement.
- There will however be no reinstatement after 2 years from the date of first unpaid premium. Reinstatement cannot be done after the policy has been fully surrendered.

3. Benefits

3.1. **Death Benefit:** On the death of the Life Assured before the Maturity Date and whilst the Policy is in full force, the Company shall pay one of the following two options as mentioned in the policy schedule:-

Option A (Inclusive):

Single Life: The Sum Assured at the time of death or the value of units, whichever is higher, shall be paid to the Beneficiary

Joint Life: The Sum assured (100%) at the time of death or the value of units, whichever is higher shall be paid to the Secondary Life in case of death of the Primary Life. In case of death of Secondary Life 25% of Sum Assured shall be paid immediately to Primary Life and the Policy/ Benefits will continue for the Primary Life

Option B (Exclusive):

Single Life: The Sum Assured is payable on death of the Life Assured plus the value of units OR Sum Assured is payable on death of Life Assured and the value of the Units payable at Maturity to the Beneficiary), if the option of Extended Investment Option is selected

Joint Life Policies: The Sum assured (100%) at the time of death of the Primary Life plus the value of units OR Sum Assured is payable on death of Life Assured and the value of the Units payable at Maturity is payable to the Secondary Life), if the option of Extended Investment Option is selected. In case of death of the Secondary Life, 25% of the Sum Assured is payable to the Primary Life immediately and Policy/ Benefits will continue for the Primary Life.

- **Under Option A (Inclusive),** All claim amounts will be calculated as on Date of Death. The value of units will be settled as per the next valuation date immediately after the date of intimation. Moreover, Sum Assured will be reduced by the amount of partial withdrawals made within 90 days prior to the date of death of the Life Assured.
- **Coverage for Minors:** All children under 9 years of Age are covered on an increasing scale basis, starting at 10% of Sum Assured for New-born and increasing @ 10% for each year and

2-5 بنود عدم المصادرة: إذا لم تُسدد أقساط التأمين خلال فترة السماح البالغة 90 يوماً، أو إذا لم تكتمل مدة سداد القسط، تتحقق أقساط المنفعة والرسوم الإدارية للبوليصة وغيرها من التكاليف ذات الصلة بالبوليصة من تاريخ أول قسط غير مدفوع عن طريق إلغاء وحدات القيمة المساوية

- أ) إذا لم تحصل البوليصة على قيمة استردادية، تتحقق أقساط المنفعة والرسوم الإدارية للبوليصة وغيرها من التكاليف ذات الصلة بالبوليصة من تاريخ أول قسط غير مدفوع عن طريق إلغاء وحدات القيمة المساوية
- ب) إذا كانت القيمة الاستردادية أقل من فترة السماح (وهي 90 يوماً)، أو متساوية للرسوم المطبقة يُعتبر العقد منقضياً عند ذلك دون قيمة.

2-7 إعادة سريان العقد: إذا انقضى العقد أو كان خاضعاً لشروط البند 6-2 يجوز للشركة إعادة سريانه بناءً على طلب خطى من المؤمن على الحياة مع مراعاة إقرار مرضي حول الصحة الجيدة للمؤمن على الحياة/ الكشف الطبي عليه (على نفقته) وتلك الشروط والأحكام الأخرى التي قد تعتبرها الشركة ضرورية. وسيتم استعادة كل القسط والرسوم المستحقة في وقت إعادة السريان.

مع ذلك لن يكون هناك إعادة سريان للعقد بعد مرور سنتين من تاريخ القسط الأول غير المدفوع، ولا يمكن إعادة سريان العقد بعد تصفيه بالكامل.

3- المنافع:

3-1 منفعة الوفاة: عند وفاة المؤمن على الحياة قبل تاريخ الاستحقاق وفي أثناء سريان العقد بالكامل تدفع الشركة أحد الخيارات التاليين حسب المذكور في جدول العقد:

الخيار أ (ضمناً):
الحياة المنفردة – تدفع للمستفيد مبلغ التأمين في وقت الوفاة أو قيمة الوحدات أيهما كان أكبر.
الحياة المشتركة – تدفع للمؤمن الثنوي على الحياة مبلغ التأمين (بنسبة 100%) في وقت الوفاة أو قيمة الوحدات، أيهما كان أكبر، في حالة وفاة المؤمن الرئيسي على الحياة، من الناحية الأخرى تُدفع نسبة 25% من مبلغ التأمين فوراً إلى المؤمن الرئيسي على الحياة في حالة وفاة المؤمن الثنوي على الحياة ويستمر العقد/ المنافع بالنسبة للمؤمن الرئيسي على الحياة.

الخيارات ب (حصرى):
الحياة المنفردة – تدفع للمستفيد مبلغ التأمين في وقت الوفاة زائداً قيمة الوحدات أو مبلغ التأمين عند وفاة المؤمن على الحياة وقيمة الوحدات الواجبة الدفع عند الاستحقاق إلى المستفيد، إذا تم اختيار خيار الاستثمار الموسع.

عقود التأمين المشترك على الحياة: تدفع للمؤمن الثنوي على الحياة مبلغ التأمين (بنسبة 100%) في وقت وفاة المؤمن الرئيسي على الحياة زائداً قيمة الوحدات أو مبلغ التأمين عند وفاة المؤمن على الحياة وقيمة الوحدات الواجبة الدفع عند الاستحقاق إذا كان قد تم اختيار خيار الاستثمار الموسع. من الناحية الأخرى تدفع نسبة 25% من مبلغ التأمين فوراً إلى المؤمن الرئيسي على الحياة في حالة وفاة المؤمن الثنوي على الحياة، ويستمر العقد/ المنافع بالنسبة للمؤمن الرئيسي على الحياة.

↳ بموجب الخيار أ (ضمناً) سيتم احتساب كافة مبالغ المطالبة كما هي في تاريخ الوفاة، مع ذلك سيتم تسوية قيمة الوحدات طبقاً لتاريخ التقديم التالي مباشرةً بعد تاريخ الإبلاغ، كذلك سيتم إنفاق مبلغ التأمين بمبلغ السحبوات الجزئية التي أجريت خلال 90 يوماً من قبل وفاة المؤمن على الحياة.

↳ غطاء الأشخاص القصر: يكون غطاء كل الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 9 أعوام على أساس تصاعدي بدءاً من نسبة 10% من مبلغ التأمين بالنسبة للمولود حديثاً وزيادة بنسبة 10% كل

finally 100% cover on attainment of Age 9 years). The following Table shows how the insurance cover grows with the Child: -

Age (Last Birthday)	Percentage of Sum Assured Covered
New Born	10%
1 year	20%
2 years	30%
3 years	40%
4 years	50%
5 years	60%
6 years	70%
7 years	80%
8 years	90%
9 years & Above	100%

سنة وغطاء بنسبة 100% عند بلوغ سن 9 أعوام. يبين الجدول أدناه كيفية تدرج غطاء التأمين تصاعدياً مع عمر الطفل.

السن (آخر عيد ميلاد)	النسبة المئوية من مبلغ التأمين المغطى
مولود حديثاً	%10
1 سنة	%20
2 سنتان	%30
3 سنوات	%40
4 سنوات	%50
5 سنوات	%60
6 سنوات	%70
7 سنوات	%80
8 سنوات	%90
9 سنوات وما فوق	%100

- All rights, title and benefits on a Policy issued in the name of a Minor will automatically vest in the Minor up on attainment of 18 years of age before the date of maturity.

3.2 Maturity Benefits

On survival of the Life Assured to the Maturity Date stated in the Policy Schedule and whilst the Policy is in full force, the Company shall pay as a lump sum, the Fund Value using the unit price of each fund on the next Valuation Date following the date of Maturity.

Additionally, the following free cover benefits will commence on the Primary Life: -

Extended Life Cover (Death All Causes) + Extended Critical Illness Cover (if Originally Opted) +Extended Hospital Cash Benefit (if Originally Opted)

The following conditions are applicable for Extended Covers for Death All Causes as well as the Optional Riders: -

- Extended cover equal to original Sum Assured will be subject to a maximum of USD 200,000 for loss of Life
- Extended cover for a period 2 (two) years. However, the cover ceases at Age 85 years for Death Benefit and at 70 years for Critical Illness & Hospital Cash Benefits.

Exceptions: No Extended Cover benefits shall be applicable for Secondary Life or on all Policies where the age at maturity is 85 years or greater.

- 4. Options for Minor:** This Option is available on a Policy where the Life Assured is a Minor at the time of issuance of the Policy and attained at least 18 years on date of maturity. In such a case, the Life Assured may continue the Policy for a further period and, Increase or Decrease the cover within the prevailing Non-Medical Limits, on the basis of a simple written request and declaration of good health. However, the Company reserves the right to accept or reject the request at its own discretion.

5. Optional Rider Benefits

This refers to the additional/ accelerated benefits opted by the Primary Life and/or Secondary Life and mentioned in the Policy Schedule. Rider Benefits enhances the scope of coverage under the Policy and provides increased benefits as provided in the relevant Clauses.

- كافة الحقوق والملكية والمنافع في عقد صادر باسم شخص قاصر ستؤول تلقائياً إلى الشخص القاصر عند بلوغه عمر 18 سنة قبل تاريخ الاستحقاق.

2- منافع الاستحقاق:

عند بقاء المؤمن على الحياة على قيد الحياة حتى تاريخ الاستحقاق في جدول الوثيقة وبينما لا تزال الوثيقة في كامل سريانها، تدفع الشركة قيمة الصندوق كمبلغ مقطوع باستخدام سعر وحدة كل صندوق في تاريخ التقىم التالي لتاريخ الاستحقاق.

إضافة إلى ذلك تبدأ المنافع التالية في الحياة الأولية:

غطاء موسع للتأمين على الحياة (الوفاة من جراء كافة الأسباب) + غطاء موسع للتأمين على الأمراض الخطيرة (إذا اختير في الأساس) + منفعة موسعة لمبلغ نقدي للمستشفى (إذا اختيرت في الأساس).

تطبق الشروط التالية للغطاءات الموسعة للتأمين على الحياة حول الوفاة من جراء كافة الأسباب وكذلك الملحق الاختياري:

غطاء موسع يساوي مبلغ التأمين الأصلي مع مراعاة حد أقصى بمبلغ 200.000 دولار أمريكي عن فقدان الحياة.

غطاء موسع لفترة سنتين (2)، مع ذلك ينتهي الغطاء عند سن 85 عاماً حول منفعة الوفاء وعند سن 70 عاماً حول المرض الخطير ومنفعة المدفوعات النقدية للمستشفى.

الاستثناءات: لا تتطبق أية منافع تعطية ممتدة على الحياة الثانوية أو على جميع البواص إذا كان سن الاستحقاق 85 سنة أو أكثر.

- 4- الخيارات للشخص القاصر:** يتتوفر هذا الخيار في العقد الذي يكون فيه المؤمن على الحياة شخص قاصر في وقت إصدار العقد ويبلغ سن 18 عاماً على الأقل في تاريخ الاستحقاق. في هذه الحالة يجوز للمؤمن على الحياة الاستمرار في العقد لفترة إضافية، وزيادة أو إنقاص الغطاء في إطار الحدود غير الطبية السائدة وذلك بطلب خطبي بسيط وإقرار حول الصحة الجيدة. مع ذلك تحتفظ الشركة بالحق في قبول أو رفض الطلب وفقاً لتقديرها الخاص.

5- منافع الملحق الاختيارية:

تكون هذه بالإشارة إلى المنافع الإضافية/ المجلة التي يمكن للمؤمن الرئيسي على الحياة وأو المؤمن على الثنائي على الحياة اختيارها ومذكورة

في جدول العقد. إن منافع الملحق تُحسن نطاق الغطاء بموجب العقد وتتوفر منافع إضافية حسب المنصوص عليه في البنود ذات الصلة.

5.1 Hospital Cash Benefit (Additional Benefit):

This Benefit is applicable only if opted for the Primary Life and/or Secondary Life and mentioned in the Policy Schedule.

If a Life Assured under this Policy, on the recommendation and approval of a Doctor, is admitted to a Hospital due to accident or sickness requiring hospitalization, the Company will pay the amount of the Hospital Cash Benefit for each day of hospitalization to the Life Assured.

This Benefit will be paid for a maximum of 30 days per policy year subject to deductible of 3 days for each claim and subject to a waiting period of 90 days from the date of issuance or last re-instatement of the Policy.

Exclusions:-

- Hospitalization after Life Assured's 70th birthday
- Hospitalization due to pregnancy, including resulting childbirth, abortion or miscarriage.
- Hospitalization less than 72 hours continuous
- Hospitalization for Homeopathy or Ayurvedic Treatment
- Self-inflicted injury throughout the policy term
- Cosmetic or plastic surgery, unless necessitated by an accidental injury occurring on or after the risk
- Dental examination, x-ray, extractions, fillings or general dental care
- Hospitalization due to mental illness or disease
- Treatment not recommended by a physician or surgeon

تطبق هذه المنفعة فقط إذا اختارها المؤمن الرئيسي على الحياة / المؤمن الثاني على الحياة وتكون مذكورة في جدول العقد.

إذا تم إدخال مؤمن على الحياة بموجب هذا العقد، وبناءً على توصية وموافقة طبيب، إلى أي مستشفى بسبب حادث أو مرض يتطلب أن يكون نزيل المستشفى للعلاج، تدفع الشركة إلى المؤمن على الحياة مبلغ المنفعة النقدية للمستشفى عن كل يوم يقضيه نزيلًا في المستشفى للعلاج.

يتم دفع هذه المنفعة بما لا يتجاوز أكثر من 30 يوماً في كل سنة عقد، ويخصن ذلك لخمسة أيام لكل مطالبة وفترة انتظار لمدة 90 يوماً من تاريخ الإصدار أو آخر إعادة سريان للعقد.

الاستثناءات:

- الإدخال للمستشفى لتلقي العلاج كنزيل بعد بلوغ المؤمن على الحياة سن 70 عاماً.
- الإدخال للمستشفى كتبيلة بسبب الحمل بما في ذلك ولادة الطفل أو الإجهاض أو السقوط.
- الإقامة كمريض في المستشفى لمدة تقل عن 72 ساعة متواصلة
- دخول المستشفى للمعالجة المثلثة أو علاج الایورفیدا
- إصابة ذاتية خلال مدة البولি�صية
- الجراحة التجميلية، إلا إذا كانت ضرورية بسبب جراحة عرضية تحدث وقت أو بعد الخطأ
- فحص الأسنان أو الأشعة السينية أو الخلع أو الحشو أو رعاية الأسنان بشكل عام
- الاستشفاء بسبب مرض أو مرض عقلي
- العلاج الذي لا يوصي به طبيب أو جراح

5.2 Family Income Benefit (Additional Benefit):

This Benefit provides a regular monthly income payable from the date of death of the Primary Life for the amount and period as mentioned in the Policy Schedule. However, the payment will cease on maturity of the Policy or end of the Benefit Term opted, which ever earlier.

5.3 Critical Illness (Accelerated Benefit):

This Benefit provides for a lump sum payable on an admitted claim following diagnosis by a Doctor acceptable to the Company on the Life Assured as having one of the Critical Illnesses defined in this Document. In case of payment of the Critical Illness Benefit, the Basic Sum Assured will get reduced by the amount of payment made.

- This Benefit is applicable only if opted for by the Primary and / or Secondary Life Assured and mentioned in the Policy Schedule.
- This cover ceases once the Primary / Secondary Life Assured attains the age of 70 years.
- This Benefit can be given up to 50% of the Basic Sum Assured. In case of any reduction in the Basic Sum Assured, the Critical Illness Benefit Amount will reduce proportionately.
- This benefit is applicable for any of the illnesses listed and the signs and symptoms occurring Ninety (90) days after the Policy issuance Date, or date of last reinstatement, whichever is later.

توفر هذه المنفعة دخل واجب الدفع بمستوى منتظم اعتباراً من وفاة المؤمن الرئيسي على الحياة، بالمبلغ المذكور في جدول العقد. مع ذلك يتوقف الدفع عند استحقاق العقد أو عند انتهاء فترة المنفعة المختارة أيهما جاء تاريخها أولاً.

5.3 المرض الخطير (منفعة مجلدة):

توفر هذه المنفعة مبلغ مقطوع واجب الدفع عند مطالبة مقبولة بعد تشخيص يجريه طبيب مقبول للشركة على المؤمن على الحياة لأنه يعني من أحد الأمراض الخطيرة التي تم تعريفها في هذا المستند. في حالة دفع مبلغ التأمين على المرض الخطير، يتم إنفاق مبلغ التأمين الأساسي بمبلغ المدفوعات التي تمت.

- تطبق هذه المنفعة فقط إذا اختارها المؤمن الرئيسي / الثاني على الحياة وتكون مذكورة في جدول العقد.
- ينتهي هذا الغطاء عند بلوغ المؤمن الرئيسي / الثاني على الحياة سن 70 عاماً.
- يمكن تقديم هذه المنفعة بما يصل إلى نسبة 50% من مبلغ التأمين الأساسي، وفي حالة أي تخفيف في مبلغ التأمين الأساسي ينقص مبلغ التأمين على المرض الخطير تبعاً لذلك.
- تطبق هذه الميزة على أي من الأمراض المذكورة والعلامات والأعراض التي تحدث بعد تسعين (90) يوماً من تاريخ إصدار البولি�صية ، أو تاريخ آخر استعادة ، أيهما يأتي لاحقاً.

تغطي منفعة المرض الخطير أي من الأمراض التالية عند التشخيص، وهي:

The Critical Illness Benefit covers any of the following illnesses upon diagnosis being:

i. Alzheimer's Disease

Progressive and permanent deterioration of memory and intellectual capacity as evidenced by accepted standardized questionnaires and cerebral imaging. The diagnosis of Alzheimer's disease must be confirmed by an appropriate consultant and supported by the Company's appointed doctor. There must be significant reduction in mental and social functioning requiring the continuous supervision of the life assured. There must also be an inability of the Life Assured to perform (whether aided or unaided) at least 3 of the following 5 "Activities of Daily Living" for a continuous period of at least 6 months:

Activities of Daily Living are defined as:

1. **Washing** - the ability to wash in the bath or shower (including getting into and out of the bath or shower) or wash satisfactorily by other means;
2. **Dressing** - the ability to put on, take off, secure and unfasten all garments and, as appropriate, any braces, artificial limbs or other surgical appliances;
3. **Transferring** - the ability to move from a bed to an upright chair or wheelchair and vice versa;
4. **Toileting** - the ability to use the lavatory or otherwise manage bowel and bladder functions so as to maintain a satisfactory level of personal hygiene;
5. **Feeding** - the ability to feed oneself once food has been prepared and made available.

Psychiatric illnesses and alcohol related brain damage are excluded.

Coverage for this impairment will cease at age sixty-five (65) or on maturity date/expiry date, whichever is earlier.

ii. Apallic Syndrome

Universal necrosis of the brain cortex with the brain stem remaining intact. The definite diagnosis must be confirmed by a consultant neurologist and this condition has to be medically documented for at least one (1) month with no hope of recovery.

iii. Aplastic Anemia

Aplastic Anemia is chronic persistent bone marrow failure. A certified hematologist must make the diagnosis of severe irreversible aplastic anemia. There must be permanent bone marrow failure resulting in bone marrow cellularity of less than 25% and there must be two of the following:

1. Absolute neutrophil count of less than $500/\text{mm}^3$
2. Platelets count less than $20,000/\text{mm}^3$
3. Reticulocyte count of less than $20,000/\text{mm}^3$

The insured must be receiving treatment for more than 3 consecutive months with frequent blood product transfusions, bone marrow stimulating agents, or immunosuppressive agents or the insured has received a bone marrow or cord blood stem cell transplant.

Temporary or reversible aplastic anemia is excluded and not covered in this policy.

أ. مرض الزهايمر هو تدهور تدريجي و دائم للذاكرة والقدرات الذهنية كما يتضح من الاستبيانات المعيارية المقبولة والتصوير الدماغي. يجب تأكيد تشخيص مرض الزهايمر من قبل استشاري مناسب ويؤكد على ذلك الطبيب المعين من الشركة. يجب أن يكون هناك انخفاض كبير في الأداء العقلي والاجتماعي يتطلب الإشراف المستمر على المؤمن عليه. يجب أيضًا أن يكون المؤمن عليه غير قادر على أداء (سواء بمساعدة أو بدون مساعدة) 3 على الأقل من "أنشطة الحياة اليومية" الخمسة التالية لفترة متواصلة لا تقل عن 6 أشهر:

- تحدد أنشطة الحياة اليومية على النحو التالي:
- 1- الغسل - القدرة على الغسل في الحمام أو الاستحمام (بما في ذلك الدخول إلى الحمام والخروج منه) أو الغسل بطريقة مرضية بوسائل أخرى؛
 - 2- اللبس - القدرة على ارتداء وخلع وحفظ جميع الملابس، وكذا أي دعامت أو أطراف صناعية أو أجهزة جراحية أخرى عند الاقتضاء؛
 - 3- الانتقال - القدرة على الانتقال من السرير إلى الكرسي أو الكرسي المتحرك والعكس؛
 - 4- استخدام المرحاض - القدرة على استخدام المرحاض أو إدارة وظائف الأمعاء والمثانة بطريقة أخرى للحفاظ على مستوى مرضي من النظافة الشخصية؛
 - 5- التغذية - القدرة على إطعام النفس بمجرد تحضير الطعام وتقادمه.

لا يدخل في ذلك الأمراض النفسية وتلف الدماغ المرتبط بالكحول.

ستتوقف تغطية هذا المرض في سن الخامسة والستين (65) أو في تاريخ الاستحقاق / تاريخ انتهاء الصلاحية، أيهما أقرب.

ii. متلازمة أباليك

نخر شامل لقشرة الدماغ مع بقاء جذع الدماغ سليمًا. يجب أن يؤكد استشاري في طب الأعصاب على هذا التشخيص ويجب توثيق هذه الحالة طيباً لمدة شهر واحد (1) على الأقل مع عدم وجود أمل في الشفاء.

iii. فقر الدم اللانتنسجي

فقر الدم اللانتنسجي هو قصور مزمن و دائم في النخاع العظمي. يجب أن يقوم أخصائي معتمد في أمراض الدم بتشخيص المرض على أنه فقر دم لانتنسجي حاد غير قابل للانعكاس. يجب أن يكون هناك فشل دائم في النخاع العظمي يؤدي إلى حدوث خلوية فيه تقل نسبتها عن 25٪ ويجب أن يتحقق عرضان من الأعراض التالية:

- 1- يقل عدد العدلات المطلق عن $500/\text{mm}^3$
- 2- يقل عدد الصفائح الدموية عن $20,000/\text{mm}^3$
- 3- يقل عدد الخلايا الشبكية عن $20,000/\text{mm}^3$

يجب أن يتلقى المؤمن عليه العلاج لأكثر من 3 أشهر متتالية من خلال عمليات نقل متكررة لم المنتجات الدموية أو عوامل تحفيز النخاع العظمي أو عوامل مثبتة للمناعة أو أن المؤمن عليه قد تلقى نخاع عظمي أو زرع خلايا جذعية من دم الجبل السري.

ويُستثنى من ذلك فقر الدم اللانتنسجي المؤقت أو القابل للانعكاس ولا يتم تغطيته في هذه الوثيقة.

iv. التهاب السحايا البكتيري

Bacterial meningitis is a bacterial infection of the meninges of the brain causing brain dysfunction. There must be an unequivocal diagnosis by a consultant physician of bacterial meningitis that must be proven on analysis of the cerebrospinal fluid. There must also be permanent objective neurological deficit that is present on physical examination at least 3 months after the diagnosis of the meningitis infection.

التهاب السحايا البكتيري هو عدوى بكتيرية تصيب السحايا في الدماغ مسببة خللًا في وظائف الدماغ. يجب أن يكون هناك تشخيص قطعي من قبل طبيب استشاري يفيد بالإصابة بالتهاب السحايا البكتيري، ويجب إثباته في تحليل السائل الدماغي النخاعي. يجب أيضًا أن يكون هناك عجز عصبي دائم يظهر عند الفحص البدني بعد 3 أشهر على الأقل من تشخيص الإصابة بعدوى التهاب السحايا.

v. Benign Brain Tumour

A life threatening tumor in the brain causing permanent functional neurological impairment with objective evidence of motor or sensory dysfunction, which must have persisted for a continuous period of at least six consecutive months. The presence of the underlying tumour must be confirmed by imaging studies such as a CT scan or MRI.

Conditions such as cysts, granulomas, malformations in the arteries or veins of the brain, hematomas, abscesses, acoustic neuroma, and tumours of the pituitary gland, or spinal cord are not covered.

vi. ورم الدماغ الحميد

هو ورم في المخ يهدد الحياة ويسبب ضعفًا عصبيًا وظيفيًا دائمًا مع وجود دليل وأفقي على وجود خلل في الوظائف الحركية أو الحسية، مع استمراره لمدة ستة أشهر متتالية على الأقل. يجب تأكيد وجود الورم الأساسي من خلال إجراء فحوصات تصويرية مثل الأشعة المقطعة أو التصوير بالرنين المغناطيسي.

لا يتم تخطية حالات مثل الخراجات والأورام الحبيبية والتشوهات في شرائين أو أوردة الدماغ والأورام الدموية والخرجات وورم العصب السمعي وأورام الغدة النخامية أو النخاع الشوكي.

vi. Blindness

Total, permanent and irreversible loss of all vision in both eyes as a result of illness or accident. The diagnosis must be clinically confirmed by an appropriate consultant. The blindness must not be correctable by aides or surgical procedures.

vi. العمى

فقدان كامل دائم وتمام لا رجعة فيه للرؤية في كلتا العينين نتيجة مرض أو حادث. يجب تأكيد التشخيص سريًّا من قبل استشاري مناسب. يجب أن يكون العمى لا يمكن تصحیحه عن طريق الأجهزة المساعدة أو العمليات الجراحية.

vii. Cancer

Cancer is a malignant tumor characterized by the uncontrolled growth and spread of malignant cells with invasion and destruction of normal tissue. The term cancer includes leukemia, lymphoma, sarcoma, and Hodgkin's disease. The cancer must require treatment by surgery, radiotherapy, or chemotherapy. The diagnosis must be confirmed with a valid pathology report and a report from an approved specialist.

The following cancers are excluded:

- All tumours which are histologically described as benign, pre-malignant, borderline malignant, low malignant potential, or non-invasive;
- Any lesion described as carcinoma in-situ (Tis) or Ta by the AJCC Seventh Edition TNM Classification;
- All non-melanoma skin cancers;
- All tumors of the prostate unless histologically classified as having a Gleason score greater than 6 or having progressed to at least class T2N0M0 by the AJCC Seventh Edition TNM Classification;

vii. السرطان

السرطان هو ورم خبيث يتميز بالنمو غير المنضبط وانتشار الخلايا الخبيثة مع غزو الأنسجة الطبيعية وتدميرها. يشمل مصطلح السرطان اللوكيميا والليمفوما والساركوما ومرض هودجكين. يجب أن يحتاج السرطان إلى التدخل الجراحي أو العلاج الإشعاعي أو العلاج الكيميائي. ويجب تأكيد التشخيص من خلال تقرير مقبول ساري وتقرير من أخصائي معتمد.

ويُستثنى من ذلك أنواع السرطان التالية:

- جميع الأورام التي توصف تshireحياً بأنها حميدة أو محتملة الخباثة أو خبيثة بشكل غير قاطع أو ذات إمكانات خبيثة منخفضة أو غير جائز؛
- أي آفة يصفها نظام TNM الخاص باللجنة الأمريكية المشتركة لمكافحة السرطان، الإصدار السابع، بأنها سرطان في الموضع (المرحلة المبكرة من السرطان) أو موجودة فقط في الطبقة الأعمق؛
- جميع سرطانات الجلد غير الميلانينية.
- جميع أورام البروستاتا ما لم يتم تصنيفها من التاجية النسجية على أنها حاصلة على درجة أكبر من 6 على مقاييس غليسون أو تقدمت إلى فئة T2N0M0 على الأقل في تصنيف نظام TNM الخاص باللجنة الأمريكية المشتركة لمكافحة السرطان، الإصدار السابع؛

- Any melanoma that is less than or equal to 1.0 mm in thickness and described as T1aNOMO by the AJCC Seventh Edition TNM Classification;
 - Early thyroid cancers that are less than or equal to 2 cm in diameter and histologically described as T1aNOMO by the AJCC Seventh Edition TNM Classification;
 - Any form of cancer in the presence of HIV infection, including but not limited to, lymphoma or Kaposi's sarcoma.
- أي ورم ميلاني لا يزيد سمكه عن 1.0 مم ويوصف بأنه T1aNOMO في تصنيف نظام TNM الخاص باللجنة الأمريكية المشتركة لمكافحة السرطان، الإصدار السابع؛
 - سرطانات الغدة الدرقية المبكرة التي يقل سمكها عن 2 سم أو يبلغ قطرها 2 سم مع وصفها تشريحياً بأنها T1aNOMO في تصنيف نظام TNM الخاص باللجنة الأمريكية المشتركة لمكافحة السرطان، الإصدار السابع؛
 - أي شكل من أشكال السرطان مع وجود عدو فيروس نقص المناعة البشرية، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، سرطان الغدد الليمفاوية أو ساركوما كابوسى.

viii. Cardiomyopathy

The unequivocal diagnosis by a Consultant Cardiologist of Cardiomyopathy causing permanent impaired left ventricular function with an ejection fraction of less than 25%. This must result in severe physical limitation of activity to the degree of class IV of the New York Heart

Classification and this limitation must be sustained over at least six months when stabilized on appropriate therapy. Cardiomyopathy directly related to alcohol or drug misuse is excluded.

New York Heart Classification

Class I. Patients with cardiac disease but without resulting limitation of physical activity. Ordinary physical activity does not cause undue fatigue, palpitation, dyspnea, or anginal pain.

Class II. Patients with cardiac disease resulting in slight limitation of physical activity. They are comfortable at rest. Ordinary physical activity results in fatigue, palpitation, dyspnea, or anginal pain.

Class III. Patients with cardiac disease resulting in marked limitation of physical activity. They are comfortable at rest. Less than ordinary activity causes fatigue, palpitation, dyspnea, or anginal pain.

Class IV. Patients with cardiac disease resulting in inability to carry on any physical activity without discomfort. Symptoms of heart failure or the anginal syndrome may be present even at rest. If any physical activity is undertaken, discomfort increases.

ix. Coma

Coma is a state of unconsciousness with no reaction to external stimuli or internal needs. The coma must persist for at least 96 hours and require intubation and mechanical ventilation to sustain life. There must also be functional neurological impairment persisting for a continuous period of at least 30 days after the onset of the coma, which in the opinion of the Company is of a permanent nature. Medically induced coma and coma resulting directly from alcohol or drug abuse are excluded.

x. Coronary Artery Bypass Surgery

The actual undergoing of heart surgery with a thoracotomy to correct narrowing or blockage of one or more coronary arteries with insertion of bypass graft(s). Preoperative angiographic evidence of obstructive coronary artery disease

viii. اعتلال عضلة القلب
تشخيص قاطع من جانب استشاري في أمراض القلب بالإصابة باعتلال عضلة القلب مما يتسبب في ضعف دام في وظيفة البطين الأيسر مع كسر قذفي أقل من 25٪. يجب أن يؤدي ذلك إلى حدوث تقييد جسدي شديد للنشاط من الفئة الرابعة حسب التصنيف الوظيفي لجمعية القلب في نيويورك

يجب أن يستمر التصنيف وهذا القيد على مدى ستة أشهر على الأقل عند الاستقرار على العلاج المناسب. وُيستثنى من ذلك اعتلال عضلة القلب المرتبط مباشرة بإساءة استخدام الكحول أو المخدرات.

الفئة الأولى: مرضي القلب دون الحد من النشاط البدني. لا يسبب النشاط البدني العادي تعليلاً داعياً له أو خفقان أو ضيق في التنفس أو ألم الذبحة الصدرية.

الفئة الثانية: مرضي القلب الذين يؤدي مرضهم إلى وضع قيود طفيفة على النشاط البدني. يشعرون بالارتياح خلال وقت الراحة. يتسبب النشاط البدني العادي في الشعور بالتعب أو الخفقان أو ضيق في التنفس أو ألم الذبحة الصدرية.

الفئة الثالثة: مرضي القلب الذين يؤدي مرضهم إلى تقييد كبير في النشاط البدني. يشعرون بالارتياح خلال وقت الراحة. يتسبب النشاط الأقل من المعتاد في الشعور بالتعب أو الخفقان أو ضيق في التنفس أو ألم الذبحة الصدرية.

الفئة الرابعة: مرضي القلب الذين يؤدي مرضه إلى عدم القدرة على القيام بأي نشاط بدني دون تعب. قد تظهر أعراض قصور القلب أو متلازمة الذبحة الصدرية حتى في حالة الراحة. يزيد الشعور بالتعب في حالة القيام بأي نشاط بدني.

ix. الغيبوبة
الغيبوبة هي حالة من فقدان الوعي مع عدم وجود رد فعل للمنبهات الخارجية أو الاحتياجات الداخلية. يجب أن تستمر الغيبوبة لمدة 96 ساعة على القلب مع التنبيب والتهوية الميكانيكية للحفاظ على الحياة. يجب أيضًا أن يكون هناك خلل عصبي وظيفي مستمر لفترة مستمرة لا تقل عن 30 يومًا بعد ظهور الغيبوبة، والتي ترى الشركة أنها ذات طبيعة دائمة. وُيستثنى من ذلك الغيبوبة الناتجة عن تعاطي الكحوليات والمخدرات.

x. جراحة مجراة الشريان التاجي
الخضوع الفعلي لجراحة القلب مع شق الصدر لتصحيح ضيق أو انسداد شريان أو أكثر من الشريانين التاجية مع وضع ظعم مجراة الشريان التاجي. يجب تقديم دليل تصوير الأوعية قبل الجراحة لمجرى الشريان التاجي الانسدادي ويجب أن

must be provided and coronary artery bypass surgery must be considered as the most appropriate treatment by the claimant's consultant cardiologist.

Balloon angioplasty (PTCA), heart catheterization, laser relief, Rota blade, stenting and all other intra-vascular catheter based techniques are excluded.

برى استشاري أمراض القلب لدى صاحب المطالبة أن جراحة مجازة الشريان التاجي هي التدخل الأنسبي.

ويُستثنى من ذلك ترميم الوعاء الدموي بالبالون (PTCA) وقسطرة القلب والعلاج بالليزر واستئصال العصب الدوراني والدعامات وجميع التقنيات الأخرى القائمة على القسطرة داخل الأوعية الدموية.

x. Creutzfeldt-Jacob Disease

Creutzfeldt-Jacob disease is an incurable brain infection that causes rapidly progressive deterioration of mental function and movement. A neurologist must make a definite diagnosis of Creutzfeldt-Jacob disease based on clinical assessment, EEG and imaging. There must be objective neurological abnormalities on exam along with severe progressive dementia.

x. مرض كروتزفيلد جاكوب

مرض كروتزفيلد جاكوب هو عدوى دماغية غير قابلة للشفاء تؤدي إلى تدهور سريع في الوظائف العقلية والحركية. يجب على طبيب الأعصاب إجراء تشخيص محدد لمرض كروتزفيلد جاكوب بناءً على التقييم السريري وتخطيط كهربائية الدماغ والتصوير. يجب أن يكون هناك تشوهات عصبية ظاهرة عند إجراء الاختبار إلى جانب الخرف التدريجي الشديد.

xii. Ebola

Infection with the Ebola virus causing hemorrhagic fever. An infectious disease specialist must make the diagnosis of Ebola and the presence of the Ebola virus must be confirmed by laboratory testing. There must also be ongoing complications of the infection persisting beyond 30 days from the onset of symptoms.

xii. مرض فيروس الإيبول

الإصابة بفيروس الإيبولا المسبب للحمى النزفية. يجب على أخصائي الأمراض المعدية إجراء تشخيص الإيبولا وتأكيد وجود فيروس الإيبولا من خلال الاختبارات المعملية. يجب أيضًا أن تكون هناك مضاعفات مستمرة للعدوى تستمر لأكثر من 30 يومًا من ظهور الأعراض.

xiii. Elephantiasis

Massive swelling in the tissues of the body as a result of destroyed regional lymphatic circulation by chronic filariasis infection. The unequivocal diagnosis of elephantiasis must be confirmed by a specialist physician. There must be clinical evidence of permanent massive swelling of legs, arms, scrotum, vulva, or breasts. There must also be laboratory confirmation of microfilariae infection.

xiii. داء الفيل

انتفاخ هائل في أنسجة الجسم نتيجةً للتدمير العقد للمفاوية الناحية بسبب عدوى داء الفيل المزمن. يجب تأكيد التشخيص القاطع للإصابة بداء الفيل بمعرفة طبيب متخصص. يجب أن يكون هناك دليل سريري على وجود تورم هائل دائم في الساقين أو الذراعين أو كيس الصفن أو الفرج أو الثدي. يجب أيضًا أن يكون هناك تأكيد مختبري لعدوى الميكروفيلاريا.

Swelling or lymphedema caused by infection with a sexually transmitted disease, trauma, post-operative scarring, congestive heart failure, or congenital lymphatic system abnormalities is excluded.

ويُستثنى من ذلك التورم أو الوذمة الليمفاوية الناتجة عن الإصابة بأمراض تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي أو الصدمة أو الندبات بعد الجراحة أو فشل القلب الاحتقاني أو تشوهات الجهاز المفاوي الخلقتية.

xiv. Encephalitis

Severe inflammation of the brain substance (cerebral hemisphere, brainstem or cerebellum) caused by viral infection and resulting in permanent neurological deficit. This diagnosis must be certified by a consultant neurologist and the permanent neurological deficit must be documented for at least 6 weeks. Encephalitis caused by HIV infection is excluded.

xiv. التهاب الدماغ

هو التهاب حاد في المادة المخية (نصف الكثرة المخية أو جذع الدماغ أو المخيخ) ناتج عن عدوى فيروسية ويترافق معه عجز عصبي دائم. يجب اعتماد هذا التشخيص من قبل استشاري في طب الأعصاب ويجب توثيق العجز العصبي الدائم لمدة 6 أسابيع على الأقل. ويُستثنى من ذلك التهاب الدماغ الناتج بسبب عدوى فيروس نقص المناعة البشرية.

xv. End Stage Liver Failure

Permanent and irreversible failure of liver function that has resulted in all three of the following:

- 1) permanent jaundice; and
- 2) ascites; and
- 3) hepatic encephalopathy.

Liver failure secondary to drug or alcohol abuse is excluded.

xv. فشل الكبد في المرحلة الأخيرة

فشل دائم وغير قابل للشفاء في وظائف الكبد ينتج عنه ما يلي:

- (1) اليرقان الدائم؛ و
- (2) الاستسقاء؛ و
- (3) الاعتلال الدماغي الكبدي.

ويُستثنى من ذلك فشل الكبد الناتج عن تعاطي المخدرات أو الكحوليات.

xvi. End Stage Lung Disease

End stage lung disease, causing chronic respiratory failure, as evidenced by all of the following:

- 1) FEV1 test results consistently less than 1 litre measured on 3 occasions 3 months apart; and
- 2) Requiring continuous permanent supplementary oxygen therapy for hypoxemia; and
- 3) Arterial blood gas analyses with partial oxygen pressures of 55mmHg or less ($\text{PaO}_2 < 55\text{mmHg}$); and
- 4) Dyspnea at rest.

The diagnosis must be confirmed by a respiratory physician.

xvi. المرحلة الأخيرة من أمراض الرئة

هو مرض الرئة في مرحلة الأخيرة، مسبباً لفشل تنفسى مزمن، كما يتضح مما يلى:

- (1) تكون نتائج اختبار FEV1 أقل من 1 لتر باستمرار مع قياسها في 3 مرات مختلفة بفارق 3 أشهر؛ و
- (2) الحاجة لعلاج أكسجين تكميلي دائم لنقص الأكسجة في الدم؛ و
- (3) تحليل غازات الدم الشريانى بضغط أكسجين جزئي يبلغ 55 مم زئبقي أو أقل ($\text{PaO}_2 < 55\text{ mmHg}$)؛ و
- (4) ضيق التنفس عند الراحة.

يجب تأكيد التشخيص من قبل طبيب اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسى.

xvii. Fulminant Hepatitis

A submassive to massive necrosis of the liver by any virus, leading precipitously to liver failure. This diagnosis must be supported by all of the following:

- rapid decreasing of liver size;
- necrosis involving entire lobules, leaving only a collapsed reticular framework;
- rapid deterioration of liver function tests;
- deepening jaundice; and
- hepatic encephalopathy.

Acute Hepatitis infection or carrier status alone, does not meet the diagnostic criteria.

xvii. التهاب الكبد الحاد

الخضوع للنخر الهائل للكبد بفعل أي فيروس، مما يؤدي إلى فشل الكبد. يجب أن يكون هذا التشخيص مدعوماً بكل ما يلى:

- انخفاض سريع في حجم الكبد.
- نخر يشمل فصوصات كاملة، بحيث لا يُبقى سوى إطار شبكي منهار؛
- التدهور السريع لاختبارات وظائف الكبد.
- زيادة اليوراقان. و
- الاعلال الدماغي الكبدي.

لا تفى عدوى التهاب الكبد الحاد أو حالة الناقل وحدها بمعايير التشخيص.

xviii. Heart Attack

Death of a portion of the heart muscle as a result of inadequate blood supply to the relevant area as a consequence of coronary artery disease. The diagnosis must be supported by all three (3) of the following criteria and be diagnostic of a new definite acute myocardial infarction:

- 1) Symptoms clinically accepted as consistent with the diagnosis of an acute myocardial infarction; and
- 2) New characteristic electrocardiographic changes; and
- 3) The characteristic rise above accepted normal values of biochemical cardiac specific markers such as CK-MB or cardiac troponins.

Heart attack occurring during a coronary intervention must have a cardiac troponin level that is at least three (3) times increased above the laboratory reported upper normal value. Angina and all other forms of acute coronary syndromes are not covered.

xviii. التهاب القلبية

هي موت جزء من عضلة القلب نتيجة عدم كفاية تدفق الدم إلى المنطقة ذات الصلة نتيجة مرض الشريان التاجي. يجب أن يكون التشخيص مدعوماً بجميع المعايير الثلاثة (3) التالية وأن يكون تشخيصاً بالإصابة باحتشاء عضلة القلب الحاد:

- (1) الأعراض المقبولة سريرياً على أنها متوافقة مع تشخيص احتشاء عضلة القلب الحاد؛ و
- (2) تغيرات واضحة جديدة في تخطيط كهربائية القلب؛ و
- (3) الارتفاع الواضح فوق القيم الطبيعية المقبولة للعلامات البيوكيميائية الخاصة بالقلب مثل مثل CK-MB أو التروبوتين القلبي.

يجب أن يكون للتهاب القلبية التي تحدث أثناء التدخل التاجي مستوى تروبوتين قلبي يزيد ثالث (3) مرات على الأقل عن القيمة الطبيعية الأعلى التي أبلغ عنها المختبر. لا يشمل التأمين الذبحة الصدرية وجميع أشكال متلازمة الشريان التاجي الحادة.

xix. Heart Valve Surgery

The undergoing of open-heart valve surgery with a thoracotomy performed to replace or repair one or more heart valve(s), as a consequence of defects in, abnormalities of, or disease-affected cardiac valve(s). The surgery must be considered medically necessary by a consulting cardiologist and supported by appropriate investigations.

xix. جراحة صمام القلب

الخضوع لجراحة صمام القلب المفتوح مع شق الصدر الذي يتم إجراؤه لاستبدال أو إصلاح صمام واحد أو أكثر من صمامات القلب، نتيجة لعيوب أو تشوهات في صمام (صممات) قلبية متأثرة بالمرض. يجب اعتبار الجراحة ضرورية طبياً من قبل طبيب قلب استشاري مع دعمها بالفحوصات المناسبة.

xx. HIV - Due to Blood Transfusion

Infection by the Human Immunodeficiency Virus (HIV) or the diagnosis of acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), as confirmed by a positive HIV ELISA antibody test, and a positive HIV confirmatory test (Western Blot or PCR Test). Infection with the Human Immunodeficiency Virus (HIV) must have resulted from a blood transfusion, and all of the following conditions must be met:

- The blood transfusion was medically necessary or given as part of a medical treatment;
- The blood transfusion was received in "Country X" after the Issue Date, Date of endorsement or Date of reinstatement of this Supplementary Contract, whichever is the later;
- The source of the infection is established to be from the Institution that provided the blood transfusion and the Institution is able to trace the origin of the HIV tainted blood; and
- The insured does not suffer from Thalassemia Major or Hemophilia.

This insurance will not apply and no benefit payment will be payable whenever a Cure is available. "Cure" means any treatment that renders the HIV inactive or non-infectious or restores the function of the immune system. HIV infection transmitted by any other means including sexual activity or recreational intravenous drug use is specifically excluded.

The Insurance Company must be given access to independently test all the blood samples and to take such added samples as it deems necessary or advisable.

xxi. HIV - Occupationally Acquired

Infection by the Human Immunodeficiency Virus (HIV) or the diagnosis of acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), as confirmed by a positive HIV ELISA antibody test, and a positive HIV confirmatory test (Western Blot or PCR Test).

Only HIV infection resulting from, or transmitted by, an occupational accident, is covered, as defined below. HIV infection that is acquired through consensual sexual activity, recreational intravenous drug use or deliberate self-infliction is specifically excluded.

The infection must be proved, to the insurance company's satisfaction, as being due to the exposure of the life insured to infected blood or blood-stained body fluid from a needle stick injury, injury with a sharp instrument or by mucous membrane exposure to infected fluid, occurring during the execution of the life insured's normal professional duties as a medical or dental practitioner, registered with the "Client country X" Health Agency Regulatory Body or Certified Medical Association. All of the following criteria must also be met:

- 1) The accident causing the infection of HIV must have occurred after the date the policy or reinstatement went in force, which ever date is latest;
- 2) The accident causing the infection of HIV must have been reported to the relevant authority or employer within 24 hours of the accident;

xx. فيروس نقص المناعة البشرية - بسبب نقل الدم

الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) أو تشخيص متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، حيث يتم تأكيده من خلال نتيجة اختبار إيجابية للأجسام المضادة لفيروس نقص المناعة البشرية (HIV ELISA) واختبار تأكيد فيروس نقص المناعة البشرية الإيجابي (PCR Test Western Blot أو PCR). يجب أن تكون الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) ناتجة عن نقل الدم، ويجب استيفاء جميع الشروط التالية:

- أن يكون نقل الدم ضروريًا من الناحية الطبية أو تم إعطاؤه كجزء من العلاج الطبي؛
- وتم تلقي الدم في "البلد S" بعد تاريخ الإصدار أو تاريخ المصادقة أو تاريخ إعادة العمل بهذا العقد التكميلي، أيهما حل آخر؛
- أن يكون مصدر العدوى من المؤسسة التي قدمت نقل الدم وأن تكون المؤسسة قادرة على تتبع مصدر الدم الملوث بفيروس نقص المناعة البشرية؛ و
- ألا يعاني المؤمن عليه من مرض القلاسيميا الكبري أو الهايموفيليا.

لن يسري هذا التأمين ولن يُدفع أي تعويض إذا كان العلاج متاخًا. يقصد بمصطلح "علاج" أي علاج يجعل فيروس نقص المناعة البشرية غير نشط أو غير معدي أو يعيد وظيفة جهاز المناعة. ويسْتثنى من ذلك على وجه الخصوص الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية المتنقلة بأي وسيلة أخرى سواء عن طريق النشاط الجنسي أو تعاطي المخدرات الترفيعي عن طريق الوريد.

يجب منح شركة التأمين حق الوصول لإجراء اختبار مستقل لجميع عينات الدم وأخذ العينات الإضافية التي تراها ضرورية أو موصى بها.

xxi. فيروس نقص المناعة البشرية - تمت الإصابة به وظيفياً

الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) أو تشخيص متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، حيث يتم تأكيده من خلال نتيجة اختبار إيجابية للأجسام المضادة لفيروس نقص المناعة البشرية (HIV ELISA) واختبار تأكيد فيروس نقص المناعة البشرية الإيجابي (PCR Test Western Blot أو PCR).

لا توجد تغطية تأمينية إلا لعدوى فيروس نقص المناعة البشرية الناتجة عن حادث مهني أو المتنقلة عن طريقه، على النحو المحدد أدناه. ويسْتثنى من ذلك على وجه الخصوص الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب عن طريق النشاط الجنسي أو تعاطي المخدرات الترفيعي عن طريق الوريد أو الإبر أو المعنمد للذات.

يجب إثبات أن الإصابة ناتجة عن تعرض المؤمن عليه للدم الملوث أو سوائل الجسم الملطخة بالدم جراء الإصابة بوخز إبرة أو الإصابة بأداة حادة أو تعرض الغشاء المخاطي لسائل ملوث وذلك على النحو الذي تقبله شركة التأمين. وأن تحدث الإصابة أثناء تنفيذ الواجبات المهنية للتأمين عليه بصفته طبيباً أو ممارساً لطب الأسنان، مسجلًا لدى الهيئة التنظيمية لوكالة الصحة أو الجمعية الطبية المعتمدة في "الدولة X". كما يجب استيفاء جميع المعاير التالية:

- (1) يجب أن يكون الحادث الذي تسبب في الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية قد وقع بعد تاريخ سريان وثيقة التأمين أو إعادة التأمين، أيهما حل آخر؛
- (2) يجب الإبلاغ عن الحادث الذي تسبب في الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية إلى السلطات المختصة أو صاحب العمل خلال 24 ساعة من وقوع الحادث؛

- 3) A blood test showing no HIV or HIV antibodies must be carried out within 5 days of the accident; يجب إجراء فحص دم يظهر عدم وجود أجسام مضادة لفيروس نقص المناعة البشرية خلال 5 أيام من وقوع الحادث؛
- 4) Seroconversion must be proven with another HIV test within 180 days of the incident, indicating presence of infection by HIV or AIDS; يجب إثبات الانقلاب المصلبي باختبار آخر لفيروس نقص المناعة البشرية يتم إجراؤه خلال 180 يوماً من الحادث، مما يشير إلى وجود الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية أو الإيدز؛
- 5) The insured must have been compliant with clinically accepted post-exposure prophylactic therapy; and يجب أن يخضع المؤمن عليه "العلاج الوقائي بعد التعرض" ويكون هذا العلاج مقبول سريريًا؛
- 6) The insured must have received any recommended HIV vaccine, for use in the insured's occupation, that becomes available before the accident. يجب أن يكون المؤمن عليه قد تلقى أي لقاح يكون متاحاً قبل وقوع الحادث ويكون موصى باستخدامه في مهنة المؤمن عليه ضد فيروس نقص المناعة البشرية.
- 7) The condition must be life threatening and there must exist no effective cure. "Cure" means any treatment that renders the HIV inactive or non-infectious or restores the function of the immune system. يجب أن تكون الحالة مهددة للحياة ويجب أن يكون هناك علاج فعال. يقصد بمصطلح "علاج" أي علاج يجعل فيروس نقص المناعة البشرية غير نشط أو غير معدي أو يعيد وظيفة جهاز المناعة.

The Insurance Company must be given access to independently test all the blood samples and to take such added samples as it deems necessary or advisable.

يجب منح شركة التأمين حق الوصول لإجراء اختبار مستقل لجميع عينات الدم وأخذ العينات الإضافية التي تراها ضرورية أو موصى بها.

xxii. Kidney Failure (End-stage Renal Failure)

The total and irreversible failure of both kidneys. Continuous renal dialysis must be instituted and the dialysis must be deemed medically necessary by a certified nephrologist. Acute reversible kidney failure that only needs temporary renal dialysis is not covered.

الفشل الكلوي (المراحلة الأخيرة من قصور الكلى)
الفشل الكلوي وغير القابل للشفاء في كلا الكليتين. يجب إجراء غسيل كلوي مستمر ويجب اعتبار غسيل الكل ضرورياً طبياً من قبل طبيب كل معتمد. لا يتم تغطية الفشل الكلوي الحاد القابل للانعكاس الذي يحتاج فقط إلى غسيل كلوي مؤقت.

xxiii. Loss of Hearing

Total, bilateral and irreversible loss of hearing for all sounds as a result of sickness or accident. Medical evidence to be supplied by an appropriate specialist and to include audiometric and sound-threshold testing. The deafness must not be correctable by aides or surgical procedures.

فقدان السمع الكلي والثنائي وغير القابل للانعكاس لجميع الأصوات نتيجة مرض أو حادث. يجب توفير الأدلة الطبية بمعرفة أخصائي مناسب وتشمل اختبار قياس السمع والعتبة الصوتية. يجب أن يكون الصمم لا يمكن تصحيحه عن طريق الأجهزة المساعدة أو العمليات الجراحية.

xxiv. Loss of Speech

Total and permanent loss of the ability to produce intelligible speech as a result of irreversible damage to the larynx or its nerve supply from the speech centers of the brain caused by injury, tumour or sickness. Medical evidence must be supplied by an appropriate specialist to confirm laryngeal dysfunction and that the loss of speech has lasted for more than 6 months continuously. All psychiatric causes of loss of speech are excluded.

فقدان كلي و دائم للقدرة على إنتاج كلام واضح نتيجة تلف غير القابل للانعكاس في الحنجرة أو إمدادها العصبي من مراكز النطق في الدماغ وذلك بسبب إصابة أو ورم أو اعتلال. يجب تقديم الأدلة الطبية بمعرفة أخصائي مناسب لتاكيد ضعف الحنجرة وأن فقدان الكلام قد استمر لأكثر من 6 أشهر بشكل مستمر. **ويُستثنى من ذلك جميع الأسباب النفسية لفقدان الكلام.**

xxv. Loss of Limbs

Permanent and complete severance of two limbs at or above the wrist or ankle due to injury or disease.

قطع دائم وكامل لطرفين عند الرسغ أو الكاحل أو فوقهما بسبب إصابة أو مرض.

xxvi. Major Head Trauma

Major trauma to the head with disturbance of the brain function confirmed by a consultant neurologist and supported by unequivocal findings on Magnetic Resonance Imaging, Computerized Tomography, or other reliable imaging techniques.

اصابة كبيرة في الرأس
اصابة كبيرة في الرأس مع اضطراب في وظائف المخ أكدتها استشاري اعصاب ومدعومة بنتائج لا ليس فيها على التصوير بالرنين المغناطيسي أو التصوير المقطعي المحosoب أو غيرها من تقنيات التصوير الموثقة.

The head injury must be caused solely and directly by accidental, violent, external and visible means and independent of all other causes.

There must also be a permanent inability of the Life Assured to perform (whether aided or unaided) at least 3 of the following 5 "Activities of Daily Living" as assessed no sooner than 6 weeks from the date of the accident:

Activities of Daily Living are defined as:

1. **Washing** - the ability to wash in the bath or shower (including getting into and out of the bath or shower) or wash satisfactorily by other means;
2. **Dressing** - the ability to put on, take off, secure and unfasten all garments and, as appropriate, any braces, artificial limbs or other surgical appliances;
3. **Transferring** - the ability to move from a bed to an upright chair or wheelchair and vice versa;
4. **Toileting** - the ability to use the lavatory or otherwise manage bowel and bladder functions so as to maintain a satisfactory level of personal hygiene;
5. **Feeding** - the ability to feed oneself once food has been prepared and made available.

The following are excluded:

- Spinal cord injury; and
- Brain dysfunction due to any other causes other than accident.

xxvii. Major Organ Transplant

The actual undergoing, as a recipient of, a transplant of a heart, lung, liver, pancreas, or kidney. Bone marrow transplant is also covered if the insured has undergone the transplant and a specialist confirms that the bone marrow transplant was medically necessary. This transplantation must have been deemed medically necessary to treat the irreversible end-stage failure of the relevant organ or bone marrow. Stem cell transplants and islet cell transplants are excluded.

xxviii. Motor Neuron Disease

Motor neuron disease diagnosed by a consultant neurologist as spinal muscular atrophy, progressive bulbar palsy, amyotrophic lateral sclerosis or primary lateral sclerosis. There must be progressive degeneration of corticospinal tracts and anterior horn cells or bulbar efferent neurons. There must be permanent functional neurological impairment with objective evidence of motor dysfunction that has persisted for a continuous period of at least 3 months.

xxix. Multiple Sclerosis

A definite diagnosis by a Consultant Neurologist of Multiple Sclerosis must be made which satisfies the following 2 criteria:

1. There must be permanent functional neurological impairment with objective evidence of motor or sensory dysfunction, which must have persisted for a continuous period of at least six months; and

يجب أن تكون إصابة الرأس ناتجة بشكل منفرد و مباشر عن وسائل عرضية وعنفية وخارجية ومرئية ومستقلة عن جميع الأسباب الأخرى.

يجب أيضاً أن يكون المؤمن عليه غير قادر على أداء (سواء بمساعدة أو بدون مساعدة) على الأقل من "أنشطة الحياة اليومية" الخمسة التالية، وفقاً للتقييم الذي يجب أن يتم في موعد لا يتجاوز 6 أسابيع من تاريخ وقوع الحادث:

تحدد أنشطة الحياة اليومية على النحو التالي:

- 1. الغسل - القدرة على الغسل في الحمام أو الاستحمام (بما في ذلك الدخول إلى الحمام والخروج منه) أو الغسل بطريقة مرضية بوسائل أخرى؛
- 2. اللبس - القدرة على ارتداء وخلع وحفظ وفتح جميع الملابس، وكذلك أي دعامتين أو أطراف صناعية أو أجهزة جراحية أخرى عند الاقتضاء؛
- 3. الانتقال - القدرة على الانتقال من السرير إلى الكرسي أو الكرسي المتحرك والعكس؛
- 4. استخدام المرحاض - القدرة على استخدام المرحاض أو إدارة وظائف الأمعاء والمثانة بطريقة أخرى للحفاظ على مستوى مرضي من النظافة الشخصية؛
- 5. التغذية - القدرة على إطعام النفس بمجرد تحضير الطعام وتقادمه.

ويسْتثنى من ذلك ما يلي:

- إصابة الحبل الشوكي؛ و
- ضعف الدماغ نتيجة أي أسباب أخرى غير الحادث.

xxviii. عملية زراعة عضو رئيسي

الخطوء الفعلي، كمتلقٍ، لعملية زرع قلب أو رئة أو كبد أو بنكرياس أو كلية. يتم أيضًا تغطية عملية زرع نخاع العظم إذا كان المؤمن عليه قد خضع لعملية الزرع وأكّد أخصائي أن زرع نخاع العظم كان ضروريًا من الناحية الطبية. يجب اعتبار هذا الزرع ضروريًا من الناحية الطبية لعلاج فشل المرحلة الأخيرة غير القابل للانكماش للعضو أو نخاع العظم ذي الصلة. ويسْتثنى من ذلك عمليات زرع الخلايا الجنينية وزرع الخلايا الجزرية.

xxviii. داء العصبون الحركي

داء العصبون الحركي يتم تشخيصه بمعرفة استشاري في طب الأعصاب مثل ضمور العضلات الشوكي أو الشلل البصلي المترقي أو التصلب الجاني الضموري أو التصلب الجاني الأولي. يجب أن يكون هناك تدهور تدريجي في السبيل القشرى التخاطي وخلايا القرن الأمامي أو الخلايا العصبية البصلية. يجب أن يكون هناك خلل عصبي وظيفي دائم مع وجود دليل ظاهر على وجود خلل وظيفي حركي مستمر لفترة متواصلة لا تقل عن 3 أشهر.

xxix. التصلب المتعدد

يجب إجراء تشخيص محدد بمعرفة استشاري في طب الأعصاب لمرض التصلب المتعدد، على أن يستوفي المعايير التاليين:

- 1. أن يكون هناك خلل عصبي وظيفي دائم مع وجود دليل ظاهر على وجود خلل حركي أو حسي يستمر لمدة ستة أشهر متواصلة على الأقل؛ و

2. The diagnosis must also be confirmed with objective neurological investigations, such as lumbar puncture, evoked visual responses, evoked auditory responses and MRI evidence of lesions of the central nervous system.
- 2 يجب أيضًا تأكيد التسخیص من خلال الفحوصات العصبية الموضوعیة، مثل البزل القطني والاستجابات البصرية المستحبثة والاستجابات السمعية المستحبثة وإثبات التصویر بالرنین المغناطیسي لاقات الجهاز العصبي المركزي.

xxx. Muscular Dystrophy

Muscular Dystrophy is a disease of the muscle causing progressive and permanent weakening of certain muscle groups. The diagnosis of muscular dystrophy must be made by a consultant neurologist, and confirmed with the appropriate laboratory, biochemical, histological, and electromyographic evidence. The disease must result in the permanent inability of the insured to perform (whether aided or unaided) at least three (3) of the five (5) "Activities of Daily Living".

Activities of Daily Living are defined as:

1. **Washing** - the ability to wash in the bath or shower (including getting into and out of the bath or shower) or wash satisfactorily by other means;
2. **Dressing** - the ability to put on, take off, secure and unfasten all garments and, as appropriate, any braces, artificial limbs or other surgical appliances;
3. **Transferring** - the ability to move from a bed to an upright chair or wheelchair and vice versa;
4. **Toileting** - the ability to use the lavatory or otherwise manage bowel and bladder functions so as to maintain a satisfactory level of personal hygiene;
5. **Feeding** - the ability to feed oneself once food has been prepared and made available.

ضمور العضلات xxx
ضمور العضلات هو مرض يصيب العضلات يسبب ضعفًا تدريجيًا و دائمًا لبعض مجموعات العضلات. يجب أن يتم تشخيص الإصابة بضمور العضلات بمعرفة استشاري في طب الأعصاب، ويتم تأكيده من خلال الأدلة المختبرية والكميائية الحيوية والنسيجية وتحطيمات كهربائية العضل المناسبة. يجب أن يؤدي المرض إلى عجز دائم للمؤمن عليه عن أداء (سواء بمساعدة أو بدون مساعدة) ثلاثة (3) على الأقل من "أنشطة الحياة اليومية" الخمسة التالية.

تحدد أنشطة الحياة اليومية على النحو التالي:

- 1 **الغسل** - القدرة على الغسل في الحمام أو الاستحمام (بما في ذلك الدخول إلى الحمام والخروج منه) أو الغسل بطريقة مرضية بوسائل أخرى؛
- 2 **اللبس** - القدرة على ارتداء وخلع وحفظ جميع الملابس، وكذلك أي دعامتين أو أطراف صناعية أو أجهزة جراحية أخرى عند الاقتضاء؛
- 3 **الانتقال** - القدرة على الانتقال من السرير إلى الكرسي أو الكرسي المتحرك؛ والعكس؛
- 4 **استخدام المرحاض** - القدرة على استخدام المرحاض أو إدارة وظائف الأمعاء والمثانة بطريقة أخرى للحفاظ على مستوى مرضي من النظافة الشخصية؛
- 5 **التغذية** - القدرة على إطعام النفس بمجرد تحضير الطعام وتقديمه.

xxxi. Necrotizing Fasciitis

Necrotizing fasciitis is a progressive, rapidly spreading, infection located in the deep fascia causing necrosis of the subcutaneous tissues. An unequivocal diagnosis of necrotizing fasciitis must be made by a specialist and the diagnosis must be supported with laboratory evidence of the presence of bacteria that is a known cause of necrotizing fasciitis. There must also be widespread destruction of muscle and other soft tissues that results in a total and permanent loss or function of the affected body part.

التهاب اللفافة الناخر xxx
التهاب اللفافة الناخر هو عدوى تقدمية سريعة الانتشار تقع في اللفافة العميقية مسببة تخزاً في الأنسجة تحت الجلد. يجب إجراء تشخيص قاطع بالإصابة بالتهاب اللفافة الناخر يجريه أخصائي ويجب أن يكون التشخيص مدعوماً بالأدلة المختبرية لوجود البكتيريا التي تعتبر سبباً معروفاً لالتهاب اللفافة الناخر. يجب أيضًا أن يكون هناك تدمير واسع النطاق للعضلات والأنسجة الرخوة الأخرى مما يؤدي إلى خسارة وظيفية كاملة ودائمة للجزء المصابة من الجسم.

xxxii. Paralysis

Total and irreversible loss of use of two or more limbs through paralysis as a result of injury or disease. The paralysis must be supported by appropriate neurological evidence. A specialist must be of the opinion that the paralysis will be permanent with no hope of recovery and must be present for more than 3 months. Paralysis due to self-harm, partial paralysis, temporary post-viral paralysis, or paralysis due to psychological causes are all excluded.

الشلل xxxii
فقدان كلي غير انعکاسي لاستخدام طرفين أو أكثر نتيجة إصابة أو مرض. يجب دعم الإصابة بالشلل بالأدلة العصبية المناسبة. يجب أن يرى الأخصائي أن الشلل سيكون دائمًا لا يرجى الشفاء منه ويجب أن يظل قائماً لأكثر من 3 أشهر. ويشترى من ذلك الشلل الناتج عن إيداء النفس أو الشلل الجزئي أو الشلل المؤقت التالي للفيروس أو الشلل لأسباب نفسية.

xxxiii. Parkinson's Disease

The unequivocal diagnosis of idiopathic Parkinson's Disease by a consultant neurologist. This diagnosis must be supported by all of the following conditions:

- 1) The disease cannot be controlled with medication; and
- 2) There are objective signs of progressive deterioration; and
- 3) There is an inability of the Life Assured to perform (whether aided or unaided) at least 3 of the following five (5) "Activities of Daily Living" for a continuous period of at least 6 months:

Activities of Daily Living are defined as:

1. **Washing** - the ability to wash in the bath or shower (including getting into and out of the bath or shower) or wash satisfactorily by other means;
2. **Dressing** - the ability to put on, take off, secure and unfasten all garments and, as appropriate, any braces, artificial limbs or other surgical appliances;
3. **Transferring** - the ability to move from a bed to an upright chair or wheelchair and vice versa;
4. **Toileting** - the ability to use the lavatory or otherwise manage bowel and bladder functions so as to maintain a satisfactory level of personal hygiene;
5. **Feeding** - the ability to feed oneself once food has been prepared and made available.

Drug-induced or toxic causes of Parkinsonism are excluded.

Coverage for this impairment will cease at age sixty-five (65) or on maturity date/expiry date, whichever is earlier.

xxxiv. مرض باركينسون

يجب أن يجري استشاري في طب الأعصاب تشخيصاً قاطعاً للتأكد من الإصابة بمرض باركينسون مجهول السبب. يجب أن يكون هذا التشخيص مدعوماً بجميع الشروط التالية:

- (1) لا يمكن السيطرة على المرض بالأدوية؛ و
- (2) مع وجود علامات ظاهرة على التدهور التدريجي؛ و

(3) أن يكون المؤمن عليه غير قادر على أداء (سواء بمساعدة أو بدون مساعدة) 3 على الأقل من "أنشطة الحياة اليومية" الخمسة التالية لفترة متواصلة لا تقل عن 6 أشهر:

- تحدد أنشطة الحياة اليومية على النحو التالي:
- 1. **الغسل** - القدرة على الغسل في الحمام أو الاستحمام (بما في ذلك الدخول إلى الحمام والخروج منه) أو الغسل بطريقة مرضية بوسائل أخرى؛
 - 2. **اللبس** - القدرة على ارتداء وخلع وحفظ جميع الملابس، وكذلك أي دعامتين أو أطراف صناعية أو أجهزة جراحية أخرى عند الاقتناء؛
 - 3. **الانتقال** - القدرة على الانتقال من السرير إلى الكرسي أو الكرسي المتحرك والعكس؛
 - 4. **استخدام المرحاض** - القدرة على استخدام المرحاض أو إدارة وظائف الأمعاء والمثانة بطريقة أخرى للحفاظ على مستوى مرضي من النظافة الشخصية؛
 - 5. **التغذية** - القدرة على إطعام النفس بمجرد تحضير الطعام وتقديمه.

ويُستثنى من ذلك الإصابة بمرض باركينسون بسبب المخدرات أو السموم.

ستتوقف تغطية هذا المرض في سن الخامسة والستين (65) أو في تاريخ الاستحقاق / تاريخ انتهاء الصلاحية، أيهما أقرب.

xxxiv. Poliomyelitis

The occurrence of Poliomyelitis where the following conditions are met:

- Poliovirus is identified as the cause; and
- Paralysis of the limb muscles or respiratory muscles must be present and persist for at least 3 months as confirmed by a consultant neurologist.

Other causes of paralysis such as Guillain-Barre syndrome are specifically excluded.

xxxv. شلل الأطفال

يثبت حدوث شلل الأطفال في الحالات التالية:

- أن يتم تحديد فيروس شلل الأطفال باعتباره السبب؛ و
- يجب أن يكون شلل عضلات الأطراف أو عضلات الجهاز التنفسi موجوداً ومستمراً لمدة 3 أشهر على الأقل وفقاً لما يؤكده استشاري في طب الأعصاب.

ويُستثنى من ذلك الأسباب الأخرى للشلل مثل متلازمة غيلان باريه على وجه التحديد.

xxxv. Primary Pulmonary Arterial Hypertension

A primary and unexplained increase in pulmonary artery pressure causing signs of right heart strain and failure. There must be permanent irreversible physical impairment to the degree of at least Class IV of the New York Heart Association Classification of cardiac impairment. Pulmonary hypertension associated with lung disease, chronic hypoventilation, pulmonary thromboembolic disease, diseases of the left side of the heart and congenital heart disease are specifically excluded. The diagnosis of primary pulmonary hypertension needs to be made by a cardiologist or a specialist in respiratory medicine and needs to be supported by data provided at cardiac catheterization.

xxxv. فرط ضغط الشريان الرئوي الأساسي

زيادة أولية وغير مبررة في ضغط الشريان الرئوي تسبب علامات إجهاد وقصور في القلب الأيمن. يجب أن يكون هناك ضعف جسدي دائم غير انعكاسي من الدرجة الرابعة على الأقل وفقاً لتصنيف جمعية القلب في نيويورك للضعف القلبي. ويُستثنى من ذلك ارتفاع ضغط الدم الرئوي المرتبط بأمراض الرئة ونقص التهوية المزمن ومرض الانسداد التجلطي الرئوي وأمراض الجانب الأيسر من القلب وأمراض القلب الخلقية. يجب أن يتم تشخيص ارتفاع ضغط الدم الرئوي الأساسي من قبل طبيب قلب أو أخصائي في طب الجهاز التنفسi ويحتاج إلى دعم من خلال البيانات المقدمة في قسطرة القلب.

The diagnosis must be supported by all three (3) of the following criteria:

1. Mean pulmonary artery pressure > 40 mmHg; and
2. Pulmonary vascular resistance > 3 (mmHg/L)/min; and
3. Normal pulmonary wedge pressure < 15 mmHg.

New York Heart Classification

Class I. Patients with cardiac disease but without resulting limitation of physical activity. Ordinary physical activity does not cause undue fatigue, palpitation, dyspnea, or anginal pain.

Class II. Patients with cardiac disease resulting in slight limitation of physical activity. They are comfortable at rest. Ordinary physical activity results in fatigue, palpitation, dyspnea, or anginal pain.

Class III. Patients with cardiac disease resulting in marked limitation of physical activity. They are comfortable at rest. Less than ordinary activity causes fatigue, palpitation, dyspnea, or anginal pain.

Class IV. Patients with cardiac disease resulting in inability to carry on any physical activity without discomfort. Symptoms of heart failure or the anginal syndrome may be present even at rest. If any physical activity is undertaken, discomfort increases.

يجب أن يكون التشخيص مدعوماً بجميع المعاير الثلاثة (3) التالية:

- 1- أن يكون متوسط ضغط الشريان الرئوي > 40 مم زئبي؛ و
- 2- أن تكون مقاومة الأوعية الدموية الرئوية > 3 (مم زئبي / لتر) / دقيقة؛
- 3- أن يكون ضغط الإسفين الرئوي الطبيعي أقل من 15 مم زئبي.

التصنيف الوظيفي لجمعية القلب في نيويورك

الفئة الأولى: مرضى القلب دون الحد من النشاط البدني. لا يسبب النشاط البدني العادي تعباً لا داعي له أو خفقات أو ضيق في التنفس أو ألم الذبحة الصدرية.

الفئة الثانية. مرضى القلب الذين يؤدي مرضهم إلى وضع قيود طفيفة على النشاط البدني. يشعرون بالارتياح خلال وقت الراحة. يتسبب النشاط البدني العادي في الشعور بالتعب أو الخفقات أو ضيق في التنفس أو ألم الذبحة الصدرية.

الفئة الثالثة. مرضى القلب الذين يؤدي مرضهم إلى تقييد كبير في النشاط البدني. يشعرون بالارتياح خلال وقت الراحة. يتسبب النشاط الأقل من المعتاد في الشعور بالتعب أو الخفقات أو ضيق في التنفس أو ألم الذبحة الصدرية.

الفئة الرابعة. مرضى القلب الذين يؤدي مرضه إلى عدم القدرة على القيام بأي نشاط بدني دون تعب. قد تظهر أعراض قصور القلب أو متلازمة الذبحة الصدرية حتى في حالة الراحة. يزيد الشعور بالتعب في حالة القيام بأي نشاط بدني.

xxxvi. Severe Myocarditis

Severe Myocarditis is defined as an inflammation of the heart muscle. The disease may be caused by viral, bacterial or fungal infection. For an eligible claim, the following conditions must all be fulfilled:

- The ejection fraction must be less than 25 %.
- The disease must be treated in hospital for a period of at least 3 weeks.
- At 3 months after initial diagnosis of myocarditis with only 25 % of ejection fraction, the ejection fraction must still be less than 40 %.

xxxvii. الالتهاب الحاد في عضلة القلب

يُعرف الالتهاب الحاد في عضلة القلب بأنه التهاب في عضلة القلب. قد يكون سبب المرض عدوى فيروسية أو بكتيرية أو فطرية. ولتكون المطالبة مقبولة، يجب استيفاء جميع الشروط التالية:

- يجب أن يكون الكسر القذفي أقل من 25٪.
- يجب أن يعالج المرض في المستشفى لمدة 3 أسابيع على الأقل.
- بعد 3 أشهر من التشخيص الأولي بالإصابة بالتهاب عضلة القلب مع 25٪ فقط من الكسر القذفي، يجب أن يظل الكسر القذفي أقل من 40٪.

xxxviii. السكتة الدماغية

تُعرَّف السكتة الدماغية بأنها حادثة وعائية دماغية تؤدي إلى موت غير انعكاسي للأنسجة المخ بسبب نزيف داخل الجمجمة أو بسبب انسداد أو تخثر في أحد الأوعية داخل الجمجمة. يجب أن يؤدي هذا الحدث إلى ضعف وظيفي عصبي دائم مع وجود علامات عصبية غير طبيعية ظاهرة عند إجراء الفحص البدني من قبل طبيب أخصاب بعد 3 أشهر على الأقل من الحدث. يجب أيضاً أن يكون التشخيص مدعوماً بالنتائج المتعلقة بتصوير الدماغ ويجب أن يكون متسقاً مع تشخيص جديد للإصابة بالسكتة الدماغية.

ويُستثنى من ذلك ما يلي:

النوبات الإقفارية العابرة (TIA)؛

تلف في الدماغ بسبب حادث أو اصابة؛

اضطرابات الأوعية الدموية التي تصيب العين ومن بينها احتشاء العصب البصري أو الشبكية والاضطرابات الدماغية في الجهاز الدهليزي.

السكتة الدماغية الصامتة بدون أعراض التي تُكتشف في التصوير.

The following are excluded:

Transient Ischemic Attacks (TIA);

Brain damage due to an accident or injury;

Disorders of the blood vessels affecting the eye including infarction of the optic nerve or retina; Ischemic disorders of the vestibular system;

Asymptomatic silent stroke found on imaging.

xxxviii. Surgery to Aorta

Undergoing of a laparotomy or thoracotomy to repair or correct an aneurysm, narrowing, obstruction or dissection of the aortic artery. For this definition, aorta means the thoracic and abdominal aorta but not its branches. Surgery performed using only minimally invasive or intra- arterial techniques such as percutaneous endovascular aneurysm repair are excluded.

xxxviii. جراحة الشريان الأورطي
الخضوع لفتح البطن أو شق الصدر لإصلاح أو تصحيح تمدد الأوعية الدموية أو تضييق الشريان الأورطي أو انسداده أو قطعه. بالنسبة لهذا التعريف، يُقصد بالشريان الأورطي الشريان الأورطي الصدري والبطني دون فروعه. ويشترى من ذلك الجراحة التي يتم إجراؤها باستخدام تقنيات طفيفة التوغل أو داخل الشريانين فقط مثل إصلاح تمدد الأوعية الدموية داخل الأوعية الدموية عن طريق الجلد.

xxxix. Systemic Lupus Erythematosus

The unequivocal diagnosis by a consultant physician of systemic lupus erythematosus (SLE) with evidence of malar rash, discoid rash, photosensitivity, multi-articular arthritis, and serositis. There must also be hematological and immunological abnormalities consistent with the diagnosis of SLE. There must also be a positive antinuclear antibody test. There must also be evidence of central nervous system or renal impairment with either

- a) Renal involvement is defined as either persistent proteinuria greater than 0.5 grams per day or a spot urine showing 3+ or greater proteinuria
- b) Central nervous system involvement with permanent neurological dysfunction as evidenced with objective motor or sensory neurological abnormal signs on physical examination by a neurologist and present for at least 3 months. Seizures, headaches, cognitive and psychiatric abnormalities are not considered under this definition as evidence of "permanent neurological dysfunction".

Discoid lupus and medication induced lupus are excluded.

xxxx. Systemic Sclerosis (Scleroderma)

A systemic connective tissue disease causing progressive diffuse fibrosis in the skin, blood vessels and visceral organs. A rheumatologist must make the unequivocal diagnosis of progressive systemic sclerosis. This diagnosis must be supported by biopsy and serological evidence and the disorder must have reached systemic proportions to involve the heart, lungs or kidneys.

The following are excluded:

- Localized scleroderma (linear scleroderma or morphea);
- Eosinophilic fasciitis; and
- CREST syndrome.

Xxxxi. Third Degree Burns

There must be third-degree burns with scarring that cover at least 20% of the body's surface area. A certified physician must confirm the diagnosis and the total area involved using standardized, clinically accepted, body surface area charts.

General Exclusions:

- All pre-existing conditions in respect of the Insured existed before the Effective Date of coverage or the approval date of reinstatement. Whichever is later, and presented signs and symptoms of which the Insured has been aware or should reasonably have been aware.
- Any claims due to congenital conditions are not covered.
- Any diseases or illnesses which occurred within 90 days after the Effective Date of coverage or the approval date of reinstatement, whichever is later.
- The insured dies within 30 days after the first diagnosis of a Critical Illness.

xxxix. الذئبة الحمامية الجهازية
تشخيص قاطع يجريه طبيب استشاري لمرض الذئبة الحمامية الجهازية (SLE) مع دليل على وجود طفح جلدي في الوجنة وطفح جلدي قرضي وحساسية من الضوء والتهاب المفاصل المتعدد والتهاب المصلي. يجب أن يكون هناك أيًضا تشوّهات دموية ومناعية تتوافق مع تشخيص مرض الذئبة الحمامية الجهازية (SLE). يجب أن يكون هناك أيًضا اختبار إيجابي للأجسام المضادة للنواة. يجب أن يوجد كذلك دليل على قصور في الجهاز العصبي المركزي أو قصور كلوبي مع أيٍ منها.

(أ) تُعرف إصابة الكل بأنها إما بيلة بروتينية مستمرة أكبر من 0.5 جرام يومياً أو بول موضعي يظهر 3+ أو أكبر من البيلة البروتينية

(ب) إصابة الجهاز العصبي المركزي بخلل وظيفي عصبي دائم وفقاً لما يتضح من العلامات الحركية أو العصبية الحسية غير الطبيعية عند إجراء الفحص البدني بمعرفة طبيب أخصاب، على أن يستمر ذلك لمدة 3 أشهر على الأقل. ووفقاً لهذا التعريف، لا تعتبر التشنجات والصداع والتشوهات الخلقية والنفسية دليلاً على وجود "خلل عصبي دائم".

وُيشترى من ذلك الذئبة القرصية والذئبة التي يسببها الدواء.

xxxx. التصلب الجاهزي (تصلب الجلد)

مرض نسيجي ضام جاهزي يسبب تليفاً متتالاً تدريجياً في الجلد والأوعية الدموية والأعضاء الحشوية. يجب أن يقوم أخصائي أمراض الروماتيزم بإجراء تشخيص قاطع بالإصابة بمرض التصلب الجاهزي التدريجي. يجب أن يكون هذا التشخيص مدعوماً بالخزعة والأدلة المصلية ويجب أن يكون الاضطراب قد وصل إلى أبعاد جهازية تشمل القلب أو الرئتين أو الكل.

وُيشترى من ذلك ما يلي:

- تصلب الجلد الموضعي (تصلب الجلد المتعدد أو القشيعة);
- التهاب اللفافة اليوزيني؛ و
- متلازمة كريست.

xxxxi. الحرائق من الدرجة الثالثة

يجب أن تكون هناك حرائق من الدرجة الثالثة مصحوبة بتندب تغطي 20٪ على الأقل من مساحة سطح الجسم. يجب أن يؤكد الطبيب المعتمد التشخيص والمساحة الإجمالية المصابة باستخدام مخططات معيارية ومقبولة سريرياً لمساحة الجسم.

الاستثناءات العامة :

- جميع الأمراض التي يُصاب بها المؤمن له وتكون قائمة قبل تاريخ سريان التأمين أو تاريخ الموافقة على إعادةه أيهما حل آخر، مع ظهور علامات وأعراض كان المؤمن له على علم بها أو كان من المفترض أن يكون على علم بها.
- لا تقدم تغطية تأمينية لأي مطالبات ناتجة عن حالات خلقية.
- أي أمراض تحدث خلال 90 يوماً من تاريخ سريان التأمين أو تاريخ الموافقة على إعادةه، أيهما حل آخر.
- وفاة المؤمن له خلال 30 يوماً بعد التشخيص الأول للإصابة بمرض من الأمراض الحرجة.

5.4 Terminal Illness (Accelerated Benefit)

In the event of an advanced or rapidly progressing incurable illness where, in the opinion of an attending Consultant and our Chief Medical Officer, the life expectancy is no greater than 12 months, the Company will pay the Benefit amount as mentioned in the Policy Schedule and subject to the maximum amount payable being equal to the Death Benefit under the Policy..

5.4 المرض العضال (المنفعة المجلة):

في حالة المرض في مراحله المتقدمة أو المستشري سريراً الذي يكون غير قابل للشفاء والذي من المتوقع في رأي كل من الطبيب الاستشاري المعالج والمسؤول الطبي الأول لدينا أن لا يمتد عمر المريض بسببه لأكثر من 12 شهراً، تدفع الشركة مبلغ المنفعة حسب المذكور في جدول العقد بمراعاة أن يكون الحد الأعلى للمبلغ الواجب الدفع مساوياً لمنفعة الوفاة بموجب العقد.

- This Benefit is applicable only if opted for by the Primary / Secondary Life Assured and mentioned in the Policy Schedule.
- This benefit terminates 24 months prior to the expiry of the Policy.
- This benefit may be given up to a maximum of the Basic Sum Assured of the Primary / Secondary lives
- In case of payment of the Terminal Illness Benefit, the Basic Sum Assured will get reduced by the amount of payment made.

• تُنطبق هذه المنفعة فقط إذا اختراها المؤمن الرئيسي / الثاني على الحياة وتكون مذكورة في جدول العقد.

• تنتهي هذه المنفعة قبل 24 شهراً من انتهاء العقد.

• يجوز تقديم هذه المنفعة بما يصل كأقصى حد إلى مبلغ التأمين الأساسي على حياة المؤمن الرئيسي / الثاني على الحياة.

5.5 Accident Death Benefit (Additional Benefit)

If while the basic policy and this rider benefit are in-force, the Life Assured dies as a result of injuries caused by an accident, the Company will, pay the Benefit amount relating to the Rider as shown in the Policy Schedule provided that death occurred within 90 days from the date of accident. This Benefit is applicable only if opted for by the Primary Life and/ or Secondary Life and mentioned in the Policy Schedule.

5-5 منفعة الوفاة من جراء حادث (المنفعة الإضافية):

إذا حدث عندما يكون العقد الأساسي ومنفعة هذا الملحق سارين، أن توفي المؤمن على الحياة نتيجة لإصابات حدثت من جراء حادث، تدفع الشركة مبلغ التأمين المتعلق بمنفعة الملحق حسب ما يظهر في جدول العقد شريطة أن تكون الوفاة قد وقعت خلال 90 يوماً من تاريخ الحادث، تُنطبق هذه المنفعة فقط إذا اختراها المؤمن الرئيسي وأو الثاني على الحياة وكانت مذكورة في جدول العقد.

This Rider benefit shall terminate on the earliest of the following:

- The Life Assured's 75th birthday.
- On the Expiry Date of the Rider benefit as shown in the Policy Schedule
- Upon termination or maturity of the Policy.

ينتهي هذا الملحق في التاريخ الذي يصادف أولاً مما يلي:

• عيد الميلاد الخامس والسبعين للمؤمن على الحياة.

• عند تاريخ انتهاء منفعة الملحق كما هو ظاهر في جدول العقد.

* عند انتهاء أو استحقاق العقد.

5.6 Permanent Total Disability (Accident) (Accelerated Benefit)

In the event of Permanent and Total Disability of the Life Assured as a result of injury due to accident while the basic policy and this rider benefit are in force, the Company will pay the amount as specified in the Policy Schedule. Total and Permanent Disability shall mean such medically certified total disability incapacitating him/her from being able to perform 3 of 5 activities of daily living (ADLs) with a 6 month deferred period from the date of diagnosis. The disability should occur/ be diagnosed within 90 days of the accident.

The Policy will terminate upon payment of this Rider benefit if the rider benefit Sum Assured is equal to the Basic Sum Assured. In case the Basic Sum Assured is higher than this Rider Benefit Amount, the cover will continue for the Policy for the Sum Assured in excess of Rider Benefit Amount till maturity.

Proof of Disability: the Company requires medical examination of the Life Assured by approved physicians before recognizing the existence of total and permanent disability.

This Rider Benefit shall terminate on the earliest of the following:

- The Life Assured's 75th birthday.
- On the Expiry Date of the Rider Benefit as shown in the Policy Schedule
- Upon termination or maturity of the Policy.

في حالة العجز الدائم والكلي للمؤمن على الحياة نتيجة لإصابة من جراء حادث بينما يكون العقد الأساسي ومنفعة الملحق هذه سارين، تدفع الشركة المبلغ المحدد في جدول العقد، يعني العجز الكلي وال دائم ذلك العجز الكلي المصادق عليه طبياً الذي يعيق المؤمن على الحياة عن أداء 3 من 5 أنشطة يومية في الحياة (ADLs) مع فترة 6 شهور مؤجلة من تاريخ التشخيص. ويجب أن يكون العجز قد حدث / تم تشخيصه خلال 90 يوماً من وقوع الحادث.

ينتهي العقد عند دفع منفعة الملحق هذه إذا كان مبلغ التأمين هذا يساوي مبلغ التأمين الأساسي، في حالة إن كان مبلغ التأمين الأساسي أعلى من مبلغ منفعة الملحق هذه، يستمر الغطاء في العقد بالنسبة لمبلغ التأمين بما يتجاوز مبلغ منفعة الملحق لغاية الاستحقاق.

إثبات العجز: تتطلب الشركة إجراء فحص طبي للمؤمن على الحياة بواسطة أطباء معتمدين قبل الاعتراف بوجود عجز كلي و دائم.

ينتهي منفعة الملحق هذه في التاريخ الأولى من ما يلي:

• عيد ميلاد المؤمن على الحياة الخامس والسبعين.

• في تاريخ انتهاء منفعة الملحق كما يظهر في جدول العقد.

• عند انتهاء أو استحقاق العقد.

7-5 منفعة العجز الكلي الدائم (حادث ومرض) (المنفعة المعجلة):

5.7 Permanent Total Disability (Accident and Sickness) (Accelerated Benefit)

In the event of Permanent and Total Disability of the Life Assured as a result of injury due to accident and/or sickness, If while the basic policy and this rider benefit are in force the Company will pay the amount as specified in the Policy Schedule. Total and Permanent Disability shall mean such medically certified total disability incapacitating him/her from being able to perform 3 of 5 activities of daily living (ADLs) with a 6 month deferred period from the date of diagnosis. The disability should occur/be diagnosed within 90 days of the accident/sickness.

The Policy will terminate upon payment of this Rider benefit if the rider benefit Sum Assured is equal to the Basic Sum Assured. In case the Basic Sum Assured is higher than this Rider Benefit Amount, the cover will continue for the Policy for the Sum Assured in excess of Rider Benefit Amount till maturity.

Proof of Disability: The Company requires medical examination of the Life Assured by approved physicians before recognizing the existence of total and permanent disability.

This Rider Benefit shall terminate on the earliest of the following:

- The Life Assured's 75th birthday.
- On the Expiry Date of the Rider Benefit as shown in the Policy Schedule
- Upon termination or maturity of the Policy.

5.8 Guaranteed Installment Benefit (GIB) (Additional Benefit)

This Benefit is applicable only if opted for by the Primary Life Assured and mentioned in the Policy Schedule. In the event of Death of the Primary Life all the future premiums payable during the Payment Term will be paid by the Company.

This benefit is extended to include Total and Permanent Disability due to Accident or Total and Permanent Disability due to Accident & Sickness Rider if opted by the Primary life and mentioned in the Policy Schedule. This benefit is only payable on acceptance of Death or Disability Claim for the Primary Life, If while the basic policy and this rider benefit are in force. Outstanding premiums as on Date of Death or Permanent Total Disability will not be deducted from the claim amount

This Rider benefit shall terminate on the earliest of the following:

- The Life Assured's 75th birthday
- Upon completion of the Payment Term of the Policy.
- On the Expiry Date of the Rider benefit as shown in the Policy Schedule
- Upon termination or maturity of the Policy.

5.9 Passive War Cover (In-built Rider)

The Death Benefit under this Policy is extended to include Passive War Cover and applicable for the Primary / Secondary Life Assured and mentioned in the Policy Schedule. This Benefit is further extended to Permanent and Total Disability (accident) and Permanent and Total Disability (accident and sickness), if opted for.

The death or disability benefit will not, however, be payable if the Life Assured actively participates in war (whether declared or not), civil war, rebellion, revolution, insurrection, conspiracy, military or usurped power, martial law or state of siege, riot, terrorist act, mutiny, piracy, civil commotion or other acts of violence originating from any political or civil unrest, Terrorism (suspected or proven) shall be understood to include the consequences of hostage taking, drive-by shooting, planting of bombs and any other forms of physical violence or if the Life Assured is travelling to Iraq, Afghanistan or a country after war has been declared in that country or after it has been recognized as a war zone by the United Nations or where there are war like operations or nuclear biological or chemical weapons are declared to be found/ involved

في حالة العجز الدائم والكلي للمؤمن على الحياة نتيجة لإصابة من جراء حادث و/أو مرض إذا كان العقد الأساسي ومنفعة الملحق هذه سارين، تدفع الشركة المبلغ المحدد في جدول العقد، يعني العجز الكلي والدائم ذلك العجز الكلي المصدق عليه طبيًّا الذي يعيق المؤمن على الحياة عن أداء 3 سن 5 أنشطة يومية في الحياة (ADLs) مع فترة 6 شهور مؤجلة من تاريخ التشخيص، ولا بد من حدوث/ تشخيص العجز خلال 90 يومًا من وقوع الحادث/ حدوث المرض.

ينتهي العقد عند دفع منفعة الملحق هذه إذا كان مبلغ التأمين هنا يساوي مبلغ التأمين الأساسي، في حالة إن كان مبلغ التأمين الأساسي أعلى من مبلغ منفعة الملحق هذه، يستمر الغطاء في العقد بالنسبة لمبلغ التأمين بما يتجاوز مبلغ منفعة الملحق لغاية الاستحقاق.

إبات العجز: تتطلب إجراء فحص طبي للمؤمن على الحياة بواسطة أطباء معتمدين قبل الاعتراف بوجود عجز كلي دائم.

تنتهي منفعة الملحق هذه في التاريخ الأول من ما يلي:

- عيد ميلاد المؤمن على الحياة الخامس والسبعين.
- في تاريخ انتهاء منفعة الملحق كما يظهر في جدول العقد.
- عند انتهاء أو استحقاق العقد.

5-8 منفعة القسط المضمون (GIB) (المنفعة الإضافية):

تطبق هذه المنفعة فقط إذا اختارها المؤمن الرئيسي على الحياة وكانت مذكورة في جدول العقد. في حالة وفاة المؤمن الرئيسي على الحياة، تدفع الشركة كافة الأقساط الواجبة الدفع في المستقبل خلال فترة الدفع.

تتوسع هذه المنفعة لتشمل العجز الكلي والدائم من جراء حادث، أو العجز الكلي والدائم من جراء حادث ومرض إذا كان المؤمن الرئيسي على الحياة قد اختار هذا الملحق، وكانت مذكورة في جدول العقد. تكون هذه المنفعة واجبة الدفع فقط عند قبول المطالبة حول وفاة أو عجز المؤمن الرئيسي على الحياة، إذا كان العقد الأساسي ومنفعة الملحق هذه ما زال سارين. إن الأقساط المستخدمة كما هي في تاريخ الوفاة أو العجز الكلي الدائم لن تخصم من مبلغ المطالبة.

تنتهي منفعة هذا الملحق في التاريخ الأول من ما يلي:

- عيد ميلاد المؤمن على الحياة الخامس والسبعين.
- عند إكمال فترة دفع العقد.
- في تاريخ انتهاء منفعة الملحق كما يظهر في جدول العقد.
- عند انتهاء أو استحقاق العقد.

5-9 غطاء الحرب السلبية (المنفعة المعجلة):

يتم توسيع منفعة الوفاة بموجب هذا العقد لتشمل غطاء الحرب السلبية والتي تتطبق على المؤمن الرئيسي/ الثاني على الحياة وتكون مذكورة في جدول العقد. توسيع هذه المنفعة أكثر لتشمل العجز الكلي والدائم (جراء حادث) والعجز الكلي (جراء حادث أو بسبب مرض) إذا تم اختياره.

مع ذلك لن تكون منفعة الوفاة أو العجز واجبة الدفع إذا شارك المؤمن على الحياة بنشاط في أي حرب (سواء أعلنت أو لم تعلن) أو حرب أهلية، تمرد، ثورة، عصيان مسلح، مؤامرة، سلطة عسكرية أو غاصبة، أحكام عسكرية أو حالة حصار، شغب، عمل إرهابي، قرصنة، اضطرابات مدنية أو أفعال عنيفة أخرى تنشأ عن أي عدم استقرار سياسي أو مدني. إن الإرهاب (المشكوك فيه أو الثابت) سيكون مفهومًا بأنه يشمل نتائج أخذ الرهائن وإطلاق النار من السيارات المارة وزرع القنابل وأي أشكال أخرى من العنف الجسmany، أو إذا سافر المؤمن على حياته إلى العراق أو أفغانستان أو دولة بعد أن تم إعلان الحرب فيها أو بعد اعتراف منظمة الأمم المتحدة بأنها منطقة حرب أو حيث توجد عمليات شبه حربية، أو تتطوي على أسلحة نووية أو بيولوجية أو كيمائية.

6- رسوم العقد:

6.1 Benefit Charges: On the Commencement Date of the Policy and then on a monthly basis the Company shall deduct Benefit Charges to pay for the life cover and other rider benefits (if opted).

The Benefit Charges shall be recovered by cancelling units held in various funds against the Policy and the numbers of such units cancelled in each fund shall be determined so that, the value of units are in proportion to the value of units held in each Fund and at the latest valuation price held in the system.

6.2 Policy Administrative Fee: An Administrative Charge (as shown in the Policy Schedule) shall be realised at the beginning of each policy month by cancelling Units required to meet such charges.

6.3 Fund Management Charge: Fund management charges shall depend on the fund selected and shall be realised at the end of each policy month by cancelling Units.

6.4 Surrender Charge: In case the policy is surrendered before the payment term opted for is over, surrender charges shall apply. The Surrender Charges are provided as part of the Policy Schedule.

7 Premium Allocation

Premium Allocation will be based on the Payment Term and the Policy Year for which the premium is paid and net of applicable taxes (if any). Premium Allocation Table is provided as part of the Policy Schedule.

8 Investment Funds/Units

8.1 External Funds: The Company shall identify External Funds to which the value of benefits of the Policy will be linked. Investment in any Fund shall be made on the valuation date of the Fund following the date on which the Company allocates amounts to be invested in such Fund. Similarly, divestment from any Fund shall be made on the valuation date of the Fund following the date on which the amount to be realized or the number of units to be divested is determined. The Company shall communicate the amount to be invested/divested to the relevant fund managers (in aggregate for all policies for which allocations are being made to that fund on any day) and will, on receipt of such intimation from the fund managers as to the price at which units in the fund were acquired, use the price to allocate units to individual policies.

8.2 Internal Funds: The Company may also maintain one or more Internal Funds. Each such Fund shall comprise of separate and identifiable assets and liabilities relating to the Company which the Company shall distinctly identify as relating to the Fund, such identification shall be solely for the purpose of quantifying amounts defined by reference to Units of the Fund. No asset or liability shall be identified to more than one Fund. The Units are units of measurement only, and the Policyholder and Beneficiaries under the Policy shall have no beneficial interest whatsoever in the assets of the Fund.

8.3 Valuation of Funds: The valuation of each Investment Fund shall be made as per the valuation norms prescribed by the Company and the relevant Fund Management Company. The Company/ the Fund Management Company will value the Investment Funds on Weekly basis. However, the Company and/ or its Fund Management Company reserve the right to change the frequency.

1-6 رسوم المنفعة: تخصم الشركة في تاريخ بداية العقد وبعد ذلك على أساس شهري رسوم المنفعة لدفع الغطاء على الحياة ومنافع الملحق الأخرى (إذا تم اختيارها).

يتم استرداد رسوم المنفعة بإلغاء وحدات محفوظة في صناديق مختلفة مقابل العقد، وتتحدد أعداد تلك الوحدات الملغية في كل صندوق بحيث تكون قيمة الوحدات الملغية بالتناسب مع قيمة الوحدات المحفوظة في كل صندوق وبآخر سعر تقييم محفوظ في النظام.

6-2 الرسوم الإدارية للبوليصة: سيتم تحصل رسم إداري (كما يظهر في جدول العقد) في بداية كل شهر للعقد وذلك بإلغاء الوحدات المطلوبة للوفاء بهذه الرسوم.

6-3 رسوم إدارة الصندوق: تعتمد رسوم إدارة الصندوق على الصندوق المختار وسيتم تحصيلها في نهاية كل شهر للعقد وذلك بإلغاء وحدات.

6-4 رسوم التصفية: في حالة تصفية العقد قبل انتهاء فترة الدفع المختارة، تطبق رسوم التصفية. مرفق طيه جدول رسوم التصفية جنباً إلى جنب مع مستند هذا العقد.

7- تخصيص القسط:

يكون تخصيص القسط بناءً على مدة الدفع وسنة العقد التي يتم دفع القسط حولها، صافي دون الضرائب المطبقة (إن وجدت). ومرفق طيه جدول تخصيص القسط على أنه جزء من ملحق العقد.

8- صناديق / وحدات الاستثمار:

8-1 الصناديق الخارجية: ستقوم الشركة بتحديد الصناديق الخارجية التي سترتبط بها قيمة منافع العقد، وسيتم الاستثمار في أي صندوق في تاريخ تقييم الصندوق التالي للتاريخ الذي تخصص فيه الشركة المبالغ التي ستسئم في ذلك الصندوق. بالمثل سيتم التخلص من أي صندوق في تاريخ تقييم الصندوق التالي للتاريخ الذي يتغير فيه المبلغ المفروض تتحققه أو عدد الوحدات التي سيتم التخلص منها. تقوم الشركة بإبلاغ مدراء الصناديق المعنية بالمبلغ الذي سيتم استثماره/ التخلص منه (بالمجموع لكافه العقود التي يتم عمل تخصيصات لها لذلك الصندوق في أي يوم) وستقوم عند استلام إبلاغ من مدراء الصناديق حول السعر الذي تم به الحصول على وحدات في الصندوق، باستخدام السعر لتخصيص وحدات لعقود فردية.

8-2 الصناديق الداخلية: يجوز للشركة كذلك الاحتفاظ بصناديق داخلي واحد أو أكثر، ويشتمل كل صندوق من ذلك على أصول والتزامات منفصلة وقابلة للتحديد تتعلق بالشركة والتي ستقوم الشركة بتحديدها على وجه الدقة على أنها تتصل بالصندوق. يكون ذلك التحديد فقط لغرض التوصل إلى مقدار المبالغ التي تم تعريفها بالإشارة إلى وحدات الصندوق، ولا يجوز تحديد أي أصل أو التزام لأكثر من صندوق واحد. إن الوحدات هي وحدات قياس فقط ولا يكون لحامل العقد أو المستفيدين بموجب العقد أي مصلحة منفعة أياً كانت في أصول الصندوق.

8-3 تقييم الصناديق: سيتم تقييم كل صندوق استثمار طبقاً لقواعد التقييم التي تحددها الشركة وشركة إدارة الصندوق المعنى. ستقوم الشركة/ شركة إدارة الصندوق بتقييم صناديق الاستثمار على أساس أسبوعي، مع ذلك تحفظ الشركة وأو شركة إدارة الصندوق بالحق في تغيير الفوائل الزمنية أو تقريب مدتها.

- 8.4 Addition of Investment Funds:** The Company may from time to time create/ add new Investment Funds with different charges and make it available. All Policy terms and conditions will apply to such new Investment Funds unless stated otherwise.
- 8.5 Closure of Investment Funds:** The Company reserves the right to close any Investment Fund at any time giving one month's written notice of its intention to close the Investment Fund and from the date of such closure, the Company will also cease to create or cancel Units in the said Investment Fund. Closure of Investment Fund will be on the happening of an event which in the sole opinion of the Company requires the said Investment Fund to be closed. The Policyholder who has invested in the Closing Investment Fund has to replace it with another Investment Fund/s in the format specified by the Company and before the date specified in the written notice of the Company. Upon receiving the confirmation from the policyholder, units in the Closing Investment Fund allocated to the Policy will be cancelled on the last Valuation date of the Closing Investment Fund.
- If the Company has not received the confirmation for modification of the Investment Fund allocation before the closure of the Investment Fund, the Company will:
- Switch the funds from the Closing Investment Fund to the most conservative Investment Fund then available; and
 - Change the Allocation Proportion in such a way that the percentage of allocation of premium to the Closing Investment Fund is added to the most conservative Investment Fund then available.
- 8.6 Fund Switches:** The Policyholder may request the Company to switch investment from one Fund to other Fund(s), the amount to be switched from any Fund being specified either in terms of units or as an amount. Upon receipt of such request the Company will carry out such transaction in two stages. In the first stage the Company will divest the amount invested in the Fund(s) from which the investment is to be switched, this being done on the valuation date of such Fund(s) following the date of receipt of the switch request. Once the amounts realized from encashing units has been determined, orders will be placed to acquire units in the Fund(s) to which the investment is to be switched, such acquisition being made at the valuation date of each Fund following the date on which the amount realized from encashing units has been determined.
- The charges applicable for switches between the Funds or Strategies are given in the Policy Schedule.
- 8.7 Allocation of Units:** The Investment Allocation in respect of any Premium paid shall be calculated as per the Allocation Table as part of the Policy Schedule. The Investment Allocation for each Fund shall be the Investment Allocation multiplied by the Investment Allocation proportion related to the Fund as given in the Policy Schedule or as modified from time to time. The Unit Allocation for each Fund shall be calculated by dividing the Investment Allocation for that Fund, by the unit price of the Fund on the Valuation Date following the date of receipt of the Premium (or from the date of realization of cheques, drafts or other instruments, if later), the result being rounded to the next lower one-hundredth part of a Unit.
- 8.8 Adhoc Premiums:** The number of Units allocated to the Policy in respect of each Adhoc Premium paid shall be calculated by dividing, the Adhoc Premium less Allocation Charge as applicable for Adhoc Premium, as shown in the Policy Schedule, by the unit price on the Valuation Date following the date of receipt of Adhoc Premium (or from the date of realization of cheques, drafts or other instruments, if later), the result being rounded to the next lower one-hundredth part of a Unit.
- The Adhoc Premiums will increase the Fund Value, but will not affect the Sum Assured. The payment of Adhoc Premiums will have no effect on the contractual position of the Premiums under the Policy. The amount of Adhoc Premium at any time, on or after the date of commencement, is subject to minimum limit as determined by the Company from time to time.
- 4-8 إضافة صناديق استثمار:** يجوز للشركة من حين لآخر إنشاء/ إضافة صناديق استثمار جديدة برسوم مختلفة وتقديمها، وتنتهي كافية شروط وأحكام العقد على صناديق الاستثمار الجديدة هذه إلا إذا تم تحديد خلاف ذلك.
- 5-8 إغلاق صناديق الاستثمار:** تحتفظ الشركة بالحق في إغلاق أي صندوق استثمار في أي وقت بموجب إشعار خطى ترسله قبل شهر واحد عن نيتها في إغلاق صندوق الاستثمار، ومن تاريخ ذلك الإغلاق تتوقف الشركة عن إنشاء أو إلغاء وحدات في صندوق الاستثمار المذكور، سيكون إغلاق أي صندوق استثمار عند وقوع حدث يكون في رأي الشركة وحدها بأنه يستدعي إغلاق صندوق الاستثمار المذكور، ويكون على حامل العقد الذي استثمر في صندوق الاستثمار قيد الإغلاق أن يبذل بصفة أخرى/ صناديق أخرى بالشكل الذي تحدده الشركة وقبل التاريخ المحدد في الإشعار الخطى المرسل منها، عند استلام التأكيد من حامل العقد، سيتم إلغاء الوحدات في صندوق الاستثمار قيد الإغلاق المخصصة للعقد وذلك في تاريخ التقييم الأخير لصندوق الاستثمار قيد الإغلاق.
- إذا لم تستلم الشركة التأكيد المذكور أعلاه حول تعديل عملية تخصيص صندوق الاستثمار قبل إغلاق صندوق الاستثمار، ستقوم الشركة:
- تحويل الأموال من صندوق الاستثمار قيد الإغلاق إلى أكثر صندوق استثمار محافظ يكون متوفراً آنذاك.
 - تغيير نسبة التخصيص بتلك الطريقة التي تضاف فيها النسبة المئوية لتخصيص القسط لصندوق الاستثمار قيد الإغلاق إلى أكثر صندوق استثمار محافظ متوفراً آنذاك.
- 6-8 التحويلات بين الصناديق:** يجوز لحامل العقد أن يطلب من الشركة تحويل استثمار من صندوق إلى صندوق آخر (صناديق أخرى) وسيكون المبلغ الذي يتم تحويله من أي صندوق محدداً أما بالوحدات أو بمحلي. عند استلامها مثل ذلك الطلب تولى الشركة تنفيذ المعاملة على مرحلتين، في المرحلة الأولى تخلص الشركة من المبلغ المستثمر في الصندوق الذي (الصناديق التي) سيتم تحويل الاستثمار منها، ويتم ذلك في تاريخ تقييم ذلك الصندوق (تلك الصناديق) التالي لتأريخ استلام طلباً لتحويل. فور تحديد المبالغ المتحققة من صرف الوحدات نقداً، سيتم تقديم طلبات للحصول على وحدات في الصندوق الذي (الصناديق التي) سيتحول إليها الاستثمار، على أن يجري ذلك الاملاك في تاريخ تقييم كل صندوق التالي للتاريخ الذي تحدد فيه المبالغ المتحققة من صرف الوحدات إلى نقد.
- يظهر الرسم المطبق على التحويلات ما بين الصناديق أو الاستراتيجيات في جدول العقد.
- 7-8 تخصيص الوحدات:** سيتم احتساب تخصيص الاستثمار فيما يتعلق بأي قسط مدفوع طبقاً لجدول التخصيص كجزء من ملحق العقد، سيكون تخصيص الاستثمار لكل صندوق هو تخصيص الاستثمار مضروباً بنسبة تخصيص الاستثمار المتعلقة بالصندوق كما وردت في جدول العقد أو كمان تعدل من حين لآخر، سيتم احتساب تخصيص الوحدة لكل صندوق بقسمة تخصيص الاستثمار لذلك الصندوق على سعر الوحدة في الصندوق في تاريخ التقييم التالي لتأريخ استلام القسط (أو تاريخ صرف مبالغ الشيكات أو الحوالات أو الأدوات الأخرى، إذا كان لاحقاً) وإكمال الناتج إلى الجزء التالي الأقل من واحد بالمائة من وحدة.
- 8-8 الأقساط الخاصة:** سيتم احتساب عدد الوحدات المخصصة للعقد فيما يتعلق بكل قسط خاص مدفوع بقسمة القسط الخاص ناقص رسم التخصيص المطبق على القسط الخاص كما هو ظاهر في جدول العقد على سعر الوحدة في تاريخ التقييم التالي لاستلام القسط الخاص (أو من تاريخ صرف مبالغ الشيكات أو الحوالات أو الأدوات الأخرى، إذا كان لاحقاً) وإكمال الناتج إلى الجزء التالي الأقل من واحد بالمائة من وحدة.
- أن الأقساط الخاصة ستزيد من قيمة الوثيقة، لكنها لن تؤثر على مبلغ التأمين. إن سداد الأقساط الخاصة لن يؤثر على الوضع التعاوني للأقساط المنتظمة بموجب الوثيقة وبخضوع مبلغ القسط الخاص في أي وقت أو بعد تاريخ البدء للحد الأدنى الذي تقرره الشركة من وقت لآخر.

- 8.9 Partial Withdrawals:** After the Policy has completed a period of 2 years, the Life Assured is eligible to withdraw an amount up to 80% of the Surrender value. Partial withdrawals will reduce the Fund Value and shall involve redemption of Units and also attract surrender charges as applicable.
- 8.10 Surrender:** The Policy may be surrendered any time after the free look period. The Fund Value after deducting the applicable Surrender Charges (if any) shall be payable to the Life Assured. The Policy will be terminated, and no further benefits shall be available from the date of receipt of the Surrender request.
- 8.11 Cut-Off Date/ Time:** All the premiums received on or before the "Cut-Off" Date/ Time for the Valuation Date of the Fund/s will be allocated on the Valuation Date; and premiums received after the "Cut-Off" Date/ Time shall be allocated on the Next Valuation Date.
- Cancellation of Units in respect of switch, partial withdrawal, surrender, maturity and/ or claims received before the "Cut-Off" Date/ Time for the Valuation Date of the Fund/s will be processed on the Valuation Date; and requests received after the "Cut-Off" Date/ Time will be processed on the Next Valuation Date.
- 9 Change of Name, Address or Contact Details:** The Company will use the address shown in the application form for all correspondence until it is notified otherwise. The Policyholder must inform the Company in writing of any change in name, address, contact details or change of residency of the Life Assured outside the United Arab Emirates. The Company may require documentary evidence to substantiate such a change.
- 10 Misstatement, Misdescription and Non-Disclosure:** of any material fact or circumstances in connection with this policy, a claim or the application for this policy may result in this policy being cancelled, premium paid forfeited and a claim rejected, or the policy made void from the Commencement Date.
- In the event that a benefit has been paid as a result of any misrepresentation, non-disclosure, misdescription or fraudulent action by the Life Assured or by any person claiming any benefit under this policy, such person will be required to repay or return to the company the benefit paid. The Company shall be entitled to take legal action to recover the benefit and any costs involved.
- 11 Data Transfer:** The Life Assured provide the Company with his unambiguous consent to process, share, transfer and/ or disclose the personal data of the Life Assured or any other party to this contract, howsoever obtained, to any recipient within or outside the country, for issuance and servicing of the policy or to process, evaluate, investigate, analyses and settle the claims and to comply with any legal and regulatory obligations to which the Company is subject to.
- 12 Conformity with Statutes:** Any provision of the policy which, on the Commencement Date, is in conflict with statutes of the jurisdiction in which the policy is issued, is hereby amended to conform to the minimum requirements of such statutes.
- 13 Language:** In case of differences over the interpretation of the policy in different languages, the Arabic text shall prevail
- 9-8 السحبات الجزئية:** بعد إتمام العقد فترة سنتين بتأهل المؤمن على الحياة لسحب مبلغ يصل إلى 80% من القيمة الاستردادية، وستخفيض السحبات الجزئية من قيمة الصندوق. يوقع العميل اتفاقية قرض وتنطوي السحبات الجزئية على استرداد وحدات تؤدي إلى فرض رسوم تصفية حسب ما ينطبق.
- 8-11 التصفية:** يجوز تصفية هذا العقد في أي وقت بعد فترة المراجعة المجانية، وتكون قيمة الصندوق بعد خصم رسوم التصفية المطبقة (إن وجدت) واجبة الدفع إلى المؤمن على الحياة كما سيتم إنهاء العقد ولن توفر المزيد من المنافع اعتباراً من تاريخ استلام طلب التصفية.
- 8-12 تاريخ/ وقت الانتهاء:** إن كافة الأقساط المستلمة في أو قبل تاريخ/ وقت انتهاء تقييم الصندوق (الصناديق) سيتم تخصيصها في تاريخ التقييم، وسيتم تخصيص الأقساط المستلمة بعد تاريخ/ وقت الانتهاء في تاريخ التقييم التالي.
- إن إلغاء الوحدات بالنسبة للتحويل أو السحب الجزئي أو التصفية أو الاستحقاق وأو المطالبات المستلمة قبل تاريخ/ وقت انتهاء تاريخ تقييم الصندوق (الصناديق) سيتم فرزها في تاريخ التقييم، والطلبات المستلمة بعد تاريخ/ وقت الانتهاء سيتم فرزها في تاريخ التقييم التالي.
- 9- تغيير الاسم أو العنوان أو بيانات الاتصال:** تستخدم الشركة العنوان الموضح في استمارة الطلب في جميع المراسلات إلى أن تخطر بغير ذلك. وعلى حامل البوليصة إبلاغ الشركة كتابياً بأى تغيير في الاسم أو العنوان أو بيانات الاتصال أو نقل مكان إقامة المؤمن عليه خارج دولة الإمارات العربية المتحدة. ويجوز للشركة أن تطلب أدلة مستندية ثبتت هذا التغيير.
- 10- التزوير والوصف الخاطئ وعدم الإفصاح:** عن أي حقيقة أو ظروف جوهرية تتعلق بهذه البوليصة وقد تؤدي المطالبة بهذه البوليصة أو التقدم بطلب إصدارها إلى إغائها أو مصادر قسط التأمين المدفوع ورفض المطالبة أو أن تصبح البوليصة باطلة من تاريخ البدء.
- وفي حالة دفع أي منفعة نتيجة لأى عملية تزوير أو عدم إفصاح أو وصف خاطئ أو عمل احتيالي من جانب المؤمن عليه أو من جانب الشخص المطالب بأى منفعة بموجب هذه البوليصة، فسيكون مطلوباً من هذا الشخص أو يعيد سداد المنفعة المدفوعة أو يردها إلى الشركة. ويتحقق للشركة اتخاذ أي إجراء قانوني لاسترداد المنفعة وأى تكاليف متضمنة.
- 11- نقل البيانات:** يبدي المؤمن عليه للشركة موافقته التامة على معالجة البيانات الشخصية للمؤمن عليه أو أي طرف آخر في هذا العقد ومشاركتها ونقلها و / أو الإفصاح عنها، كييفما كان الحصول عليها، إلى أي مستلم داخل البلد أو خارجه، لغرض إصدار البوليصة أو إرسالها أو لغرض معالجة المطالبات وتقديرها والتحقيق فيها وتحليلها وتسويتها وللامتنال لأى التزامات قانونية وتنظيمية تخضع لها الشركة.
- 12- المطابقة مع النظام الأساسي:** يُعدّل أي حكم من أحكام البوليصة يتعارض، في تاريخ البدء، مع قوانين دائرة الاختصاص التي أصدرت فيها البوليصة، ليتوافق مع الحد الأدنى من متطلبات هذه القوانين.
- 13- اللغة:** في حالة وجود خلاف على تفسير البوليصة بلغات مختلفة، يكون للنص العربي السيادة على النصوص الأخرى.

14 Sanction Clause: Notwithstanding any other terms under this insurance contract, no insurer shall be deemed to provide coverage or will make any payments or provide any service or benefit to any life assured or other party to the extent that such cover, payment, service, benefit and/or any business or activity of the life assured would violate any applicable trade or economic sanctions law or regulations of the United Nations, European Union, the United Kingdom, United States of America and United Arab Emirates

15 Anti-Money Laundering Regulations

The Policyholder/ Life Assured should provide any information or documents to comply with the Anti-Money Laundering Regulations of United Arab Emirates or any other jurisdiction where the Investment Fund is created. The Company can proceed with the allocation of premiums or payment of any amounts due to the Life Assured or his representative only if the information provided complies with the relevant Regulations. Failure to provide such information will delay or prohibit the allocation of premiums or payments due to the Policyholder or his representative.

16 Force Majeure: No liability shall arise if the Company is prevented from fulfilling its obligations under the Policy by reason of any circumstances beyond its reasonable control which could be construed as a force majeure event under applicable laws including, without limitation (an act of God, war, national emergency, fire, flood, earthquake, strike or industrial action or other events of a similar or different kind) the ‘force majeure event’. On the occurrence of a force majeure event the Company shall be excused for a period equal to the delay resulting from the force majeure event and such additional period as may be reasonably necessary to allow the Company to resume its performance

17 Legal Actions: No action at law or in equity shall be brought to recover on the policy prior to the expiration of sixty (60) days after written proof of loss has been furnished in accordance with the requirements of the policy. No such action shall be brought after the expiration of three (3) years after the time written proof of loss is required to be furnished.

18 CLAIMS PROCEDURE

Intimation of Claims

All claims under this Policy should be notified in writing to the Company within the time specified as under:

- a) Death Claims: Written notice to the Company as soon as reasonably practical but not later than 90 days from date of event
- b) Critical Illness Claims: Within 60 days from the date of diagnose of the covered illness
- c) Permanent Total Disability Claims: Within 60 days from the date of event resulting in disability
- d) Hospital Cash Benefit claims: Within 30 days from the date of hospitalization

14- بند الغرامات: بغض النظر عن أي شروط أخرى بموجب عقد التأمين المذكور أعلاه، لا يعتبر من واجب شركة التأمين توفير غطاء تأميني أو دفع أي مدفوعات أو تقديم أي خدمات أو مزايا لأي شخص مؤمن عليه أو لأي طرف آخر. إلى الحد الأقصى لهذه التغطية والمدفوعات والخدمات والمزايا و / أو أي عمل أو نشاط للمؤمن عليه في انتهاءك لأي قوانين أو لوائح عقوبات تجارية أو اقتصادية سارية في الأمم المتحدة والمملكة المتحدة والولايات المتحدة الأمريكية والإمارات العربية المتحدة.

15- لواحة مكافحة غسيل الأموال: يكون على حامل العقد/ المؤمن على الحياة تقديم أي معلومات أو مستندات للالتزام بلوائح مكافحة غسل الأموال في دولة الإمارات العربية المتحدة أو في أي منطقة اختصاص قضائي ينشأ فيها صندوق (صنايديق) الاستثمار، يمكن للشركة أن تباشر عملية تخصيص الأقساط أو دفع أي مبالغ مستحقة للمؤمن على الحياة أو ممتهله، وذلك فقط عندما تكون المعلومات المقدمة ملزمة اللواحة، كما أن الفشل في تقديم تلك المعلومات سيؤخر أو يمنع تخصيص الأقساط المستحقة لحامل العقد أو ممتهله.

16- القوة القاهرة: لن تنشأ أي مسؤولية على الشركة إذا منعت الشركة من الوفاء بالتزاماتها بموجب البوليصة بسبب أي ظروف خارجة عن نطاق سيطرتها المعقوله الأمر الذي يمكن أن يفسر على أنه حدث قوة قاهرة بموجب القوانين المعمول، وتشمل أحداث القوة القاهرة، على سبيل المثال لا الحصر (أحداث القضاء والقدر وال الحرب وحالات الطوارئ الوطنية والحرائق والفيضانات والزلزال والإضطرابات أو الإجراءات النقابية أو الأحداث الأخرى المماثلة أو المختلفة). وفي حالة وقوع حدث قوة القاهرة، تعفي الشركة لمدة تساوي مدة التأخير الناجم عن حدث القوة القاهرة وتُنْمِنَ الشركة مدة إضافية حسب الضرورة وبدرجة معقولة للسماح للشركة باستئناف أدائها.

17- الإجراءات القانونية: لا يجوز رفع أي دعوى قضائية أو دعوى بشأن تحقيق المساواة لاسترداد البوليصة قبل انقضاء ستين (60) يوماً من تقديم إثبات كتابي بالخسارة وفقاً لمتطلبات البوليصة. ولا يجوز رفع هذه الدعوى بعد انقضاء ثلاث (3) سنوات من وقت تقديم إثبات كتابي بالخسارة.

إجراءات المطالبات

الإشعار بالمطالبات

يجب إخطار الشركة كتاباً بجميع المطالبات بموجب هذه البوليصة في غضون الوقت المحدد على النحو التالي:

- أ) مطالبات الوفاة : إشعار كتابي فوري للشركة في موعد أقصاه 90 يوماً من تاريخ الحدث.
- ب) الأمراض الخطيرة: في غضون 60 يوماً من تاريخ تشخيص المرض المشمول بالتغطية.
- ج) العجز المستديم والكلي: في غضون 60 يوماً من تاريخ الحدث الذي أدى إلى العجز.
- د) استحقاق دخول المستشفى: في غضون 30 يوماً من تاريخ دخول المستشفى.

The Life Assured/ Beneficiary should submit the complete claim documents to the Company within 90 days of the notification period allowed.

وعلى المؤمن عليه / المستفيد تقديم وثائق المطالبة كاملة إلى الشركة في غضون 90 يوماً من فترة الإشعار المسمو به.

Whilst any claim is being assessed, the Policyholder must continue making premium payments on the Policy to avoid the risk of the Policy lapsing.

أثناء تقييم أي مطالبة، يجب على حامل البوليصةمواصلة سداد أقساط التأمين المستحقة بموجب البوليصة لتفادي مخاطر انقضاء البوليصة.

The Policyholder or his representative shall complete the standard claim form issued by the Company and produced at no cost to the Company with such evidence to substantiate the claim to the satisfaction of the Company as they may reasonably require.

كما يجب على حامل البوليصة أو من يمثله ملء استمارة المطالبة الموحد الصادرة عن الشركة والتي تقدم مجاناً إلى الشركة مع الأدلة التي ثبتت المطالبة بصورة الشريعة على النحو الذي قد تطلبه بدرجة معقولة.

يقدم حامل البوليصة أو من يمثله الوثائق الإضافية التالية:

The Policyholder or his representative shall submit the following additional documents with respect to:

a) DEATH CLAIMS:

أ) مطالبات الوفاة:

Death occurring in United Arab Emirates:

- i. Original death certificate
- ii. Proof of identity of the Policyholder and Life Assured and the claimant (if different from the Policyholder)
- iii. Wherever legally possible, a postmortem report will be required, along with a police report if death was due to an accident.
- iv. A detailed medical report is to be submitted if the actual cause of death is not clearly mentioned on the death certificate.
- v. Any other documents pertaining to the claim which the Company may require.

الوفاة التي تحدث داخل دولة الإمارات العربية المتحدة:

- i. أصلية شهادة الوفاة
- ii. إثبات هوية حامل البوليصة والمؤمن عليه ومقدم المطالبة (إذا كان مختلفاً عن حامل البوليصة)
- iii. حيئماً أمكن من الناحية القانونية، يُطلب تقديم تقرير تشريح الجثة، إلى جانب محضر الشرطة إذا كانت الوفاة ناتجة عن حادث.
- iv. يُقدم تقرير طبي مفصل إذا لم يذكر سبب الوفاة الفعلي بوضوح في شهادة الوفاة.
- v. أية وثائق أخرى تخص المطالبة حسب متطلبات الشركة.

Death occurring outside United Arab Emirates

الوفاة التي تحدث خارج دولة الإمارات العربية المتحدة:

- i. The original death certificate must be submitted duly notarized and attested by the UAE Embassy in the country where death took place. Subsequently the same should be attested by the Embassy of the same country in the UAE and Ministry of Foreign Affairs, United Arab Emirates.
- ii. Proof of identity of the Policyholder and Life Assured and the claimant (if different from the Policyholder)
- iii. Wherever legally possible, a postmortem report will be required, along with a police report if death was due to an accident.
- iv. A detailed medical report is to be submitted if the actual cause of death is not clearly mentioned on the death certificate
- v. Airway Bill and copy of Payment Receipt of Freight Charges for Repatriation Cost claim
- vi. Any other documents pertaining to the claim which the Company may require.

- .i. لـ الشهادة الأصلية مصدقة ومعتمدة من سفارة عمان في الدولة التي حدثت فيها الوفاة. ثم يتم تصدق شهادة الوفاة من قبل سفارة تلك الدولة في دولة الإمارات العربية المتحدة ووزارة الخارجية الإماراتية.
- .ii. م) التتحقق من هوية حامل الوثيقة والمؤمن عليه والمطالب (إذا كان مختلفاً عن حامل الوثيقة)
- .iii. ن) إذا كان ذلك ممكناً من الناحية القانونية ، يجب تقديم تقرير فحص الجسم ، إلى جانب تقرير الشرطة ، إذا كانت الوفاة ناجمة عن حادث.
- .iv. س) يتم تقديم تقرير طبي مفصل إذا لم يذكر سبب الوفاة بوضوح في شهادة الوفاة.
- .v. ع) وثيقة التأمين الأصلية.
- .vi. ف) أي مستندات أخرى قد تطلبها الشركة فيما يتعلق بالمطالبة.

b) **DISABILITY CLAIMS (Permanent Total Disability)**

- i. Original full and complete medical report showing diagnosis, future prognosis and specifying any percentage of disability from the treating doctor or hospital/clinic.
- ii. Original discharge summary if in-hospitalization was involved from the treating doctor or hospital.
- iii. Original copies of results of any diagnostic tests.
- iv. Copy of the police report
- v. Proof of identity of the Policyholder and Life Assured and the claimant (if different from the Policyholder)
- vi. Any other documents pertaining to the claim which the Company may require.

c) **CRITICAL ILLNESS/ TERMINAL ILLNESS**

- i. Claim Form duly filled and signed by the policyholder along with treating physician signature and stamp.
- ii. Proof of identity of the Policyholder and Life Assured and the claimant (if different from the Policyholder)
- iii. Original full and complete medical report showing diagnosis, future prognosis and specifying any percentage of disability from the treating doctor or hospital/clinic.
- iv. Original discharge summary if in-hospitalization was involved from the treating doctor or hospital.
- v. Original copies of results of any diagnostic tests.
- vi. Copy of the police report (in case of Accident)
- vii. Any other documents pertaining to the claim which the Company may require.

The Company may, if need be, insist on the above claim documents to be provided in original for verification.

19 General Exclusions:

The following general exclusions are applicable on main plan & opted riders.

- 19.1 Flying in any form of aircraft, unless the insured is travelling as fare-paying Passengers in a civilian aircraft which is certified for transporting passengers.
- 19.2 The insured actively participates in war, rebellion, anarchy, sabotage and the intensity events are defined as a crime or actively participates in illegal events causing illnesses/ accidents which is covered by the policy.

ب) فيما يتعلق بمنافع العجز (العجز الكلي المستديم الناجم عن الحوادث / المرض):

- a. التقرير الطبي الأصلي الكامل الذي يوضح التشخيص الحالي وتوقعات سير المرض وتحديد أي نسبة من حالات العجز من الطبيب المعالج أو المستشفى / العيادة.
- ii. ملخص أصلي كامل بخروج المؤمن عليه من المستشفى إذا كان قد دخل المستشفى بأمر من الطبيب المعالج أو من المستشفى.
- iii. نسخ أصلية من نتائج أي اختبارات تشخيص.
- iv. د) صورة من محضر الشرطة (إذا كانت الوفاة ناتجة عن حادث).
- هـ) إثبات هوية حامل البوليصة والمؤمن عليه ومقدم المطالبة (إذا كان مختلفاً عن حامل البوليصة)
- و) أي وثائق أخرى قد تطلبها الشركة فيما يتعلق بالمطالبة.

ج) فيما يتعلق بالأمراض الخطيرة

- أـ) استمارة مطالبة معبأة وموقعة من حامل البوليصة إلى جانب توقيع الطبيب المعالج وخاتمه .
- بـ-ب) إثبات هوية حامل البوليصة والمؤمن عليه ومقدم المطالبة (إذا كان مختلفاً عن حامل البوليصة)
- جـ-ج) التقرير الطبي الأصلي الكامل الذي يوضح التشخيص الحالي وتوقعات سير المرض وتحديد أي نسبة من حالات العجز من الطبيب المعالج أو المستشفى / العيادة.
- دـ-د) ملخص أصلي كامل بخروج المؤمن عليه من المستشفى إذا كان قد دخل المستشفى بأمر من الطبيب المعالج أو من المستشفى.
- هـ-هـ) نسخ أصلية من نتائج أي اختبارات تشخيص.
- وـ-وـ) صورة من محضر الشرطة (في حالات الحوادث).
- زـ-زـ) أي وثائق أخرى قد تطلبها الشركة فيما يتعلق بالمطالبة.

يجوز للشركة، إذا لزم الأمر، الإصرار على تقديم أصول وثائق المطالبة الواردة أعلاه للتحقق منها.

19- الاستثناءات العامة:

تطبق الاستثناءات العامة التالية على الخطة الرئيسية والمنافع الإضافية المختارة

- 19.1 الطيران في أي شكل من الطائرات إلا إذا كان المؤمن على الحياة مسافراً كأحد ركاب طائرة مدنية لنقل الركاب مقابل دفع تذكرة طائرة معتمدة لذلك النقل.
- 19.2 مشاركة المؤمن على الحياة فعلياً في حرب أو تمرد أو فوضى أو تخريب وأن تعتبر الأحداث من شدتها بأنها جريمة، أو مشاركته في أحداث مخالفة للقانون تسبب أمراض / حوادث مغطاة بموجب العقد.

- 19.3 Chronic alcohol abuse or the use of drugs (excluding at doctor's prescriptions).
- 19.4 Illnesses or conditions which are mutations or variations of AIDS, HTLV and HIV.
- 19.5 Injury from nonconventional weapons (such as atomic, chemical or biological weapons) or from conventional ballistic missiles.
- 19.6 Nuclear fusion, nuclear fission, nuclear waste, where the illnesses and injuries stem from radioactive or ionizing radiation.
- 19.7 Any claim arising directly or indirectly from attempted suicide within 13 months from the Date of Commencement or reinstatement.
- 19.8 Deliberate participation of the insured person in an illegal or criminal act.
- 19.9 Injuries or diseases arising from professional sports, racing of any kind, scuba-diving, aerial flights (including bungee-jumping, hang-gliding, ballooning, parachuting and sky-diving) other than as a crew member or as a fare-paying passenger on a licensed commercial passenger aircraft operating in a regular scheduled route or any hazardous activities or sports unless agreed by special endorsement.
- 19.3 الإدمان المزمن على الكحول أو المخدرات (باستثناء ما يكون استخدامها بناءً على أوامر الطبيب).
- 19.4 الأمراض أو الحالات التي تكون تغيرات أو تحولات نتيجة لفيروس نقص المناعة المكتسبة والإيدز ([إتش في في إل]).
- 19.5 الإصابة من أسلحة غير تقليدية (مثل الأسلحة الذرية أو الكيماوية أو البيولوجية) أو من صواريخ بالستية تقليدية.
- 19.6 الانصهار النووي أو الانشطار النووي أو المخلفات النووية حيث تكون الأمراض والإصابات الناشئة عن التلوث الذري أو الأذون النشط.
- 19.7 أي مطالبة تنشأ مباشرةً أو غير مباشرةً من محاولة الانتحار خلال 13 شهراً من بعد تاريخ البدء.
- 19.8 المشاركة المتعتمدة من الشخص المؤمن في فعل غير قانوني أو جنائي.
- 19.9 الإصابات أو الأمراض الناشئة عن رياضات احترافية أو السباق من أي نوع أو الغطس (سكوبا) أو الرحلات الجوية (بما في ذلك القفز بالحبال) المرتبط من ارتفاع كبير والانحدار بالطائرة وركوب البالون (المنطاد) والقفز بالمظلة (الباراشوت) والقفز من الطائرة في الهواء غير ما يكون بالنسبة لأحد أفراد طاقم طائرة أو لراكب مسافر يذكره على متن طائرة تجارية مخصصة لنقل الركاب تعمل على خط ملاحي منتظم، أو أي أنشطة رياضية خطيرة إلا إذا تم الاتفاق عليها بظهير خاص.

20 HOW TO CONTACT US

If you have any questions or concerns about this policy or wish to make a claim, you should contact:

Customer Service Manager, Orient Insurance PJSC, Al Badia Business Park, Dubai Festival City, PO Box 27966, Dubai, United Arab Emirates.

Email: orient.service@alfuttaim.com,

Telephone: TOLL FREE 800-ORIENT (674368)

20- كيفية الاتصال بنا

إذا كانت لديك أي أسئلة أو استفسارات حول هذه البوليصة أو إذا كنت ترغب في تقديم مطالبة، اتصل على:
مدير خدمة العملاء، أورينت للتأمين ش.م.ع، مجمع البادية للأعمال، دبي فستيفال سيتي، ص.ب. 27966، دبي، الإمارات العربية المتحدة.

البريد الإلكتروني: orient.service@alfuttaim.com
 الهاتف: الرقم المجاني 800-أوريينت (674368)

21 COMPLAINTS PROCEDURE

Any questions or concerns regarding the operation of this policy or the handling of a claim should initially be addressed to: Customer Service Manager, Orient Insurance PJSC, Al Badia Business Park, Dubai Festival City, PO Box 27966, Dubai, United Arab Emirates. Email: orient.service@alfuttaim.com, Telephone: TOLL FREE 800-ORIENT (674368)

In case you are not satisfied with the response, please escalate to: Chief Operating Officer, Orient Insurance PJSC, Al Badia Business Park, Dubai Festival City, PO Box 27966, Dubai, United Arab Emirates. Email: Orient.Life@alfuttaim.com

If you are not satisfied with our response and you are resident in the United Arab Emirates, you may also have the right to refer your complaint to your regulator, listed below.

Insurance Authority P.O. Box 113332 Abu Dhabi United Arab Emirates
 Telephone: +971 2 499 0111, Website: www.ia.gov.ae

يُنصح في البداية توجيه أي أسئلة أو استفسارات تتعلق بإيقاف هذه البوليصة أو التعامل مع أي مطالبة إلى: مدير خدمة العملاء، أورينت للتأمين ش.م.ع، مجمع البادية للأعمال، دبي فستيفال سيتي، ص.ب. 27966، دبي، الإمارات العربية المتحدة. البريد الإلكتروني: orient.service@alfuttaim.com، الهاتف: رقم مجاني 800-أوريينت (674368)

وفي حالة عدم رضاك عن الرد، يرجى تصعيد الأمر إلى: الرئيس التنفيذي للعمليات، أورينت للتأمين ش.م.ع، مجمع البادية للأعمال، دبي فستيفال سيتي، ص.ب. 27966، دبي، الإمارات العربية المتحدة. البريد الإلكتروني: Orient.Life@alfuttaim.com

وإذا لم تكن راضياً عن ردنا وكانت مقيناً في دولة الإمارات العربية المتحدة، فيحق لك أيضاً أن تحيل شكواك إلى الجهة التنظيمية الخاصة بك المدرجة أدناه.

هيئة التأمين
 ص. ب. 113332، أبوظبي، الإمارات العربية المتحدة
 الهاتف: +971 2 499 0111
 الموقع الإلكتروني: www.ia.gov.ae



TOLL FREE 800-ORIENT (674368)
orient.service@alfuttaim.com
DUBAI | ABU DHABI | ALAIN | SHARJAH | RAS AL KHAIMAH

HIGHEST RATED INSURER IN THE MIDDLE EAST

An **Al-Futtaim group** company

SERVING CUSTOMERS SINCE 1982

FutureInvest Application Form

SECTION1: DETAILS OF PROPOSED LIFE (Primary Life)

القسم 1: معلومات عن طالب التأمين المقترح (الأساسي)

1. Personal Details:

Name of Life Assured (As in the Passport) Mr. Mrs. Miss الاسم (حسب جواز السفر) سيد سيدة انسة

Date of Birth	تاريخ الميلاد	Country of Birth	بلد الميلاد	Place of Birth	مكان الميلاد
Nationality	الجنسية	Gender	الجنس	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female
Country of Residence	بلد الإقامة	Marital Status	الحالة الاجتماعية	<input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> Widower(er) <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> امرأة	
Company Name	اسم الشركة	Average Monthly Income (AED)	معدل الدخل الشهري		

Occupation (please give exact nature of work including Industry)

"Please do not mention the data/information related to the occupation or duties". if applicant is deployed in Armed Forces"

If Housewife, please provide spouse individual life insurance details in USD
If Student, please provide parents total life insurance details in USD

إذا كانت مؤمنة على الحياة بغير منزل، يرجى تزويدنا بالبيانات الشخصية للتأمين على الحياة للزوج بالدولار الأمريكي
إذا كان المؤمن على الحياة طالباً، يرجى تزويدنا بالتفاصيل الكاملة للتأمين على الحياة للوالدين بالدولار الأمريكي

Purpose of Insurance

Address Details	العنوان بالتفصيل	Permanent Address	لعنوان الدائم	Correspondence Address	العنوان المعتمد للراسلات	Residence Address	عنوان السكن
Flat/Villa/Bldg#	شقة رقم						
Street	شارع						
P.O. Box	ص.ب						
City /Country	المدينة/البلد						
Telephone No	هاتف رقم						
Mobile No	جوال رقم						
Email 1	بريد الكتروني						
Email 2	بريد الكتروني						

1.1: DETAILS OF PROPOSED LIFE (Secondary Life)

القسم 1-1: معلومات عن طالب التأمين المقترح (الثانوي)

Name of Life Assured (As in the Passport) Mr. Mrs. Miss الاسم بالكامل (حسب جواز السفر) سيد سيدة انسة

Marital Status :	الحالة الاجتماعية	<input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> Widower(er)			
Date of Birth	تاريخ الميلاد	Country of Birth	بلد الميلاد	Place of Birth	مكان الميلاد
Nationality	الجنسية	Gender	الجنس	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female
Country of Residence	بلد الإقامة	Relation with Primary Life العلاقة مع المؤمن عليه الأساسية			
Company Name	اسم الشركة	Average Monthly Income (AED)	معدل الدخل الشهري		

Occupation (please give exact nature of work including Industry)
"Please do not mention the data/information related to the occupation or duties". if applicant is deployed in Armed Forces"

المهنة تفصيل (يرجى تحديد طبيعة العمل ومحاله)
يرجى عدم ذكر "أي بيانات/معلومات تتعلق بالمهمة والواجبات الوظيفية"
في حال كان المتقدم أحد منتسبي القوات المسلحة"

Address Details	العنوان بالتفصيل	Permanent Address	لعنوان الدائم	Correspondence Address	العنوان المعتمد للراسلات	Residence Address	عنوان السكن
Flat/Villa/Bldg#	شقة رقم						
Street	شارع						
P.O. Box	ص.ب						
City /Country	المدينة/البلد						
Telephone No	هاتف رقم						
Mobile No	جوال رقم						
Email 1	بريد الكتروني						
Email 2	بريد الكتروني						

1.2 معلومات عن حامل الوثيقة اذا كان مختلفاً عن الشخص المطلوب

Name of Policyholder (Incase policyholder is other than Life Assured)	<input type="checkbox"/> Same as Primary Life <input type="checkbox"/> Same as Secondary Life <input type="checkbox"/> Other	نفس الأساسي نفس الثانوي آخر	اسم حامل الوثيقة <input type="checkbox"/> سيد <input type="checkbox"/> انسنة	
Marital Status الحالة الاجتماعية :	<input type="checkbox"/> Single أعزب	<input type="checkbox"/> Married متزوج	<input type="checkbox"/> Divorced مطلق	<input type="checkbox"/> Widower(er) أرمل
Date of Birth تاريخ الميلاد		Country of Birth بلد الميلاد		Place of Birth مكان الميلاد
Nationality الجنسية		Gender الجنس	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female
Country of Residence بلد الإقامة		Relation with Primary Life العلاقة مع المؤمن عليه الأساسي		
Company Name اسم الشركة		Average Monthly Income (AED) معدل الدخل الشهري		
المهنة تفصيل (يرجى تحديد طبيعة العمل ومحاله) <small>"Please do not mention the data/information related to the occupation or duties" if applicant is deployed in Armed Forces"</small>				
Address Details العنوان بالتفصيل	Permanent Address لعنوان الدائم	Correspondence Address العنوان المعتمد للمراسلات	Residence Address عنوان السكن	
Flat /Villa/Bldg# شقة رقم				
Street شارع				
P.O. Box ص.ب				
City /Country المدينة/ البلد				
Telephone No هاتف رقم				
Mobile No جوال رقم				
Email 1 بريد الكتروني				

1.3. Source of Wealth مصدر الثروة	Policy Holder حامل عقد التأمين	Payor (If other than Life Assured/ Policy Holder) الدافع (إذا كان غير ذلك فهو المؤمن عليه على الحياة / حامل البوليصة)			
Source of Income مصدر الدخل	AED/USD	Amount (Annually) المبلغ (سنويًا)	AED/USD	Amount (Annually) المبلغ (سنويًا)	
Salary					
Business Income					
Property Sale					
Proceeds from Shares and Investment Holdings					
Others (Please Specify)					
Total					

2. PLAN DETAILS (Please tick relevant box) ٢- تفاصيل الخطة (يرجى التأشير في الخلية ذات الصلة)

Savings مدخرات	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	Protection الحماية	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E
Primary Life Sum Assured مبلغ الحياة الأساسية مضمون				Policy Term مدة العقد		
Secondary Life Sum Assured مبلغ الحياة الثانوية مضمون	25% of Primary Life Sum Assured ـ 25٪ ضمان الأساسية الحياة			Premium Payment Term مدة دفع القسط		
Policy Currency عملة العقد	<input type="checkbox"/> AED درهم	<input type="checkbox"/> USD دولار		Premium Amount مبلغ القسط		
Mode of Payment طريقة الدفع	<input type="checkbox"/> Monthly شهريا	<input type="checkbox"/> Semi-Annual نصف سنويًا	<input type="checkbox"/> Annual سنويًا	<input type="checkbox"/> Single وحدة فقط		
Payment Method طريقة الدفع	<input type="checkbox"/> Cheque بشيك	<input type="checkbox"/> Account Debit بالخصم من الحساب		<input type="checkbox"/> Credit Card ببطاقة ائتمان	<input type="checkbox"/> Others أخرى	

Death Benefit Option (Please tick relevant box)			خيار منفعة الوفاة (يرجى التأشير في الخانة ذات الصلة)	
<input type="checkbox"/> Option A (Inclusive)	الخيار أ	<input type="checkbox"/> Greater of Sum Assured OR Fund Value		الأكبر من مبلغ التأمين أو قيمة الصندوق
<input type="checkbox"/> Option B (Exclusive)	الخيار ب	<input type="checkbox"/> Sum Assured Plus Fund Value		مبلغ التأمين زائداً قيمة الصندوق

2.1 Rider Benefits (Optional)		2.1 المنافع الإضافية (اختيارية)		
Please tick relevant box & indicate Primary Life Sum Assured		يرجى اختيار الخانة المطلوبة وتحديد الأساس		

Rider Benefits	Term	Primary Life	Term	Secondary Life
المنافع الإضافية	المدة	المؤمن عليه الأساسي	المدة	المؤمن عليه الثانوي
<input type="checkbox"/> Critical Illness	مرض خطى			
<input type="checkbox"/> Hospital Cash Benefit (Per day)	منفعة المبلغ النقدي للمستشفى (عن كل يوم)			
<input type="checkbox"/> Family Income Benefit (Monthly)	منفعة الدخل للأسرة (شهرياً)			
<input type="checkbox"/> Guaranteed Installment Benefit	منفعة القسط المضمون			
<input type="checkbox"/> Accidental Death Benefit	منفعة الوفاة الناجمة عن حادث			
<input type="checkbox"/> Permanent Total Disability (Accident & Sickness)	العجز الكلي الدائم (الناتج عن حادث ومرض)			
<input type="checkbox"/> Permanent Total Disability (Accident)	العجز الكلي الدائم (جراء حادث)			
<input type="checkbox"/> Terminal Illness	مرض عضال			

2.2 Investment Details	(ب) تفاصيل الاستثمار
Fund/ Strategy Name	Fund/ Strategy Name
اسم الصندوق/ الاستراتيجية	اسم الصندوق/ الاستراتيجية
Percentage	Percentage
النسبة المئوية (%)	النسبة المئوية (%)
1.	6.
2.	7.
3.	8.
4.	9.
5.	10.

Please mention total percentage % مجموع النسبة المئوية %

3. Beneficiary Details				
Full Name	Nationality	Relation With Primary Life	Date of Birth	Percentage %
الاسم بالكامل	الجنسية	العلاقة مع المؤمن عليه الأساسي	تاريخ الميلاد	النسبة المئوية

تفاصيل ولن الأمر: إذا كان المستفيد قاصر، يرجى تقديم تفاصيل ولن الأمر
Guardian Details: If beneficiary is minor, please mention below guardian's particulars

Name	Nationality	Relationship to beneficiary	Date of Birth	Age
الاسم	الجنسية	العلاقة بالمستفيد	تاريخ الميلاد	العمر

If two or more beneficiaries are named, payment shall be distributed equally unless otherwise stated.
إذا تم تسمية مستفيدين أو أكثر، سيتم توزيع المدفوعات بالتساوي بينهم إلا إذا كان مذكوراً خلاف ذلك.

4. Health Questionnaire to be answered by the person to be assured	Primary Life	Secondary Life
4- الاستبيان الطبي الذي يتعين الإجابة عليه من طالب التأمين	المؤمن عليه الأساسي	المؤمن عليه الثانوي
Height (cm)		
Weight(kg)		
	Yes نعم	No لا
Has your weight changed during the last 12 months? If Yes, give details: هل تغير وزنك خلال الاثني عشر شهراً الماضية؟ إذا أجبت بنعم اذكر التفاصيل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have you in the past 5 years consulted any doctor? هل قمت باستشارة أي طبيب آخر خلال الخمسة سنوات الماضية؟ If yes, please give name, address & the reasons for consultations إذا أجبت بنعم ، الرجاء توضيح اسم وعنوان الطبيب وسبب الزيارة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.1. For females:

		Yes نعم	No لا	Yes نعم	No لا
Are you pregnant? If "yes" state duration	هل أنت حامل؟ إذا كانت الإجابة بنعم اذكر في أي شهر؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have you had any abortion, miscarriage, or caesarian section? If yes, give details	هل سبق وأن تعرضت لاجهاض أو اسقاط للحمل أو إجراء عملية قصصية؟ إذا أجبت بنعم، اذكر التفاصيل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have you ever had uterine, ovarian or heart disease? If yes, give details	هل أصبت بأي أمراض في الرحم أو المبيضين أو القلب؟ إذا أجبت بنعم، اذكر التفاصيل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Family & Medical History Give details on the state of health and full particulars of any major illnesses:

5- الأسرة وتاريخها الطبي (قدم تفاصيل عن الوضع الصحي والتفاصيل الكاملة لأى أمراض رئيسية) :

Primary Life المؤمن عليه الأساسي				Secondary Life		
Relation صلة القرابة	Age Last Birthday السن	Health Status الوضع الصحي	Cause of death/if deceased (إذا كان متوفياً)	Age Last Birthday السن	Health Status الوضع الصحي	Cause of death/if deceased (إذا كان متوفياً)
Father الأب						
Mother الأم						
Brothers الأخوة						
Sisters الأخوات						
Children الأطفال						

5.1. Details of other Life / Health Assurances

5.1 تفاصيل التغطيات الأخرى

If you answer "yes" to any of the following questions, please give appropriate details.	إذا أجبت بنعم على أي من الأسئلة التالية يرجى ذكر التفاصيل	Yes نعم	No لا	Yes نعم	No لا
a. Has any proposal for assurance/critical illness cover on your life been made within the last 24 months or are you currently applying for life assurance/critical illness cover with any other company?	(أ) هل تقدمت بطلب تأمين على الحياة، خلال الأربعين والعشرين شهراً الماضية بما فيها لية طلبات قد قدمت بالتزامن مع هذا الطلب لأى شركة تأمين أخرى؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Do you have any existing assurance/critical illness cover on your life?	(ب) هل لديك أي عقد تأمين على الحياة سارية المفعول؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If so, please indicate name of the company, Policy no. and sum assured:	إذا أجبت بنعم اذكر اسم الشركة، رقم الوثيقة وميلغ التأمين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Has any proposal for life/critical illness cover or disability cover on your life ever been postponed,declined or accepted with extra premium or on special terms?	(ج) هل رفض لك يوماً طلب تأمين على الحياة أو تغطية العجز، أو تم تأجيله أو قبوله تغطية إضافي أو بشروط خاصة؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.2 Financial Details of Life Assured

5.2 البيانات المالية للتأمين على الحياة (يجب استيفاء هذه البيانات إذا كان القسط السنوي يساوي أو أكبر من AED 15,000) (To be filled if annual premium is equal or more than AED 15,000)

a. Net Annual Income for last three years	أ. إجمالي الدخل السنوي لا خر ثلاثة سنوات
<input type="checkbox"/> Year _____	<input type="checkbox"/> Income _____ الدخل سنة _____
<input type="checkbox"/> Year _____	<input type="checkbox"/> Income _____ الدخل سنة _____
<input type="checkbox"/> Year _____	<input type="checkbox"/> Income _____ الدخل سنة _____
b. Details of Assets/Liabilities, Please specify amount and currency	ب. تفاصيل الموجودات والمطلوبات ، الرجاء تحديد المبلغ والعملة
<input type="checkbox"/> Assets: _____	<input type="checkbox"/> Liabilities: _____ المطلوبات الم موجودات
c. Bank Details:	ج. المعلومات البنكية:
Bank Account No.: _____	نوع الحساب: _____
Bank Name : _____	فرع: _____ رقم الحساب البنكي: _____ اسم البنك: _____

5.3 To be filled in all applications

5.3 ليتم تعبئته في جميع الطلبات

(If yes, please submit the Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) form)	(إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم نموذج قانون الامتثال الضريبي الأمريكي للحسابات الخارجية (فاتكا))	Yes نعم	No لا	Yes نعم	No لا
Please let us know if you are a resident in the United States of America for tax purposes or if you are a United States citizen or Green card holder.	الرجاء إعلامنا إذا كنت مقيماً في الولايات المتحدة الأمريكية لأغراض تتعلق بالضريبة أو إذا كنت من مواطني الولايات المتحدة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECTION 2: 6.Lifestyle questions about the person to be assured

6- أسئلة عن أسلوب حياة طالب التأمين

If answer "yes" to any of the following questions, please give details	إذا أجبت بنعم على أي من الأسئلة التالية يرجى ذكر التفاصيل	Yes نعم	No لا	Yes نعم	No لا
a) Do you smoke?	(أ) هل تدخن؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Do you drink beer, wine or spirits? If yes, please state your average daily consumption and whether beer, wine or spirits: (any liquor)	(ب) هل تتناول البيرة أو النبيذ أو المشروبات الروحية الكحولية؟ إذا أجبت بنعم، يرجى ذكر معدل الاستهلاك اليومي ونوع المشروب هل هو بيرة أونبيذ أو مشروبات كحولية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Have you ever taken drugs other than those prescribed by a doctor?	(ج) هل سبق لك وأن تناولت أدوية غير تلك التي وصفها لك طبيب؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Do you or are you likely to engage in an occupation or any activity which could be considered dangerous (e.g. aviation, other than as a farepaying passenger on a regular route-or motor racing, diving or any other dangerous sport)? If yes, please give details	(د) هل تمارس أو هل تتوقع ممارسة أي من النشاطات / الرياضات التي تعتبر خطيرة (مثل الطيران- في غير رحلات الركاب التجارية مدفوعة الأجر على خطوط منتظمة أو سباق السيارات أو الغطس أو غير ذلك من الرياضات الخطيرة)؟ إذا أجبت بنعم، اذكر التفاصيل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Yes نعم	No لا	Yes نعم	No لا	
e) Have you travelled outside the current country of residence in the last 12 months for holiday or occupation? Other than your home country, If yes, please give details including specific countries to be visited and duration of stay in each country? هـ) هل سبق لك أن سافرت خارج البلد الذي تقيم به حالياً خلال الالثني عشر شهراً الماضية بهدف قضاء إجازة أو العمل في بلد غير بلد الأصلي؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى أن تذكر التفاصيل بما في ذلك البلدان التي زرتها مع ذكر المدة التي قضيتها في كل بلد .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) Do you intend to travel outside the current country of residence in the next 12 months for holiday or occupation? Other than your home country, If yes, please give details including specific countries to be visited and duration of stay in each country? وـ) هل ترغب في السفر خارج البلد الذي تقيم به حالياً خلال الالثني عشر شهراً القادمة لقضاء إجازة أو العمل في بلد غير بلد الأصلي ؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى أن تذكر التفاصيل بما في ذلك بلدان معينة تود زيارتها والمدة التي ترغب في قضائها في كل بلد .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Health Questionnaire: Have you suffered from:	7- استبيان حول الصحة هل عانيت أبداً من ما يلي	Yes نعم	No لا	Yes نعم	No لا
a) Epilepsy, fits or fainting attacks or any other mental or nervous system disturbances including stress, anxiety, depression or neurological condition? اـ) الصرع، نوبات إغماء، أو أي اضطراب عقلي أو عصبي بما في ذلك الإجهاد أو القلق الشديد أو الاكتئاب أو حالة حسبية ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Asthma, bronchitis, pleurisy, pneumonia, tuberculosis, persistent cough, or any other lung complaint? بـ) الربو، الالتهاب الشعبي، الالتهاب الرئوي، التهاب عشاء الرئة، السل، السعال المزمن أو أيام اضطرابات رئوية أخرى ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Chest pain, asthma, high blood pressure, high cholesterol, palpitations, shortness of breath, stroke or any heart or circulatory trouble? جـ) ألم في الصدر، ضغط دم مرتفع، كوليستيرون عالي، اضطراب في ضربات القلب، ضيق في التنفس، جلطة، أو أيام اضطرابات أخرى في القلب أو في الدورة الدموية ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Indigestion, gastric or duodenal ulcer, chronic or recurrent diarrhea or any complaint of the stomach or bowels? دـ) عسر في الهضم، قرحة في المعدة أو الالثني عشر، اسهال مزمن أو متكرر، أو أيام شكوى أخرى في المعدة أو الأمعاء ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Diabetes or any disorder of the kidneys, liver, bladder, bowel, stomach disorder, genital organs, urinary stones or Urinary system? هـ) سكري، أو أيام اضطراب في الكلى، الكبد، المثانة، الأمعاء أو البطن أو الأعضاء التناسلية أو الحصى الكلوية أو الجهاز البولي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Rheumatic fever, arthritis, paralysis, loss of limbs, gout or any bone or joint Disease? وـ) الحمى الروماتيزمية، التهاب المفاصل، التشتل، فقدان الأطراف أو مرض النقرس أو أيام من الأمراض الأخرى في العظام أو المفاصل ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Enlarged glands or any form of cancer, tumor or disorder of the blood? زـ) تضخم في الغدد أو أيام شكل من أشكال السرطان أو الأورام أو أيام من أمراض الدم ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Unexplained recurrent or persistent fever, weight loss, or any skin disorders? حـ) حمى متكررة أو مستمرة غير مشخصة أو فقدان للوزن، أو أيام أمراض جلدية ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Have you ever suffered from any sexually transmitted disease (such as syphilis or Gonorrhea) or ever-sought medical advice, treatment or a blood test in connection with a viral disease (such as hepatitis B or AIDS)? طـ) هل عانيت أبداً من أيام من الأمراض المنقلة جنسياً (مثل السفلس أو السيلان) أو طلبت المسحورة أو العلاج أو فحص دم يتعلق بمرض فيروسي (مثل التهاب الكبد الوبائي "ب" أو الإيدز) ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Have you ever suffered from any disease or disorder of the eyes, ears, nose, throat or Mouth? يـ) أي اضطرابات أو مرض حدث لعين، الأذن، الأنف، الحنجرة أو الفم ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Have you ever suffered from any illness, injury or disability not mentioned above? كـ) أي مرض أو اصابة، أو عجز لم يتم ذكره أعلاه ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	نعم Yes	لا No	نعم Yes	لا No
I) Are you presently taking medication of any kind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Have you ever received treatment with blood products or undergone a blood transfusion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Have any of your parents, brothers or sisters suffered from: Diabetes, stroke, heart disease, cancer, tuberculosis or mental illness? (If so, please state the relationship and give details also mentioning condition and approximate age at onset)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ن) هل عانى أي من أفراد عائلتك (الأب، الأم، الآخوة، الأخوات) من السكري، جلطة، أمراض القلب، السرطان ، السلس، أو مرض عقلي؟ (إذا أجابت بنعم اذكر صلة القرابة وتفاصيل المرض والحالة الصحية الحالية والعمر التقريري وقت التشخيص)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Are you in a good health and free from any defect or deformity?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(س) هل أنت بصحة جيدة وتخلو من أي عيب أو عاهة جسدية؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Declarations: I/We hereby declare that to the best of my/ our knowledge and belief, the answers and statements given in this application are true and complete. I/ We agree to provide all the necessary documents as and when required by the Company and certify that all documents provided are true copies of the original. I/ We agree that they shall (together with any additional forms/attachments) form a part of any policy contract that may be issued on the strength thereof by Orient Insurance PJSC(hereinafter referred as "the Company". IN CASE ANY OF THE ABOVE INFORMATION IS FOUND TO BE FALSE OR UNTRUE OR MISLEADING OR MISREPRESENTING, THE INSURANCE POLICY ISSUED BASED ON SUCH INFORMATION SHALL BECOME ABSOLUTELY NULL AND VOID AND ALL THE PREMIUMS PAID IN RESPECT OF THE POLICY SHALL BE FORFEITED TO THE COMPANY.

I/We agree to inform the Company in writing of any change in my/ our personal health, family history, occupation, travel, hazardous activities, place of residence or any other material fact that could affect the underwriting decision of the Company and occurred between the date of this application and the date of policy issuance. I/ We understand that the Company has the right to cancel my/ our application/ policy, if the premium is not received by the Company or if any of the requirement asked by the Company is not provided by me/ us. The insurance cover shall start only after issuance of policy by the Company.

Authorization: I / We hereby irrevocably authorize and request any hospital, clinic, medical practitioner or any other institution having any records, reports or knowledge of my/ our financial circumstances, physical or mental health to disclose such information to Orient insurance PJSC or its authorized representative any and all information needed about me/us. I / We agree that this authority shall remain in force during my/ our life and after my/ our death. Photocopy of this authorization shall be suitable evidence of this authority and legally original.

I / We hereby agree and authorize Orient Insurance PJSC, at its sole discretion, to accept communications, instructions, scanned copy of documents received through electronic means including email, SMS, generated from the email ID or mobile number(s) mentioned in this application or registered with the Company anytime later. I/ We understand that my/ our telephone calls may be recorded or monitored for training, quality, administrative or regulatory purposes.

The Company accepts premiums through authorized banking channels such as direct debit, credit cards, standing instructions, online payment portal of the Company or through selected exchange houses. **HOWEVER, THE COMPANY WILL NOT ACCEPT CASH PAYMENTS AND WILL NOT BE LIABLE FOR ANY SUCH PAYMENTS MADE TO AGENTS, CONSULTANTS, INTERMEDIARIES AND ANY OTHER PARTIES.**

اقرارات: اقر/ نقر بموجب هذا بيان، على حد علمي واعتقادي، الإجابات والبيانات لمقدمة في هذا الطلب صحيحة وكاملة، وأوافق/نؤاف على تقديم كافة المستندات المطلوبة حسبما ومتى تطلب الشركة، وأشهد/ نشهد بأن كافة المستندات المقدمة هي صورة طبق الأصل من المستندات الأصلية، وأوافق/نؤاف على أنها شكل (مع أي نماذج إضافية) جزءاً من أي عقد تأميني قد يتم إبرامه موجهاً بواسطة شركة اوريت للتأمين ش.م.ع (يشار إليها فيما بعد باسم "الشركة"). إذا تبين زيف أو عدم صحة أي من المعلومات المذكورة أعلاه أو احتواها على مغالطات أو تدليس، فإن وثيقة التأمين التي صدرت بناءً على تلك المعلومات تصبح لاغية وباطلة تماماً، ويتم مصادرة جميع الأقساط المدفوعة بشأنها لصالح الشركة.

أقر/نقر بإخطار الشركة كتابةً بأي تغيير في صحتي/صحتنا الشخصية أو سجل العائلة الصحي أو المهنة أو السفر أو الأنشطة الخطرة أو محل الإقامة أو أي حقيقة جوهرية أخرى قد تؤثر على قرار الشركة في الاكتتاب في وثائق التأمين، يقع في الفترة بين تاريخ تقديم هذا الطلب وتاريخ وثيقة التأمين، وأفهم/نؤاف أن الشركة الحق في الغاء طلب/وثيقة التأمين الخاص بي/بنا، في حالة عدم سداد قسط التأمين إلى الشركة أو إذا لم أقم/نفي بأي متطلب من المتطلبات التي تطلبها الشركة، ولا يبدأ الغطاء التأميني إلا بعد إصدار الشركة لوثيقة التأمين.

الإجازة: أجز/نجيز بشكل غير قابل للإلغاء وأطلب/نطلب من أي مستشفى أو عيادة أو طبيب أو أي مؤسسة أخرى لديها أي سجلات أو تقارير أو معلومات تتعلق بظروفه/في/ظروفه/فنا المالية أو صحتي/صحتنا الدنية أو العقلية أن تفصح عن تلك المعلومات إلى شركة اوريت للتأمين ش.م.ع أو ممثلها المفوض وأي وثيقة المعلومات المطلوبة التي تتطرق بي/بنا. أوافق/نؤاف على أن تلك هذه الإجازة سارية طيلة فترة حياتي/حياتنا وبعد وفاتي/وفاتنا. وتعتبر صورة هذه الإجازة دليلاً مناسباً على هذه الإجازة وأصلية من الناحية القانونية.

أوافق/نؤاف وأفوض/نفوض بموجب هذا شركة اوريت للتأمين ش.م.ع، وفقاً لتفضيلها الشخص، بقبول البلاغات أو التعليمات أو النسخ المسموحة ضوئياً من المستندات من خلال الوسائل الالكترونية، بما في ذلك البريد الالكتروني والوسائل النصية القصيرة الصادرة من عنوان البريد الإلكتروني أو رقم (أرقام) الهاتف المتحرك المذكورين في هذا الطلب أو المسجلين لدى الشركة في أي وقت لاحق. أفهم/نؤاف أن مكالماتي/مكالماتنا الهاتفية قد تكون مسجلة أو مرآبة لأغراض التدريب أو الجودة أو للأغراض الإدارية أو التنظيمية.

تقبل الشركة أقساط التأمين من خلال القنوات المصرفية المعتمدة مثل الخصم المباشر أو بطاقات الائتمان أو التعليمات الدائمة أو بطاقة الدفع عبر الانترنت الخاصة بالشركة، أو من خلال مكاتب الصرافة المختارة. ومع ذلك، لن تقبل الشركة المدفوعات النقدية ولن تكون مسؤولة عن أي من تلك المدفوعات المقدمة إلى الوكاء أو الاستشاريين أو شركات الوساطة أو أي أطراف أخرى.

AML/ CFT Regulations: I/ We hereby declare that any premium paid to the Company is not of criminal origin or directly or indirectly related to criminal activities or any actual or attempted money laundering or tax evasion. I/ We further declare that any premiums that I/ We pay to the Company will not contravene any applicable exchange control regulations, trade or economic sanctions.

Sanctions Clause: I/ We understand and agree that the Company will neither provide cover nor pay any claim or pay any benefit hereunder to the extent that the provision of such cover, payment of such claim or provision of such benefit would expose the Company to any sanction, prohibition or restriction under United Nations resolutions or the trade or economic sanctions, laws or regulations of any jurisdiction applicable to the Company or its reinsurers.

Exclusion: Any loss or injury or treatment caused directly or indirectly, wholly or partially during military services, operations, training and/or loss resulting from use of explosives/weapons whether the consequence of aggression, violent act or armed fight against the enemy or any other party during war or any other internal/external security operations in war or peace. All other exclusion shall apply as per agreed terms & conditions agreed in the policy.

Data Protection: I/ We hereby authorize the Company to process, transfer and/ or share my personally identifiable medical, financial, and other personal information about me/ us, claimants and beneficiaries with the reinsurers, investigators, third parties who provide services to the Company or and to my/ our insurance or financial consultants and the intermediaries for the purpose of issuance, servicing of this insurance policy, claims processing and settlements. The Company may share such information with their auditors, professional advisors, any regulatory body, court or other competent authority as well. I also hereby give consent to Orient Insurance PJSC to process and use the Personal Data which may include transfer of Data to jurisdiction outside United Arab Emirates within the context of business relationship requirements.

Confirmation: I/ We hereby agree to the terms and conditions of the policy and confirm & acknowledge that I/ We have understood all the features and benefits of the plan, exclusions and limits. It is acknowledged and understood that this policy is sold under the laws of United Arab Emirates. Scope of the cover is worldwide, however company shall have the right to review the residential loading for the provided covers in case of relocation outside the United Arab Emirates

اللوائح التنظيمية لمكافحة غسل الأموال ومحاربة تمويل الإرهاب (AML/CFT)
أقر/نفر بمحض هذا بأن أي قسط تأميني يدفع للشركة ليس له أصل إجرامي أو يرتبط بشكل مباشر أو غير مباشر بالأنشطة الإجرامية أو بأى عملية غسل أموال أو تهرب ضريبي فعليه أو جرى محاورتها. وأقر/نفر أيضًا بأن أي أقساط تأمينية أدفعها إلى الشركة إن تختلف أي من الأنظمة الخاصة بالرقابة على الصرف المعمول بها أو المغوبات التجارية أو الاقتصادية.

بند العقوبات: أفهم/نفهم وأتفق/نوافق على أن الشركة لن تقدم تعطية أو تدفع أي مطالبة أو تدفع أي منفعة بمحض هذا البند إلى الحد الذي قد يؤدي فيه تقديم هذه التعطية أو دفع هذه المطالبة أو تقديم هذه المنفعة إلى تعريض الشركة لأى عقوبة أو حظر أو تقييد بمحض قرارات الأمم المتحدة أو العقوبات التجارية أو الاقتصادية أو القوانين أو الأنظمة الخاصة بأى دولة، المطبقة على الشركة أو شركات إعادة التأمين التابعة لها.

استثناء خاص بال العسكريين / أفراد القوات المسلحة
أى خسارة أو إصابة أو علاج تنتيج بشكل مباشر أو غير مباشر ، كلياً أو جزئياً أثناء الخدمات والعمليات العسكرية والتدريب و/ أو الخسارة الناتجة عن استخدام المتفجرات/ الأسلحة ، سواء كانت نتيجة عمل عادل أو عمل عنيف ، أو القتال ضد العدو أو أي طرف آخر أثناء الحرب أو أي عمليات أمنية داخلية/خارجية أخرى سواء في الحرب أو السلم . يتم تطبيق جميع الاستثناءات الأخرى وفقاً للشروط والأحكام المتفق عليها في الوثيقة .

حماية البيانات: أخول/نحو بمحض هذا الشركة بمطالبة / أو نقل و/ أو مشاركة معلومات الطيبة الشخصية والمالية وغيرها من المعلومات الشخصية الخاصة بي/ينا، وتقديم المعلومات والمستفيدين لدى شركات إعادة التأمين والمحققين والاطراف الثالثة التي تقدم خدمات إلى الشركة و/أو إلى الاستشاريين التأمينيين أو المالين وشركات الوساطة التابعة لنا لغرض اصدار وتقديم وثيقة التأمين الممثلة ومعالجة وتسوية المطالبات. يجوز للشركة مشاركة هذه المعلومات مع مدققي الحسابات أو المستشارين المحترفين أو أي جهة تابعة لها أو محكمة أو سلطة مختصة أخرى أيضًا .
أتفق/نفر بمحض هذا الشركة **اورينت للتأمين ش.م.ع** على أن تقوم بمراجعة واستخدام البيانات الشخصية التي قد تشمل نقل البيانات إلى دولة تقع خارج الإمارات العربية المتحدة في سياق متطلبات العلاقة التجارية.

التاكيد: أتفق / نحن بمحض هذا على شروط وأحكام السياسة وأؤكد وآقر بأنني نحن قد فهمنا جميع ميزات وفوائد الخطوة والاستثناءات والقيود. من المسلم به والمفهوم أن هذه السياسة تُباع بمحض قوانين دولة الإمارات العربية المتحدة. نطاق التغطية عالمي ، ومع ذلك يحق للشركة مراجعة التحميل السكني للأغلفة المقدمة في حالة الانتقال خارج دولة الإمارات العربية المتحدة.

Signature of the Primary Life:
توقيع الحياة الرئيسية:

Date: _____ Place: _____
التاريخ: _____ مکان: _____

Signature of the Secondary Life:
توقيع المؤمن عليه الثانوي

Date: _____ Place: _____
التاريخ: _____ مکان: _____

Signature of the Policyholder (if other than the person to be assured):
توقيع حامل العقد (إذا كان غير الشخص الذي سيتم التأمين على حياته)

Date: _____ Place: _____
التاريخ: _____ مکان: _____

Notes:

- (I) The Company is bound only by documents bearing the signature of an official authorized to sign on its behalf.
- (II) The Company is not on risk until acceptance of the proposal which has been communicated in writing and the first premium has been received at the Company's head office.
- (III) Orient Insurance (PJSC) is not responsible for any collection by Cash unless the receipt is issued by the company.

١) تلتزم الشركة بالأوراق التي تحمل توقيع الشخص المخول بالتوقيع عنها.

٢) لا يعتبر طلب الأمين مقبولاً من قبل الشركة ما لم يتم الموافقة عليه خطياً من مقرها الرئيسي وتحصيل القسط الأول.

٣) لا تحمل شركة المشرق للتأمين (PJSC) أي مسؤولية تجاه مبالغ مدفوعة نقداً مالم تصدر بها إيصالاً.

Agent / Broker Report (Not Applicable - In case of Bank)

Please provide details where required:

1. How long have you known the proposed life to be Assured?
2. Are you related to the above? Yes No
If yes, please give details
3. Does the life to be assured have a valid residence visa? Yes No
If no, please provide details
4. Do you have any knowledge about the applicant that might effect the underwriting risk particularly concerning present or past health, finances, reputation, smoking habit or other habits? Yes No
If so, please give details
5. Have you provided the applicant with a copy of the offer illustration? Yes No
6. Total Annual premium is Applicant Age
7. Does the applicant appear to be healthy? Yes No
8. Source of income Service Financial Institute Business Entity Others

I have explained the entire content of this application form to the applicant, and acknowledge that all statements and answers to the questions posed are those of the applicant.

Agent/ broker Name: **Agent/ broker Code:**

Signature: **Date:**

WAR ZONE DECLARATION

I agree to the following Terms and Conditions / exclusions and understand their impact on the policy and any supplementary contract attached thereto. I hereby confirm my acceptance.

War Zone / Sanctioned Countries Exclusion

Full Name: (as per the passport): _____ الاسم بالكامل: (حسب جواز السفر): _____

Application/ Proposal No.: _____ رقم الطلب / المقترن: _____ Date of Application: _____ تاريخ تقديم الطلب: _____

I/We agree and confirm that the Policy will not cover the following:

- Death/disability for basic cover or riders' benefits including PWR benefit under this policy where death, injury or disability of the life assured occurs as a direct or indirect result howsoever caused of the life assured traveling to or from, visiting, residing or living in War risk zones (Syria, Iraq, Iran, Sudan, Afghanistan, Palestine, Russia, Ukraine, Belarus, Cameroon etc.)
- Political violence, travel to Africa or War risk zones and any other countries as mentioned above.
- Any political/military relationships with countries/entities on the European/Office of Foreign Assets Control sanctions list (even if claim occurs within GCC).
- Where a member is travelling to or visiting a country after war has been declared in that country or after it has been recognized as a war zone by any one of the competent International Agencies namely be United Nations or the USA or the EU or UK or any other competent International Agencies or if foreign offices advice against all travel in that country or where there are war like operations.

Conditions for Russia/ Belarus/ Ukraine

- I/We agree and confirm that no maturity/surrender/partial surrender payout shall be requested to be paid to bank accounts in Russia/ Belarus/ Ukraine or any other sanctioned country.
- I/We agree and confirm that the Premium shall be paid from UAE bank accounts and any payout shall be requested only to UAE bank accounts.
- I/We confirm that I/we is/ are UAE resident visa holder(s) and any change in this status will be communicated to Orient immediately.

إقرار مناطق الحرب

أوافق على الشروط والأحكام/ الاستثناءات الواردة أدناه، وأدرك تأثيرها على وثيقة التأمين وأي عقد تكميلي مرتبط بها. وأقر بموجب هذا الإقرار بموافقتني عليها.

استثناءات مناطق الحرب والدول الخاضعة للعقوبات

أوافق/ نوافق وأقر/ نقرأ وثيقة التأمين لن تغطي ما يلي:

- الوفاة أو العجز في التغطية الأساسية أو الاستحقاقات الإضافية، بما في ذلك استحقاق قيود العمل الدائمة بموجب وثيقة التأمين. في حالة حدوث الوفاة أو الإصابة أو العجز للمؤمن عليه كنتيجة مباشرةً أو غير مباشرةً -بغض النظر عن السبب- لسفر المؤمن عليه ذهاباً وإياباً أو زيارةً أو إقامته أو عيشه في المناطق المحفوظة بمخاطر الحرب (سوريا والعراق وإيران والسودان وأفغانستان وفلسطين وروسيا وأوكرانيا وبيلاروسيا والكاميرون، وما إلى ذلك).
- العنف السياسي، والسفر إلى أفريقيا أو المناطق المحفوظة بمخاطر الحرب وأي دولة أخرى على النحو المذكور أعلاه.
- أي علاقات سياسية أو عسكرية مع دول أو كيانات مدرجة في قائمة عقوبات الاتحاد الأوروبي أو مكتب مراقبة الأصول الأجنبية (حتى لو حدثت المطالبة داخل دول مجلس التعاون الخليجي).
- في حالة سفر أحد المشتركين أو زيارته لأحد الدول بعد إعلان الحرب فيها أو بعد تصنيفها كمنطقة حرب من جانب أي من الجهات الدولية المختصة، وبالتحديد الأمم المتحدة أو الولايات المتحدة الأمريكية أو الاتحاد الأوروبي أو المملكة المتحدة أو أي جهة دولية مختصة أخرى. أو في حال أوصت مكاتب الخارجية بعدم السفر إلى تلك الدولة. أو في حال وجود عمليات شبيهة بالحرب فيها

الشروط الخاصة بروسيا/ بيلاروسيا/ أوكرانيا

- أوافق/ نوافق وأقر/ نقرأ أنه لن يتم طلب دفع أي استحقاق أو مبلغ استرداد كلّي أو جزئي إلى حسابات بنكية في روسيا أو بيلاروسيا أو أوكرانيا أو أي دولة أخرى خاضعة للعقوبات.
- أوافق/ نوافق وأقر/ نقرأ أن قيسط التأمين سيتم دفعه من حسابات بنكية في دولة الإمارات العربية المتحدة وأنه سيتم طلب أي دفع إلى حسابات بنكية في دولة الإمارات العربية المتحدة حصرًا.
- أقر/ نقرأ أنني (أنا) حامل (حاملي) تأشيرة إقامة في دولة الإمارات العربية المتحدة. وأنه سيتم إبلاغ شركة أورينت على الفور بأي تغيير في هذه الحالة.

Dated and Signed at _____ تم التوقيع في _____ on this _____ day of _____ 20_____ من شهر _____ لعام _____

Name of Primary Life	اسم المستفيد الأساسي	Signature of Primary Life	توقيع المستفيد الأساسي
Name of Secondary Life	اسم المستفيد الثانوي	Signature of Secondary Life	توقيع المستفيد الثنائي
Name of Policyholder (if other than the person to be assured)	اسم حامل الوثيقة (في حال كان شخصاً آخر بخلاف المؤمن عليه)	Signature of Policyholder (if other than the person to be assured)	توقيع حامل الوثيقة (في حال كان شخصاً آخر بخلاف المؤمن عليه)

CRS INDIVIDUAL SELF-CERTIFICATION FORM

نموذج الإقرار الضريبي الذاتي للأفراد الخاص بالمعايير الموحدة للإبلاغ

The Common Reporting Standard (CRS), is a tax information exchange standard developed by the organization for economic co-operation and development (OECD) and approved on 15 July 2014. CRS defines a minimum standard for governments to obtain account related information from financial institutions and automatically exchange that information with partner jurisdictions on an annual basis."

المعايير الموحدة للإبلاغ الضريبي هي معايير تبادل المعلومات الضريبية التي وضعتها منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية وتمت المصادقة عليها بتاريخ ١٥ يوليو ٢٠١٤. وتحدد المعايير الموحدة للإبلاغ الضريبي الحد الأدنى من المعلومات للحكومات للحصول على المعلومات المتعلقة بالحسابات من المؤسسات المالية وتبادل تلك المعلومات تلقائياً مع الولايات القضائية الشريكة سنوياً.

Proposal/Policy No:	رقم المقترن /وثيقة التأمين:
Full Name: (as per the passport):	الاسم بالكامل: (حسب جواز السفر):

Please complete the following table indicating (i) where the Account Holder is tax resident and (ii) the Account Holder's Taxpayer Identification Number (TIN) for each country/jurisdiction indicated

Note: If the Account Holder is tax resident in more than three countries/jurisdictions, please use a separate sheet.

If a TIN is unavailable please provide the appropriate reason A, B or C where indicated below:

Reason A

The country/jurisdiction where the Account Holder is resident does not issue TINs to its residents.

Reason B

The Account Holder is otherwise unable to obtain a TIN or equivalent number, please explain why you are unable to provide the required information.

Reason C

No TIN is required. (Note. Only select this reason if the domestic law of the relevant jurisdiction does not require the collection of the TIN issued by such jurisdiction).

يرجى إكمال الجدول التالي مع ذكر (١) بلد الإقامة الضريبي لصاحب الحساب: (٢) ورقم التعريف الضريبي الخاص بصاحب الحساب لكل بلد/ولاية قضائية مذكورة.

ملاحظة: في حال كان لصاحب الحساب إقامة ضريبية في أكثر من ثلاثة دول /ولايات قضائية، يرجى استخدام ورقة منفصلة. في حال كان رقم التعريف الضريبي غير متوفر، يرجى ذكر السبب المناسب (أ) أو (ب) أو (ج) على التحول المبين أدناه:

السبب (١)

عدم إصدار الدولة / الولاية القضائية التي يقيم فيها صاحب الحساب أرقام تعريف ضريبية للمقيمين بها.

السبب (ب)

عدم قدرة صاحب الحساب على الحصول على رقم التعريف الضريبي أو أي رقم مكافئ؛ يرجى توضيح سبب عدم قدرتك على تقديم المعلومات المطلوبة.

السبب (ج)

رقم التعريف الضريبي غير مطلوب. (ملاحظة: اختار هذا السبب فقط إذا كان القانون المحلي للولاية القضائية ذات الصلة لا يتطلب الحصول على رقم التعريف الضريبي الصادر عن هذه الولاية القضائية).

Country/Jurisdiction of Tax Residence البلد / الولاية القضائية لإقامة الضريبة	Taxpayer Identification Number (TIN) رقم التعريف الضريبي	If no TIN available enter reason A, B or C في حال عدم توافر رقم التعريف (أ) أو (ب) أو (ج) الضريبي، اكتب السبب (أ) أو (ب) أو (ج)	If reason B Selected, please explain في حال اختيار السبب (ب)، يرجى التوضيح
1.			
2.			
3.			

Questions:	الأسئلة:	Yes/No نعم / لا	If "Yes" please provide the details: في حالة الإجابة بنعم، يرجى تقديم التفاصيل
1.Did you obtain UAE tax residency under a residency by investment scheme? هل حصلت على الإقامة الضريبية في الإمارات العربية المتحدة بموجب نظام الإقامة عن طريق الاستثمار؟			
2.Are you a resident in any other jurisdiction(s)? هل أنت مقيم في أي ولاية/ولايات قضائية أخرى؟			
3.In which jurisdiction(s) have you been subject to personal income tax during the previous calendar year? في أي ولاية/ولايات قضائية خضعت لضريبة الدخل الشخصي خلال السنة الميلادية السابقة؟			

Declaration & Signature:

I understand that the information supplied by me is covered by the full provisions of the terms and conditions governing the Account Holder's relationship with Orient Insurance PJSC setting out how Orient Insurance PJSC may use and share the information supplied by me. I acknowledge that the information contained in this form and information regarding the Account Holder and any Reportable Account(s) may be provided to the tax authorities of the country/jurisdiction in which this account(s) is/are maintained and exchanged with tax authorities of another country/jurisdiction or countries/jurisdictions in which the Account Holder may be tax resident pursuant to intergovernmental agreements to exchange financial account information. I certify that I am the Account Holder (or am authorized to sign for the Account Holder) of all the account(s) to which this form relates. I declare that all statements made in this declaration are, to the best of my knowledge and belief, correct and complete. I undertake to advise Orient Insurance PJSC within 30 days of any change in circumstances which affects the tax residency status of the individual identified in the application/this form or causes the information contained herein to become incorrect or incomplete, and to provide Orient Insurance PJSC with a suitably updated self-certification and Declaration within 90 days of such change in circumstances.

أتفهم أن المعلومات التي قدمتها مشتملة بجميع الشروط والأحكام التي تحكم علاقتي صاحب الحساب مع شركة أوريتنت للتأمين مساهمة عامة. والتبرع تحدد كيفية استخدام المعلومات التي قدمتها. وأقر بأنني يجوز تقديم المعلومات الضريبية في هذه النموذج والمعلومات المتعلقة بصاحب الحساب وأي حساب/حسابات يتم الإبلاغ عنها إلى السلطات الضريبية في الدولة / الولاية القضائية التي يتواجد فيها هذا الحساب/الحسابات وتتبادلها مع السلطات الضريبية في دولة /ولاية قضائية أو دول /ولايات قضائية أخرى قد يكون صاحب الحساب مقيماً ضريبياً فيها عملاً بالاتفاقيات الحكومية الدولية لتبادل معلومات الحسابات المالية. أشهد بأنني صاحب الحساب (أو أنت المفوض بالتوقيع نيابة عن صاحب الحساب) للحساب/جميع الحسابات التي يتعلق بها هذا النموذج وأقر بأن جميع البيانات الواردة في هذا الإقرار على حد علمي واعتقادي، صحيحة وكاملة. كما أنه بعد إبلاغ شركة أوريتنت للتأمين مساهمة عامة خلال ٣٠ يوماً من تاريخ أي تغيير يطرأ على الظروف التي تؤثر على حالة الإقامة الضريبية للفرد المحدد في هذا الطلب/النموذج أو قد تنسحب في آن تصبح المعلومات الواردة في هذا النموذج غير صحيحة أو غير كاملة. بالإضافة إلى تقديم إقرار ضريبي ذاتي وأقرار محدث على نحو مناسب خلال ٩٠ يوماً من وقوع هذا التغيير في الطرف.

Date : التاريخ:	Full Name : الاسم الكامل:	Place : المكان:	Signature : التوقيع:

FATCA- SELF DECLARATION

قانون الامتثال الضريبي للحسابات الأجنبية - الإقرار الذاتي

In order to comply with FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act), Orient Insurance PJSC requires declaration on tax status of U.S. citizens, Residents of U.S. territories and possessions, and Green Card holders (persons who have been granted permanent U.S. residency.)

من أجل الامتثال لقانون الامتثال الضريبي للحسابات الأجنبية. تطلب شركة اوينت للتأمين مساهمة عامة اقراراً بالحالة الضريبية لمواطنى الولايات المتحدة الأمريكية، والمقيمين في الأقاليم والممتلكات التابعة لها، وحاملى البطاقة الخضراء (الأشخاص الذين حصلوا على إقامة دائمة في الولايات المتحدة الأمريكية).

Application/ Proposal No.: _____ رقم الطلب/ المقترن:

Date of Application: _____ تاريخ تقديم الطلب:

Name of the Proposed Policyholder: _____ اسم حامل الوثيقة مقدم المقترن:

Place of Birth: City _____ Country _____ مكان الميلاد / المدينة / الدولة:

I am a U.S. citizen or a U.S tax resident and my U.S Taxpayer Identification number is (Non updaton of TIN may hold up issue of your policy)

--	--	--	--	--	--	--	--

أنا مواطن أمريكي أو مقيم ضريبي في الولايات المتحدة الأمريكية ورقمتعريفي الضريبي الأمريكي هو (يجوز عدم إصدار وثيقة تأمينك في حال عدم تحديد رقم التعريف الضريبي)

I hereby confirm that I understand the United States tax consequences of my investment in the above policy. In particular I understand that the terms of the policy do not comply with the qualifying conditions laid down by s7702 and S817 of the Internal Revenue Code, and that the policy will not benefit from the tax treatment that applies to policies that comply with these conditions.

أؤكد بمحاجة أنني أفهم التبعات الضريبية بالولايات المتحدة المترتبة على استئماري في وثيقة التأمين المذكورة أعلاه. كما أتفهم تحديد أن شروط الوثيقة لا تتوافق مع الشروط المطلوبة المنصوص عليها في المادة 57702 و 817 من قانون الإيرادات الداخلية، وأن الوثيقة لن تستفيد من المعاملة الضريبية التي تطبق على وثائق التأمين التي تتوافق مع هذه الشروط.

I hereby understand and agree that neither Orient Insurance PJSC ("Orient") nor any of its affiliates are advising me in respect of any United States Laws or the tax consequences of my /our investment in the above policy. Accordingly, I have conducted such investigations and analysis regarding the policy described above as I have deemed appropriate prior to my/our investment and, to the extent I have deemed necessary, obtained independent advice from competent legal, financial, tax, accounting and other professionals, to enable me to understand and recognize fully the legal, financial, tax and other risks arising from such investment.

أتفهم وأوافق بموجبه على أن شركة اوينت للتأمين مساهمة عامة ("شركة اوينت") أو أي من الشركات التابعة لها لنقدم المشورة لي فيما يتعلق بأى من قوانين الولايات المتحدة أو العواقب الضريبية لاستئمار/ استثمارنا في وثيقة التأمين المذكورة أعلاه، وبيناء على ذلك، أجريت التحقيقات والتحليلات المتعلقة بالوثيقة المذكورة أعلاه على النحو الذي أعتبره مناسباً قبل استئمارنا/استثمارنا. وبالقدر الذي أراه ضرورياً، وحصلت على مشورة مستقلة من المختصين القانونيين والماليين والضريبيين والمحاسبين وغيرهم من المهنيين المختصين. لتمكيني من فهم وإدراك المخاطر القانونية والمالية والضريبية وغيرها من المخاطر الناشئة عن هذا الاستثمار.

I irrevocably permit Orient to make such disclosures to any such authorities without obtaining further written or oral permission from me. This document shall form an integral part of the insurance application form and its terms and conditions. I further understand and agree that I will not hold Orient liable for any adverse US tax consequences suffered by me as a result of my investment in the policy.

أسمح لشركة اوينت بشكل نهائى بإجراء أي إفصاح من هذا القبيل لأى جهة دون الحصول على إذن خطوى أو شفهي آخر مني. وتشكل هذه الوثيقة جزءاً لا يتجزأ من نموذج طلب التأمين وشروطه وأحكامه. كما أنني أفهم وأوافق كذلك على أننى لن أحمل شركة اوينت المسؤلية عن أي عواقب ضريبية سلبية خاصة بالولايات المتحدة تلحق بي نتيجة استئماري في وثيقة التأمين.

I also undertake to pay any annual tax liability, State Premium Tax, Federal Excise Tax, State or Federal tax or any other taxes which may be due under the policy and, in the event that Orient is pursued for any such taxes in the United States. I hereby permit Orient to make good the liability from the underlying assets in the Policy.

I understand that if at any time during the term of the policy I am resident in the United States, Orient will not be able to accept instructions to increase regular premiums, accept additional premiums, reinstate paid-up premiums.

I hereby certify that the information provided above is true.

Signature : _____

التوقيع:

Place : _____

المكان:

Date : _____

التاريخ:



TOLL FREE 800-ORIENT (674368)

orient.service@alfuttaim.com

DUBAI | ABU DHABI | ALAIN | SHARJAH | RAS AL KHAIMAH

HIGHEST RATED INSURER IN THE MIDDLE EAST

An Al-Futtaim group company

SERVING CUSTOMERS SINCE 1982