

PERSONAL ACCIDENT GENERAL CONDITIONS



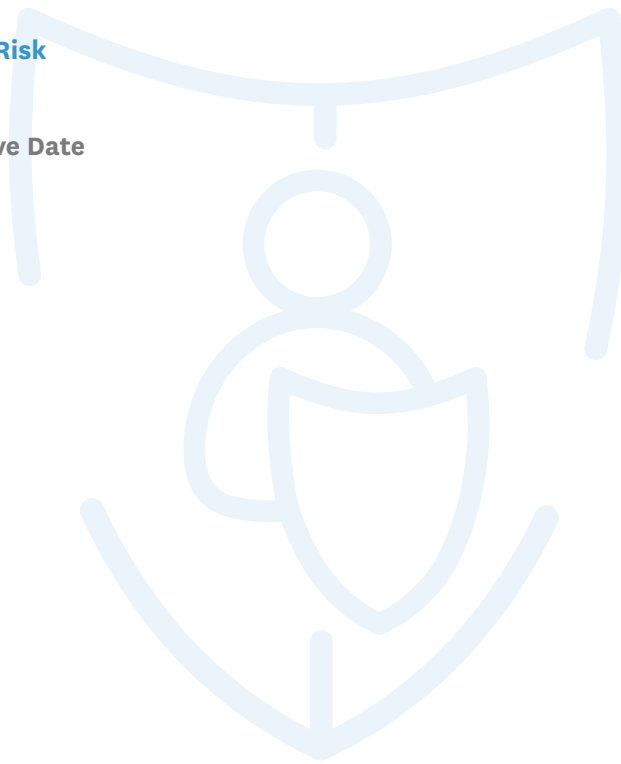
Welcome to Arabia Insurance.

Thank **You** for choosing **Us** for **Your Personal Accident** Insurance. **You** are now covered by one of the leading insurance companies in the Middle East. This **Policy** is specially designed to provide **You** with the finest coverage. You'll find in this booklet a detailed wording of **Our Personal Accident Policy**. It lists all the general conditions and explains what is covered. It also guides **You** on how to make a claim should **You** need to.

Please take a moment and go through it thoroughly. Make sure **You** understand **Your** coverage, rights and responsibilities. Do not hesitate to contact **Our** call center or one of **Our** branches. **We** are happy to take **You** through each of the points. Please keep this document in a safe place for future reference. It is proof of **Our** dedication to give **You** the best protection possible.

CONTENTS

Part 1. Introduction	3
Part 2. Definitions	4
Part 3. Benefits	6
SECTION 1: Accidental Death	6
SECTION 2: Permanent Total Disability	6
SECTION 3: Permanent Partial Disability	7
SECTION 4: Double Indemnity	8
SECTION 5: Accident Medical Expense Reimbursement	8
SECTION 6: Temporary Total Disability	8
SECTION 7: Hospital Income Benefit	9
SECTION 8: Repatriation	10
SECTION 9: Passive War Risk	10
Part 4. Flying Coverage	11
Part 5. Postponement Of Effective Date	11
Part 6. Expiration Of Coverage	11
Part 7. General Exceptions	12
Part 8. Uniform Provisions	13
Part 9. Additional Clauses	16
Part 10. Claims Procedure	17
Part 11. Complaint Procedure	17
Part 12. Company Offices	18



PART 1. INTRODUCTION

ARABIA INSURANCE COMPANY S.A.L, (hereinafter called “the Company”)

Hereby insures the **Named Insured(s)** mentioned in the **Schedule** attached against loss covered by this **Policy**, subject to and in accordance with the provisions, exceptions, limitations and forms herein contained based on the submitted **Proposal Form** which constitutes an integral part of this **Policy**.

This **Policy** is only with respect to such and so many of the coverages as are indicated by a specific amount set opposite thereto in the **Schedule** attached.

This **Policy** is issued in consideration of the payment in advance of the total premium specified in the **Schedule**.

All sums payable hereunder by or to the Company shall be payable in the currency stated in the **Schedule**.

The benefits, provisions and conditions set forth on this page and the following pages form an integral part of this **Policy**.



PART 2. DEFINITIONS

When the following words and phrases appear in this **Policy**, they have the meanings given below. These words are highlighted by the use of **bold** print.

INSURED

means the proposed policyholder as stated in the **Proposal Form** and the attached **Schedule**.

DEPENDENT

means the unmarried child or children of the **Insured** and/or of the **Insured's** spouse, under nineteen (19) years of age, unmarried and primarily dependent on the Insured for the support and who are named in the **Proposal Form** or are included by endorsement.

NAMED INSURED(S)

means the **Insured**, and/or the spouse of the **Insured**, and/or the **Dependent(s)** as stated in the **Proposal Form**.

SCHEDULE

means the schedule attached to this **Policy**, which is considered as an integral part of this **Policy** and provide details of the **Named Insured(s)**, period of insurance, benefits covered, **Sums Insured** and other particulars or special conditions and terms applying to this **Policy**.

INJURY

means accidental physical bodily **Injury** occurring, while this **Policy** is in force, to the **Named Insured** whose injury is the basis of claim, effected only by external, violent and accidental means of which there is evidence of visible contusion or wound and resulting directly and independently of all other causes, in loss covered by this **Policy**.

SUM INSURED

means the amount allocated to each benefit on the **Schedule** of this **Policy**.

PHYSICIAN

means a person legally licensed to practice medicine and/or surgery other than the **Named Insured** or a member of the **Named Insured's** immediate family.

HOSPITAL

means an establishment which meets all the requirements to provide medical and surgical treatments for patients; holds a license as a hospital and is not primarily a clinic, nursing, rest or convalescent home or similar establishment and is not a place for the treatment of alcoholics or drug addicts.

PRE-EXISTING CONDITION

means any physical condition for which the **Named Insured** was aware of, or was previously diagnosed with, or previously received treatment, or was advised to receive treatment, prior to the effective date of this **Policy**, whether declared or not declared on the **Proposal Form** or Health Declaration Form.

POLICY

means this Personal Accident Insurance Policy.

PROPOSAL FORM

means the proposal form that is completed and signed by the **Named Insured(s)**.

HEALTH DECLARATION FORM

means the health declaration form completed and signed by the **Named Insured(s)**.

ELIMINATION PERIOD

means the number of consecutive days as stated in the Schedule for which no benefits are payable.

REASONABLE AND CUSTOMARY

means any medical charge which is charged for treatment, supplies or medical services medically necessary to treat the **Named Insured's** condition and does not exceed the usual level of charges for similar treatment, supplies or medical services in the locality where the expenses are incurred; and does not include charges that would not have been made if no insurance existed.

MEDICAL EXPENSES

means expenses incurred as a result of **Injury**, within thirty (30) days from the date of the accident, and paid by the **Named Insured** to a **Physician**, surgeon, nurse, **Hospital** and/or ambulance service for medical, surgical, X-ray, **Hospital** or nursing treatment, including the cost of medical supplies and ambulance hire. Provided that in the event of the **Named Insured** becoming entitled to a refund of all or part of such expenses from any other source, the Company will only be liable for the excess of the amount recoverable from such other source and within the limits provided in the Schedule.

IN-PATIENT

means a person who is confined in a **Hospital** as a registered bed patient for at least one (1) day.

SICKNESS

means sickness or disease contracted and commencing after sixty (60) days from the effective date of this **Policy** as to the **Named Insured** whose sickness is the basis of claim.



PART 3. BENEFITS

The coverages stated hereunder are valid only in respect of the benefits specifically indicated in the **Schedule** by the insertion of the **Sum Insured** and the **Insured** has paid the agreed additional premium for same.

SECTION 1: ACCIDENTAL DEATH

When **Injury** results in loss of life of a **Named Insured** within three hundred sixty-five (365) days from the date of the accident, the Company will pay the **Sum Insured**, less any other amount paid or payable under Sections 2 & 3.

SECTION 2: PERMANENT TOTAL DISABILITY

When, as the result of the **Injury** and commencing within three hundred sixty-five (365) days after the date of the accident, the **Named Insured** is totally and permanently disabled, and such disability has continued for a period of twelve (12) consecutive months and is total, continuous and permanent at the end of this period, the Company will pay the **Sum Insured** less any other amount paid or payable under Section 3. The **Sum Insured** will be paid in one lump sum up to the maximum shown in the **Schedule**.

Totally and permanently disabled

Wherever used under this section, it means the **Named Insured** is unable to engage in his/her own or a suited occupation or employment for compensation or profit for which the **Named Insured** is reasonably qualified by education, training or experience.

If at the time of the loss the **Named Insured(s)** is unemployed, then Totally and Permanently Disabled shall mean the total and permanent inability to perform all the **Reasonable and Customary** duties and activities of a person of like age and sex. If the **Named Insured's** age is 65 years or more, then Totally and Permanently Disabled shall mean the **Named Insured** is incapable of performing at least four (4) of the following activities of daily living:

1. Washing: the ability to wash by any means, such that a reasonable level of personal cleanliness can be maintained;
2. Feeding: the ability to consume food and drink which has been prepared and made available;
3. Dressing: the ability to put on, take off, fasten and unfasten all necessary clothing and, as appropriate, any braces, artificial limbs or other surgical appliances;
4. Toileting: the ability to get on and off the toilet or commode;
5. Continence: the ability to manage bowel or bladder function, using protective undergarments or surgical appliances if appropriate, such that a reasonable level of hygiene can be maintained;
6. Mobility: the ability to move from one room to another in the normal place of residence.

The failure of performing the activities of daily living specified above, occurs when the **Named Insured** is unable to perform that function even with the use of special equipment and always requires the physical assistance of another person throughout the entire activity. If the **Named Insured** can perform the activity with the assistance of some mechanical device, then the **Named Insured** will not be considered as failed the activities of daily living.

Limitations and termination of individual insurance

No indemnity will be paid under any circumstances for more than one of the losses, the greatest for which provision is made in Section 1 "Accidental Death", or Section 2 "Permanent Total Disability", or Section 3 "Permanent Partial Disability". The occurrence of any specified loss/losses in respect of a covered **Named Insured** for which the full **Sum Insured** is payable shall at once terminate his/her insurance under the **Policy**, but such termination shall be without prejudice to any claim originating out of the accident causing such loss.

SECTION 3: PERMANENT PARTIAL DISABILITY

When **Injury** results in any of the following losses within three hundred sixty-five (365) days from the date of the accident, the Company will pay for the loss of:

LOSSES	PERCENTAGE OF THE SUM INSURED
Total loss of sight of both eyes	100%
Complete deafness of both ears (of traumatic origin)	100%
Complete loss of speech	100%
Loss of both arms or both hands	100%
Loss of both legs or both feet	100%
Loss of one arm and one leg	100%
Loss of one arm and one foot	100%
Loss of one hand and one leg	100%
Loss of one hand and one foot	100%
Total removal of the lower jaw	100%
HEAD	PERCENTAGE OF THE SUM INSURED
Partial removal of the lower jaw (rising section in all or half of the maxillary bone)	40%
Total loss of sight of one eye	40%
Complete deafness of one ear	30%
Loss of osseous substance of the skull in all its thickness	20%
UPPER LIMBS	PERCENTAGE OF THE SUM INSURED
Loss of one arm or one hand	60%
Considerable loss of osseous substance of the arm (definite and incurable lesion)	50%
Amputation of four fingers of one hand including the thumb	45%
Total loss of use of the thumb	20%
Partial loss of the thumb (nail phalanx)	10%
Amputation of any finger other than the thumb	8%
Amputation of a phalanx of any finger other than the thumb	3%
LOSS LOWER LIMBS	PERCENTAGE OF THE SUM INSURED
Total loss of use of leg	60%
Total loss of foot (tibia-tarsal disarticulation)	45%
Amputation of all toes of one foot	25%
Amputation of four toes of one foot including the big toe	20%

LOSS LOWER LIMBS	PERCENTAGE OF THE SUM INSURED
Amputation of the big toe	10%
Amputation of one toe other than the big toe	3%
Shortening of the lower limb by 1 to 5 cm	10%
Shortening of the lower limb by more than 5 cm	30%
Ankylosis of the knee	20%
Ankylosis of the hip	40%

Ankylosis of the fingers (other than thumb and forefinger) and of the toes (other than the big toe) shall entitle only to 50% of the compensation which would be due for the loss of the said members.

Permanent disabilities not mentioned above shall be compensated in accordance with their seriousness as compared of those listed.

The total or partial functional disablement of a limb or an organ is treated like the total or partial loss of the said limb or organ.

In case of anatomical loss or reduction in the function of a limb or an organ already impaired, the indemnity percentage shall be reduced according to the degree of pre-existing disability and in proportion to the loss of the function.

In case of several injuries affecting the same limb or organ, the disability rate shall not exceed the percentage provided for the total loss of the said limb or organ.

In case of several disabilities caused by the same accident, the indemnity is established by adding the percentages corresponding to each single loss, up to a maximum limit of 100%.

SECTION 4: DOUBLE INDEMNITY

The indemnities payable under Sections 1, 2, and 3 shall be doubled if the **Injury** results to Accidental Death or Permanent Total Disability or Permanent Partial Disability of the **Named Insured** within three hundred sixty-five (365) days after the date of the accident occurring:

- a. while riding as a fare paying passenger on any public conveyance licensed and approved to carry passengers for hire including as an air commercial passenger subject to the flying coverage as limited below in Part 4.
- b. while riding as a passenger in a regular passenger elevator car (elevators in mines excluded).
- c. in consequence of the burning of any theater, hotel or other public building in which the **Named Insured** shall be at the commencement of the fire.

SECTION 5: ACCIDENT MEDICAL EXPENSE REIMBURSEMENT

When, as the result of **Injury** occurring to the **Named Insured** while this **Policy** is in force, the **Named Insured** incurs **Medical Expenses**, the Company will reimburse the necessary **Reasonable and Customary Medical Expenses**, which are in excess of the deductible (if any) stated in the **Schedule**, but not to exceed the amount payable stated in the **Schedule** as the result of any one accident.

SECTION 6: TEMPORARY TOTAL DISABILITY

When, as the result of the **Injury** and commencing within ninety (90) days from the date of the accident, the **Named Insured** is Totally Disabled as defined herein, the Company will pay periodically the weekly benefit stated in the **Schedule**, for a maximum period of One Hundred and Four (104) weeks, or until the **Named Insured** attains seventy (70) years of age, whichever occurs first and during which time the **Named Insured** shall continue to be Totally Disabled, commencing immediately following the **Elimination Period** specified in the **Schedule**.

If the **Named Insured** is Totally Disabled for a portion of a week, one seventh (1/7) of the weekly benefit shall be payable for each day the **Named Insured** is Totally Disabled, subject to the **Elimination Period**.

The **Elimination Period** under this section commences with the first day the **Named Insured** is Totally Disabled.

“**Totally Disabled**” wherever used herein means the **Named Insured** is unable, due to **Injury**, to engage in any occupation or employment for compensation or profit for which the **Named Insured** is reasonably qualified by education, training or experience.

Limitations

Notwithstanding anything to the contrary in this **Policy**, the following limitations apply to this section:

This benefit shall automatically cease, and the Company shall not be liable to pay any weekly benefit, upon the occurrence of any of the specified loss/losses under Section 1 “Accidental Death”, or Section 2 “Permanent Total Disability”, or Section 3 “Permanent Partial Disability”, in respect of a covered **Named Insured** for which the **Sum Insured** becomes payable.

If at the time of claim, the weekly benefit stated in the **Schedule** exceeds seventy five percent (75%) of the **Named Insured’s** actual weekly income, the Company will reduce the weekly benefit to an amount equal to seventy five percent (75%) of the **Named Insured’s** actual weekly income as at the time of claim.

The **Named Insured** shall, if so required, as condition precedent to payment of this accident disability income benefit, prove that the weekly benefit amount does not exceed 75% of his/her weekly income at the time of claim.

Recurrent disability

If, following a period of total disability for which indemnity is paid or payable under this section, the **Named Insured** shall resume a regular occupation, or any occupation for which the **Named Insured** is reasonably fit, and performs the duties thereof for a continuous period, any subsequent disability resulting from or contributed to by the same cause or causes shall be deemed a continuation of the same disability and the Company’s liability for the entire period shall be subject to the limitations applicable in this section.

SECTION 7: HOSPITAL INCOME BENEFIT

When, as the result of **Injury** or the commencement of **Sickness**, a **Named Insured** shall necessarily be confined within a **Hospital** as an **In-patient** under the continuous attendance of a **Physician**, the Company will pay the weekly benefit stated in the **Schedule**, for each week that the **Named Insured** shall be confined therein, up to fifty-two (52) weeks, commencing immediately following the **Elimination Period** stated in the **Schedule**.

If the **Named Insured** is confined for a portion of a week, one seventh (1/7) of the weekly benefit shall be payable for each day of confinement subject to the **Elimination Period**.

The **Elimination Period** under this section commences with the first day the **Named Insured** is confined in Hospital, for which no benefits are payable.

Successive periods of hospital confinement

If, within twelve (12) months following a period of **Hospital** confinement for which indemnity is paid or payable under this section, the **Named Insured** shall be readmitted and confined as an **In-patient**, due to the same or related causes, the Company’s liability for the entire period shall be subject to the limitations applicable in the part or parts of this **Policy** under which the original period of confinement was indemnified. If subsequent confinement as an **In-patient** is separated by more than twelve (12) months, the confinement will be considered a new period of confinement and indemnified in accordance with the appropriate provisions of this **Policy**.

Exceptions specific to this section

In addition to the general exceptions listed in Part 7 of this **Policy**, this section shall not cover **Hospital** confinement resulting from or related to:

1. Donation of organs;
2. any fertility related procedure, pregnancy, miscarriage, childbirth, or any nonmalignant disease occurring in or in connection with the female organs of reproduction;
3. abuse of alcohol, poison, narcotics or drugs other than under the direction of a **Physician**;
4. general check-ups and investigative procedures;
5. cosmetic or plastic surgery, except as a result of **Injury**;
6. any mental or nervous disorder or rest cures;
7. stay in sanatoriums for whatever reason and whatever treatment

Double indemnity

The weekly benefit payable under this section shall be doubled only if specifically mentioned in the **Schedule** under this section and the **Insured** has paid the agreed additional premium for same and when a **Named Insured** shall be confined within a **Hospital**:

1. In the United States of America, or Canada or in one of the countries of Europe, as a result of the occurrence of the **Injury** or the commencement of the sickness during his/her visit in one of the said countries.
This coverage shall not apply if the **Named Insured** transfers his/her permanent residence to one of the aforementioned countries.
2. Due to a heart attack or cancer,
3. In the ICU (Intensive Care Units).

SECTION 8: REPATRIATION

Reimbursement of expenses up to the amount stated in the **Schedule** incurred in shipping the body of the **Named Insured** to his home country, in case of death due to accident covered under Section 1.

Expenses include the cost of: embalming, coffin, transportation of the body and transportation of any person accompanying the body.

SECTION 9: PASSIVE WAR RISK

Subject to the terms and conditions of this **Policy**, the Company shall be liable for claims that become payable on Accidental Death / Permanent Total Disability / Permanent Partial Disability as a result of war or war-like operations (whether war be declared or not), provided that the war either takes place in the country of residence of the **Named Insured** and the **Named Insured** does not actively participate in any of the above-mentioned events or the **Named Insured** is involuntarily affected by suddenly occurring war or war-like operations while travelling outside the country of residence where the **Named Insured** remains no more than 28 days following the outbreak. For the avoidance of doubt, it is understood that the Company shall not be liable if the **Named Insured** is travelling to a country after war has been declared in that country or after it has been recognized as a war zone or that country is exposed to warlike operations.

In no case shall the Passive War Risk be covered in Iraq, Syria, Afghanistan and Palestine.

For the purposes of the passive war risk cover hereunder, solely Accidental Death / Permanent Total Disability / Permanent Partial Disability resulting directly and independently of all other causes from bodily **Injury** effected through external, violent and visible means shall be insured, provided the death materializes within a period of 6 months after the bodily **Injury** has occurred.

PART 4. FLYING COVERAGE

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

PART 5. POSTPONEMENT OF EFFECTIVE DATE

No insurance provided by this **Policy** shall become effective as to a **Named Insured** if such **Named Insured** is **Hospital** confined, disabled, or receiving payment for a claim when such insurance would otherwise take effect. The coverage on such person shall take effect thirty-one (31) days after such **Hospital** confinement or disability terminates or complete recovery, whichever is later.

PART 6. EXPIRATION OF COVERAGE

Coverage under each section of this **Policy** will automatically expire when the **Named Insured** attains the age of:

- 75 years under sections 1, 2, 3, 4 & 9
- 69 years under sections 5, 6,7 & 8

PART 7. GENERAL EXCEPTIONS

This **Policy** does not cover losses that are directly or indirectly related to:

1. Any Loss caused by or resulting from:

- a. Intentionally self-inflicted **Injury**, suicide or any attempt thereof while the Insured and/or **Named Insured** is sane or insane;
- b. Passive war, war, invasion, act of foreign enemy, hostilities or warlike operations (whether war be declared or not), mutiny, riot, civil commotion, strike, civil war, rebellion, revolution, insurrection, terrorism act, shelling, snipping, ambushes, and all acts of similar nature. Terrorism act is defined as the use of force or violence of any person or group of persons designated to intimidate or influence any government or the public or the economy in connection with political, social, religious, ideological or similar objectives;
- c. Atomic energy (nuclear reactions, radiation and contamination), biological and chemical contamination;
- d. Any period during which a **Named Insured** is serving in the armed forces of any country, whether in peace or war;
- e. Criminal act or breach of law committed by the **Named Insured**;
- f. Congenital anomalies and conditions arising out of or resulting there from;
- g. **Pre-existing Conditions**;
- h. Any claim caused by an opportunistic infection or malignant neoplasm, or any other sickness condition, if, at the time of the claim, the **Named Insured** had been diagnosed as having AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), ARC (AIDS Related Complex) or having an antibody positive blood test to HIV (Human Immune Virus).
- i. Kidnap and ransom;
- j. Bacterial infections except phylogenetic infections which shall occur through an accidental cut or wound covered within the scope of this **Policy**;
- k. Medical or surgical treatment except as may be necessary solely as a result of **Injury**;
- l. Any bodily injury which shall result in hernia;
- m. Dental care or surgery except to sound natural teeth as occasioned by **Injury**;
- n. The **Named Insured** being under the influence of intoxicants.

2. Any loss occurring while:

- a. The **Named Insured** is flying in any aircraft or device for aerial navigation except as specified in Part 4 - Flying Coverage.
- b. The **Named Insured** is practicing or participating in hazardous or professional sports, competitions, races, contests, matches in land, air or sea.

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

PART 8. UNIFORM PROVISIONS

1- ENTIRE CONTRACT:

This **Policy**, together with the **Schedule** and the **Proposal Form**, as well as any forms, and endorsements hereto, constitute the entire contract of insurance.

No change in this **Policy** shall be valid until approved by an officer of the Company and unless such approval be endorsed hereon or attached hereto. No agent has authority to change this **Policy** or to waive any of the provisions of this **Policy**.

2- CONSIDERATION:

This **Policy** is issued on basis of the declaration made in the **Proposal Form** for insurance or request for reinstatement, and in consideration of the payment in advance of the premium specified in the **Schedule**.

Concealment of facts or false statements in the declarations made by the **Named Insured** which affects the acceptance of the risk by the Company shall invalidate the **Policy** from its inception or reinstatement date.

3- EFFECTIVE DATE:

This **Policy** takes effect on the effective date stated on the **Schedule** under a condition that the premium has been fully paid. All periods of insurance shall begin and end at 12:01 am at the residence of the **Named Insured**.

4- RENEWAL CONDITIONS:

Unless renewed as provided below, this **Policy** shall terminate at the expiration of the period for which premium has been paid. This **Policy** may be renewed with the consent of the Company from term to term by the payment in advance of the total premium specified by the Company, which premium shall be at the Company's premium rate in force at the time of renewal, subject to all other terms and conditions of this **Policy**.

5- CHANGE OF BENEFICIARY:

No change of beneficiary under this **Policy** shall bind the Company, unless consent there to is formally endorsed thereon by an officer of the Company.

6- MEDICAL EXAMINATION:

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

7- LEGAL ACTIONS:

No action at law or in equity shall be brought to recover on this **Policy** prior to the expiration of sixty (60) days after written proof of loss has been furnished in accordance with the requirements of this **Policy**. No such action shall be brought after the expiration of two (2) years after the time written proof of loss is required to be furnished.

8- MISSTATEMENT OF AGE:

If the age of any **Named Insured** has been misstated, all amounts payable under this **Policy** shall be such as the premium paid would have purchased at the correct age. In the event of the **Named Insured** has been misstated, and if according to the correct age of the **Named Insured**, the coverage provided by the **Policy** would not have become effective, or would have ceased prior to the acceptance of such premium or premiums, then the liability of the Company during the period the **Named Insured** is not eligible for coverage shall be limited to the refund, upon written request, of all premiums paid for the period not covered by the **Policy**.

9- ASSIGNMENT:

No assignment of interest under this **Policy** shall be binding upon the Company unless and until the written original or a duplicate thereof is filed with the Company. The Company does not assume any responsibility for the validity of an assignment.

10- CANCELLATION:

The Company may cancel or modify this **Policy** at any time by written notice delivered to the Insured or mailed to the last address as shown by the records of the Company, stating when, not less than fifteen (15) days thereafter, such cancellation or modification shall be effective. In the event of cancellation, the Company will return promptly the pro-rata unearned portion of any premium actually paid by the **Insured**. Such cancellation shall be without prejudice to any claim originating

prior thereto.

In the event the **Policy** is cancelled by the **Named Insured**, the earned premium shall be computed in accordance with the short rate table shown below:

Validity period of the Policy before requesting cancellation	The proportional amount of the premium to be paid by the Company to the Insured
1-30 days	75%
31-120 days	50%
121-180 days	35%
181-270 days	15%
271-365 days	0%

11- CHANGE OF OCCUPATION:

For continued coverage under this **Policy**, the Company must be immediately informed of any change of the **Named Insured's** occupation. If a **Named Insured** sustains a loss after having changed occupation other than what is declared on the **Proposal Form**, then the Company has the right to reject the claim and cancel the **Policy** immediately.

12- CHANGE OF ADDRESS:

For continued coverage under this **Policy**, the Company must be immediately informed of any change of the **Named Insured's** address, and/or business location.

If a **Named Insured** sustains a loss after having changed his/her address and/or business location to a country other than what is declared on the **Proposal Form**, then the Company will apply the Company's prevailing rules pertaining to the terms of insurance coverage in the new country, if any, from the date of change of address and/or business location or from the **Policy** renewal date immediately preceding one receipt of a proof of a change of address and/or business location, whichever is later.

In applying this provision, the Company's prevailing rules pertaining to insurance coverage in the new country shall be the rules promulgated by the Company prior to the occurrence of the loss covered under this **Policy**, or prior to the date of receipt of a proof of a change of address and/or business location.

13- COMPLIANCE WITH POLICY PROVISIONS:

Failure to comply with any of the provisions contained in this **Policy** shall invalidate all claims hereunder.

14- CONFORMITY WITH STATUTES:

Any provision of this **Policy** which, on this **Policy** effective date, is in conflict with the statutes of the jurisdiction in which this **Policy** is delivered is hereby amended to conform to the minimum requirements of such statutes.

15- FALSE DECLARATION:

All benefits, indemnities or rights under this **Policy** will be forfeited in case of **Named Insured** or his representative submits any false or fraudulent information or mis-description or withholds any information or uses any fraudulent means or devices either for effecting this insurance or for obtaining any benefit or indemnity under this **Policy**; in which case, this **Policy** shall be considered null and void with effect from its inception without any prior notice or advice and the **Named Insured** admits the Company's right to retain all the premiums paid.

16- PRESCRIPTION PERIOD:

All actions arising out of this **Policy** are prescribed after 2 years dating from the event giving rise thereto. But this period will run:

1. In the event of non-disclosure, omission, false or incorrect statement concerning the risk only from the day on which the Company had knowledge thereof.
2. In the event of a claim, only from the day the claimants had knowledge thereof provided they establish that they had no prior knowledge of it.

When the action of the **Named Insured** against the Company has been occasioned by the claim of a third party, the

prescription period runs only from the day when the third party commences a legal action against the **Named Insured** or was indemnified by the **Named Insured** with the Company's approval.

17- DISPUTE SETTLEMENT:

If any difference arises out of this **Policy**, the Company shall immediately notify the **Insured** in writing of his right to refer the difference to the competent court of the place of issuance of this **Policy**.

If the Company shall disclaim liability for any claim hereunder and such claim, within twenty-four calendar months from the date of such disclaimer, have not been referred to the competent court under the provisions herein contained, then the claim shall for all purposes be deemed to have been abandoned and shall not thereafter be recoverable hereunder.

18- JURISDICTION:

Any dispute arising out of this **Policy** falls within the jurisdiction of the courts of the country of issuance of this **Policy**.

19- NOTICE OF CLAIM:

Written notice of claim must be given to the Company within ten (10) days after the occurrence or commencement of any loss covered by this **Policy**, or as soon thereafter as is reasonably possible. In the event accidental loss of life is covered by this **Policy**, immediate notice thereof must be given to the Company. Written notice of claim given by or on behalf of the **Named Insured** to the home office of the Company, or to any authorized official of the Company with information sufficient to identify the **Named Insured** shall be deemed as notice to the Company.

20- CLAIM FORMS:

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

21- TIME FOR FILING CLAIM FORMS:

Completed claim forms, written proof of loss and all related documents requested by the Company must be furnished to the Company within thirty (30) days after the date of such loss. Failure to furnish such proof within the time required shall not invalidate nor reduce any claim if it was not possible to give proof within such time. However, no proof will be accepted if furnished later than one (1) year from the time the loss occurred.

22- TIME OF PAYMENT OF CLAIM:

Benefits payable under this **Policy** for any loss other than loss for which this **Policy** provides any periodic payment will be paid upon receipt of due written proof of such loss satisfactory to the Company. Subject to due written proof of loss, all accrued benefits for loss for which this **Policy** provides periodic payment will be paid monthly and any balance remaining unpaid upon the termination of liability will be paid upon receipt of due written proof.

23- TO WHOM INDEMNITIES ARE PAYABLE:

Indemnity, if any, for loss of life of a **Named Insured** is payable to the beneficiary of such **Named Insured** named in the **Proposal Form** provided such beneficiary survives the **Named Insured** by thirty (30) days, otherwise to the estate of the **Named Insured**. All other indemnities of this **Policy** are payable to the **Named Insured**, if living.

Any payment made by the Company in good faith pursuant to this provision shall fully discharge the Company to the extent of the payment.

PART 9. ADDITIONAL CLAUSES

ABC (NUCLEAR, BIOLOGICAL OR CHEMICAL) TERRORISM EXCLUSION

Notwithstanding any other provision in this **Policy**, the Company shall not be liable for claims directly or indirectly caused by, resulting from, or in connection with acts of terrorism by making use of nuclear, biological or chemical weapons or material, or action taken in controlling, preventing, suppressing or in any way relating to any such act of terrorism, regardless of any other cause or event contributing concurrently or in any other sequence of the loss. An act of terrorism means an act – whether involving violence or the use of force or not – or the threat or the preparation thereof, of any person or group(s) of persons – whether acting alone or on behalf of or in connection with any organization(s) or government (s) – which:

- Appears to be intended to intimidate or influence a de jure or de facto government or the public or a section of the public or disrupt any segment of the economy
- From its nature or context is done in connection with political, social, religious, ideological or similar causes or objectives.

In any case, active participation of the **Named Insured** in any act of terrorism – whether making use of nuclear, biological or chemical weapons or material or not – shall be excluded.

SANCTION LIMITATION AND EXCLUSION CLAUSE

This cover shall be considered as null and void and the Company shall not be liable to pay any claim or provide any benefit hereunder if:

The **Named Insured** or **Beneficiary** is, becomes or belongs to any country or regime and/or organization and/or entity and/or corporation and/or individual, or is even related directly or indirectly to countries, regimes, organizations, entities, corporations or individuals that are or become subject to any sanction, prohibition or restriction under the United Nations resolutions or the trade or economic sanctions, laws or regulations of the European Union, United Kingdom, United States of America, Gulf Cooperation Council and Arab League.

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 the United Nations resolutions or the trade or economic sanctions, laws or regulations of the European Union, United Kingdom, United States of America, Gulf Cooperation Council and Arab League.

TOTAL ASBESTOS EXCLUSION

It is hereby understood and agreed that this **Policy** shall not apply to and does not cover any loss or damage or actual or alleged liability whatsoever for any claim or claims in respect of loss or losses directly or indirectly arising out of, resulting from or in consequence of asbestos, in whatever form or quantity.

PART 10. CLAIMS PROCEDURE

When a loss occurs, a written notice of claim must be given to the Company within ten (10) days after the occurrence or commencement of any loss covered by the Policy, or as soon thereafter as is reasonably possible.

A written notice of claim sent to the Company with sufficient loss details including insured name and policy number shall be deemed a sufficient notification to the Company.

The Company, upon receipt of a notice of claim, will furnish to the insured a "Claim Form". This form will state all the required documents based on the nature of the loss.

For any further assistance, contact us on our phone numbers or emails shown in Part 12.

PART 11. COMPLAINT PROCEDURE

We, Arabia Insurance Company SAL, aim to deliver the highest standards at all times.

If you find yourself dissatisfied with any of our services, we will be more than glad to hear from you.

We promise to respond promptly to your concern, and to work with you in order to resolve your dissatisfaction, in a fair manner.

We will acknowledge receipt of your complaint within one (1) working day from the date of submittal and will keep you informed about the progress of your complaint along the way, until we finalize it.

CONTACT

Lebanon: complaints-lb@arabiainsurance.com

GCC: complaints-gcc@arabiainsurance.com

PART 12. COMPANY OFFICES

Arabia Offices

Lebanon

Arabia Insurance Company s.a.l. – Paid up capital L.L. 51,000,000,000 – Commercial Court Register 1889 – Insurance Register 2, dated 11/9/1956 – Subject to Decree 9812 of 4/5/1968 MOF # 4976

Ain Mreisseh
Tripoli
Chtaura

(961-1) 360 889/893 Fax: 360 071
(961-6) 440 974 Fax: 440 974
(961-8) 545 210 Fax: 545 310

arabia-lebanon@arabiainsurance.com
For claims:
P&CClaims.lb@arabiainsurance.com

United Arab Emirates

Arabia Insurance Company s.a.l. - Foreign Company - Paid up Capital L.L. 51,000,000,000- Commercial Register no.41691 Dubai - Commercial Register no.21159 Sharjah - Trade License no. 201756 Dubai - Trade License no. 12903 Sharjah - Trade License no. CN-1001344 Abu Dhabi - Trade License no. CN-1002574 Al Ain - Subject to UAE Federal Law no.6/2007 - Insurance Authority no.20

Dubai
Sharjah
Abu Dhabi
Al Ain

(971-4) 228 0022 Fax: 227 0022
(971-6) 517 1666 Fax: 517 1667
(971-2) 674 4700 Fax: 674 5700
(971-3) 764 1196 Fax: 764 3785

arabia-uae@arabiainsurance.com
For claims:
P&CClaims.UAE@arabiainsurance.com

Bahrain

Arabia Insurance Company s.a.l. – Foreign Company - Paid up capital L.L. 51,000,000,000- Commercial Court Register 532-1 – Regulated by Central Bank of Bahrain - Insurance License No: OI/004, dated 10/05/1961

Manama

(973-17) 211 174 Fax: 213 985

arabia-bahrain@arabiainsurance.com
For claims:
P&CClaims.Bn@arabiainsurance.com

Kuwait

Arabia Insurance Company s.a.l. – Foreign Company - Paid up capital L.L. 51,000,000,000 – Commercial Register No. 44 Kuwait - Subject to Insurance Companies and Agents Law No. 24/1961 - Insurance License No. 7 - General Agents: Mohamed Abdul Rahman Al Bahar Est.

arabia-kuwait@arabiainsurance.com
For claims:
P&CClaims.Kw@arabiainsurance.com

Qatar

Arabia Insurance Company s.a.l. – Foreign Company - Paid up capital L.L. 51,000,000,000 – Registered in the Lebanese Commercial Court under No: 1889 – Commercial Registration no: 347 - Licensed by Qatar Central Bank License no: 1966/4, in accordance with the provisions of the QCB Law and the Financial Institutions Regulations issued by law number 13 for the year 2012.

Doha

(974) 4442 2682 Fax: 4444 6487

arabia-qatar@arabiainsurance.com
For claims:
P&CClaims.Qt@arabiainsurance.com

الحوادث الشخصية الشروط العامة



مرحباً بكم في شركة التأمين العربية ش.م.ل .

شكراً لاختيارك شركة التأمين العربية لتأمين حوادثك الشخصية. أنت الآن مغطى ومؤمن من قبل إحدى أهم شركات التأمين في الشرق الأوسط. في الواقع، إن وثيقة التأمين هذه مصممة خصيصاً لتزويدك بأفضل تغطية. ستجد في هذا الكتيب شرحاً مفصلاً لوثيقة تأمين حماية حوادثك الشخصية. وهذا الكتيب يشرح ويفصل الشروط العامة للإشتراك والتغطية. كما يشرح الكتيب كيفية تقديم المطالبة، إذا استدعت الحاجة.

نرجو أن تأخذ دقيقة من وقتك لتقرأ هذا الكتيب بتمعن كي تعي ما هي تفاصيل التغطية في وثيقة التأمين وما هي حقوقك ومسؤولياتك. لا تتردد بالتواصل معنا على مركز الاتصال لدى الشركة أو الإتصال على أحد أرقام فروع شركة التأمين العربية. فنحن وبكل سرور سنساعدك ونشرح لك الشروط والنقاط التفصيلية للبوليصة.

ونرجو منك الإحتفاظ بهذه الوثيقة في مكان آمن للإستعانة بها في المستقبل لأنها دليل على تعهدنا بتأمين أفضل تغطية ممكنة.

شكراً لك مرة أخرى على اختيارك التأمين العربية وكل يوم وأنت بخير.



٣	الجزء الأول: المقدمة
٤	الجزء الثاني: التعريفات
٦	الجزء الثالث: المنافع
٦	القسم الأول: تعويض فقدان الحياة نتيجة حادث
٦	القسم الثاني: تعويض العجز الكلي الدائم
٧	القسم الثالث: تعويض العجز الجزئي الدائم
٨	القسم الرابع: التعويض المضاعف
٨	القسم الخامس: تعويض النفقات الطبية الناجمة عن حادث
٨	القسم السادس: تعويض العجز الكلي المؤقت
٩	القسم السابع: تعويض الدخل خلال الاستشفاء
١٠	القسم الثامن: إعادة الجثمان
١٠	القسم التاسع: أخطار الحرب السلبية
١١	الجزء الرابع: تغطية السفر جواً
١١	الجزء الخامس: تأجيل تاريخ النفاذ
١١	الجزء السادس: انتهاء التغطية
١٢	الجزء السابع: الإستثناءات العامة
١٣	الجزء الثامن: أحكام وشروط عامة
١٦	الجزء التاسع: شروط إضافية
١٦	الجزء العاشر: إجراءات الحوادث
١٧	الجزء الحادي عشر: إجراءات الشكاوى
١٨	الجزء الثاني عشر: مكاتب الشركة

الجزء الأول: المقدمة

إن شركة التأمين العربية ش.م.ل. (المسماة فيما يلي "الشركة") وبناءً على طلب التأمين وكافة المعلومات والبيانات المقدمة من قبل المؤمن عليهم المسمين المذكورين في الجدول المرفق التي تشكّل جزءاً لا يتجزأ من هذه البوليصة، تتعهد بتغطية المؤمن عليهم المسمين ضد الأخطار المغطاة بموجب هذه البوليصة وفقاً للأحكام والتحديدات والنماذج والإستثناءات المتضمنة هنا.

إن التأمين بموجب هذه البوليصة يشمل فقط المنافع المشار إليها في الجدول المرفق مقابل كل منها مبلغ محدد كما هو مبين في الجدول المرفق. صدرت هذه البوليصة بشريطة الدفع سلفاً لإجمالي القسط المحدد في الجدول المرفق.

إن جميع المبالغ المستحقة الدفع بموجب هذه البوليصة من قبل الشركة أو لها تدفع بالعملة المذكورة في الجدول. إن المنافع والأحكام والشروط المبينة في هذه الصفحة والصفحات التالية وفي النماذج المرفقة هنا تعتبر جزءاً لا يتجزأ من هذه البوليصة.



الجزء الثاني: التعريفات

أيّنها وردت هذه العبارات أدناه في هذه البوليصّة. فهي تعني حصراً المعاني الواردة أدناه حيث أن هذه العبارات محددة باللون الاسود:

المؤمن عليه

يعني حامل البوليصّة كما هو مذكور في طلب التأمين والجدول المرفق.

المعالين

تعني العزّاب من أولاد المؤمن عليه و/أو من زوجه، الذين هم دون الـ 19 من العمر والمعالين بشكل أساسي من المؤمن عليه والمسمين في طلب التأمين أو المشمولين بموجب تظهير.

المؤمن عليه المسمى

أو المؤمن عليهم المسمين) تعني الشخص المطلوب التأمين له و/أو زوجه و/أو معاليه المذكورين في طلب التأمين.

الجدول

يعني جدول المنافع المرفق ربطاً هذه البوليصّة والذي يشكل جزءاً لا يتجزأ منها والذي يشمل التفاصيل المتعلقة بالمؤمن عليه المسمى، مدة التأمين، المنافع المغطاة، المبلغ الأساسي، وتفاصيل وأحكام خاصة تطبق على هذه البوليصّة.

إصابة

تعني إصابة جسدية تقع على المؤمن عليه المسمى، خلال مدة سريان مفعول هذه البوليصّة وتشكل أساساً لمطالبته، بواسطة عوامل خارجية، عنيفة وطارئة والتي تكون ثابتة بوجود كدمة أو جرح ظاهرين على خارج الجسد وتؤدي مباشرة وإستقلالاً عن جميع الأسباب الأخرى إلى خسارة مغطاة في هذه البوليصّة.

المبلغ الأساسي

يعني المبلغ المذكور في الجدول بالنسبة لكل إصابة.

طبيب

يعني شخص مرخص قانوناً لمزاولة الطب و / أو الجراحة غير المؤمن عليه المسمى أو أحد أفراد عائلة المؤمن عليه المسمى المباشرة.

مستشفى

تعني مؤسسة تتوفر فيها جميع المتطلبات لعلاج وجراحة المرضى وحائزة على رخصة للعمل كمستشفى وتحمل الرخصة المطلوبة قانوناً في البلد أو في منطقة السلطة الحكومية وليست أساساً عيادة أو داراً للتمريض أو دار للراحة أو النقاهاة أو ما يشابهها، وليست مكاناً لمعالجة مدمني الخمر والمخدرات.

الحالة السابقة للتأمين

تعني أي إصابة أو حالة معروفة من المؤمن عليه المسمى أو تم تشخيصها أو تطلبت العلاج أو أوصى علاجها الطبيب قبل تاريخ نفاذ البوليصّة سواء تم التصريح عنها في الطلب أو في التصريح الصحي أو لم يتم التصريح عنها.

البوليصّة

تعني بوليصّة الحوادث الشخصية هذه.

طلب التأمين

يعني طلب التأمين الذي يعبأه ويوقعه طالب التأمين.

التصريح الصحي

يعني التصريح الطبي الذي يعبأه ويوقعه طالب التأمين.

المدة غير الداخلة في التعويض

تعني عدد الأيام المتتالية المبينة في الجدول التي لا يدفع تعويض عنها.

المعقولة والمتعارف عليها

تعني المصاريف الطبية المتكبدة عن المعالجة الطبية/ التجهيزات أو الخدمات الطبية الضرورية لمعالجة حالة المؤمن عليه المسمى على أن لا تتجاوز قيمة المصاريف الطبية المعتادة لحالة مماثلة في نفس المكان الذي يجري فيه العلاج، ولا تشمل المصاريف التي لا تقع في حال عدم وجود التأمين.

المصاريف الطبية

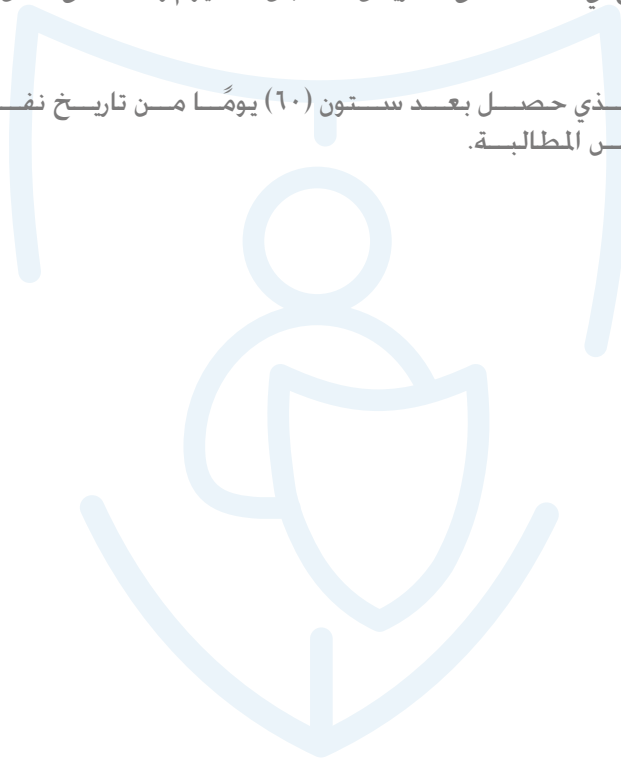
تعني المصاريف المتكبدة خلال ثلاثون (٣٠) يوماً من تاريخ الإصابة والتي دفعها المؤمن عليه المسمى إلى طبيب، جراح، ممرض، مستشفى أو خدمة إسعاف وذلك لعلاج طبي، جراحي، أشعة، مستشفى أو ترميض بما فيها ثمن المعدات الطبية وإيجار الإسعاف. يشترط أنه في حال يستحق المؤمن عليه المسمى إسترجاع كل أو جزء من المصاريف الطبية من أي مصدر آخر. فتكون الشركة في هذه الحالة ملزمة فقط بالمبلغ الذي يزيد عن المبلغ الممكن إسترجاعه من مثل هذا المصدر وضمن الحدود الواردة في الجدول.

المريض

يقصد به الشخص الذي يتلقى العلاج في المستشفى كمريض مسجل لمدة يوم واحد على الأقل.

المرض

يعني المرض الذي تم التقاطه والذي حصل بعد ستون (٦٠) يوماً من تاريخ نفاذ هذه البوليصة للمؤمن عليه المسمى الذي يعتبر مرضه أساس المطالبة.



الجزء الثالث: المنافع

إن التعويضات المذكورة أدناه تسري فقط إذا تم ذكرها صراحةً في الجدول وذلك في حال تم ادخال المبلغ الاساسي وفي حال دفع المؤمن القسط الاضافي المحدد لكل منها.

القسم ١ - تعويض فقدان الحياة نتيجة حادث

عندما تؤدي الإصابة بشكل مباشر إلى وفاة المؤمن عليه المسمى ضمن مدة ثلاثمئة وخمسة وستون (٣٦٥) يوماً من تاريخ الحادث، تدفع الشركة المبلغ الأساسي ناقص أي مبلغ آخر دُفع أو قابل للدفع بموجب القسمين ٢ و ٣.

القسم ٢ - تعويض العجز الكلي الدائم

إذا أصبح المؤمن عليه المسمى عاجزاً كلياً ودائماً نتيجة إصابة ضمن مدة ثلاثمئة وخمسة وستون (٣٦٥) يوماً من تاريخ الحادث وإستمر هذا العجز لمدة إثني عشر (٢) شهراً متتالياً وكان العجز كلياً ومستمراً ودائماً في نهاية هذه المدة، تدفع الشركة المبلغ الأساسي دفعة واحدة لغاية الحد الأقصى المحدد في الجدول ناقص أي مبلغ آخر دُفع أو قابل للدفع بموجب القسم ٣.

العجز الكلي والدائم

إن عبارة "عاجزاً كلياً ودائماً"، أينما وردت في هذا القسم، تعني عجز المؤمن عليه المسمى عن القيام بأي عمل أو وظيفة لقاء أجر أو ربح، يكون المؤمن عليه المسمى مؤهلاً له بصورة معقولة وفقاً لتعليمه أو ثقافته أو تدريبه أو خبرته.

إذا كان المؤمن عليه المسمى وقت وقوع الخسارة عاطلاً عن العمل فإن عبارة "عاجزاً كلياً ودائماً"، تعني العجز الكلي والدائم عن القيام بجميع المهام والنشاطات المعتادة والمألوفة لشخص في مثل سنه وجنسه.

إذا كان عمر المؤمن عليه المسمى ٦٥ سنة أو أكثر، فإن عبارة "عاجزاً كلياً ودائماً" تعني عجز المؤمن عليه المسمى عن القيام بأربع من نشاطات العيش اليومية التالية:

١. الإغتسال: القدرة على القيام بالاغتسال والحفاظ على النظافة الشخصية بصورة معقولة.

٢. الأكل: القدرة على القيام بأكل وشرب ما تم تحضيره.

٣. اللبس: القدرة على لبس وخلع وتثبيت وفك كل الملابس الضرورية أو أجهزة التقويم أو الأطراف الإصطناعية أو الأدوات الجراحية.

٤. المرحاض: القدرة على الجلوس والقيام عن كرسي المرحاض.

٥. كبح النفس: القدرة على السيطرة على أداء الإيماء أو المثانة، باستخدام ملابس داخلية للوقاية أو أدوات جراحية إذا دعت الحاجة وذلك للمحافظة على درجة معقولة من النظافة

٦. الحركة: القدرة على التحرك بين الغرف في مكان طبيعي للإقامة.

عدم القدرة على القيام بنشاطات العيش اليومية يتحقق عندما لا يتمكن المؤمن عليه المسمى من القيام بذلك النشاط حتى باستخدام معدات خاصة ويحتاج دائماً لمساعدة شخص آخر للقيام بذلك النشاط. إذا كان بإستطاعة المؤمن عليه المسمى القيام بالنشاط بإستعمال معدات ألية، لا يعتبر حينها أنه قد فشل في القيام بنشاطات العيش اليومية.

التحديات وإنهاء التأمين الفردي

لن يُدفع أي تعويض مهما كانت الظروف عن أكثر من خسارة واحدة من الخسائر التي يُعوض عنها بموجب القسم ١ "تعويض فقدان الحياة نتيجة حادث" أو القسم ٢ "تعويض العجز الكلي الدائم" أو القسم ٣ "تعويض العجز الجزئي الدائم" وما يُدفع هو التعويض عن الخسارة الأكبر فقط.

إن وقوع أي خسارة أو خسائر التي يُدفع عنها كامل المبلغ الأساسي، ينهي تأمين المؤمن عليه المسمى بموجب هذه البوليصة فوراً على أن هذا الإنهاء لن يؤثر في أية مطالبات نشأت عن الحادث الذي سبب الخسارة المذكورة.

القسم ٣ - تعويض العجز الجزئي الدائم

عندما تؤدي الإصابة إلى إحدى الخسائر المذكورة في جدول العجزات للمؤمن عليه ضمن مدة ثلاثمائة وخمسة وستون (٣٦٥) يوماً من تاريخ الحادث، تدفع الشركة النسب التالية من مبلغ التأمين:

النسبة المئوية من المبلغ الاساسي	الخسائر
٪ ١٠٠	فقدان تام للبصر في العينين
٪ ١٠٠	صمم تام في الأذنين (بسبب صدمة)
٪ ١٠٠	فقدان الذراعين أو اليدين
٪ ١٠٠	فقدان الساقين أو الرجلين
٪ ١٠٠	فقدان ذراع وساق
٪ ١٠٠	فقدان ذراع ورجل
٪ ١٠٠	فقدان يد وساق
٪ ١٠٠	فقدان يد ورجل
٪ ١٠٠	نزع الفك الأسفل نزحاً تاماً

النسبة المئوية من المبلغ الاساسي	الرأس
٪ ٤٠	نزع جزء من الفك الأسفل (أكان بكامل أو بنصف العظم الفكي)
٪ ٤٠	فقدان تام للبصر في عين واحدة
٪ ٣٠	صمم تام في أذن واحدة
٪ ٣٠	فقدان مادة عظمية في الجمجمة بكامل سماكتها

النسبة المئوية من المبلغ الاساسي	الأعضاء العليا
٪ ٦٠	فقدان ذراع أو يد
٪ ٥٠	فقدان هام لمادة عظمية في الذراع (إصابة نهائية غير قابلة للشفاء)
٪ ٤٥	بتر أربع أصابع من يد واحدة بما فيها الإبهام
٪ ٢٠	فقدان تام لإستعمال الإبهام
٪ ١٠	فقدان جزئي في الإبهام (لسلامي الظفرية)
٪ ٨	بتر أي أصبع غير الإبهام
٪ ٣	بتر سلامي من أي أصبع غير الإبهام

التسبة المئوية من المبلغ الاساسي	الأعضاء السفلى
٪ ٦٠	فقدان تام لإستعمال الساق
٪ ٤٥	فقدان الرجل بكاملها (فصلها عند التقاء عظم الرجل بعظم الساق)
٪ ٢٥	بتر جميع أصابع رجل واحدة
٪ ٢٠	بتر أربع أصابع من رجل واحدة بما فيها الاصبع الأكبر

النسبة المئوية من المبلغ الاساسي	الأعضاء السفلى
٪ ١٠	بتر الاصبع الاكبر للرجل
٪ ٣	بتر إحدى أصابع الرجل غير الاصبع الاكبر
٪ ١٠	قصر في الساق مقداره بين ١ و ٥ سنتيمترات
٪ ٣٠	قصر في الساق مقداره اكثر من ٥ سنتيمترات
٪ ٢٠	تصلب الركبة
٪ ٤٠	تصلب الورك

تصلب أصابع اليد (غير الإبهام والسبابة) والرجل (غير الأصبع الأكبر) يعطى الحق فقط بـ ٥٠٪ من التعويضات التي كانت تترتب فيما لو فقدت تلك الأعضاء.

كل عجز دائم غير مذكور في جدول العجزات أعلاه، يعوض عنه وفقاً لخطورته بالمقارنة مع العجزات المدرجة أعلاه.

إن العجز الكلي أو الجزئي الوظيفي لأحد الأطراف أو الأعضاء يعتبر كأنه فقدان كلي أو جزئي لهذا الطرف أو العضو.

في حال فقدان أو النقص الوظيفي لطرف أو لعضو متضرر، تخفض نسبة التعويض وفقاً لدرجة العجز الموجودة سابقاً وبنسبة الفقدان الوظيفي.

في حال حصول عدة إصابات لنفس الطرف أو العضو، فإن نسبة العجز المحفوظة لا يمكن أن تتعدى النسبة المحددة لفقدان الكامل لهذا الطرف أو العضو.

في حال عدة عجزات ناجمة عن ذات الحادث، يحتسب التعويض من مجموع النسب العائدة لكل عجز منفرد، لغاية حد أقصى قدره ١٠٠٪.

القسم ٤ - التعويض المضاعف

إن التعويضات التي تدفع بموجب الأقسام ١، ٢، ٣ تضاعف إذا أدت الإصابة إلى وفاة المؤمن عليه المسمى أو عجزه عجزاً جزئياً ودائماً أو عجزه عجزاً كلياً ودائماً ضمن مدة ثلاثمائة وخمسة وستون (٣٦٥) يوماً من تاريخ الحادث الذي يقع في الحالات التالية:

- بينما يكون راكباً بالأجرة في أية وسيلة عامة للنقل مرخصة ومسموح لها بنقل ركاب الأجرة مع الأخذ بعين الاعتبار تغطية السفر جواً المذكورة في الجزء الرابع ادناه.
- بينما يكون راكباً في مصعد منتظم للركاب (باستثناء مصاعد المناجم) أو
- نتيجة لإحترق أي مسرح أو فندق أو مبنى عام آخر يكون المؤمن عليه المسمى داخله عند بدء الحريق.

القسم ٥ - تعويض النفقات الطبية الناتجة عن حادث

عندما تؤدي الإصابة التي تحصل للمؤمن عليه المسمى عليه خلال مدة سريان هذه البوليصة إلى تكبد المؤمن عليه المسمى المصاريف الطبية، تدفع الشركة المصاريف الطبية "المعقولة والمتعارف عليها" على أن لا تزيد عن مبلغ المصاريف الطبية الواردة في الجدول عن كل إصابة واحدة.

القسم ٦ - تعويض العجز الكلي المؤقت

إذا أصبح المؤمن عليه المسمى نتيجة لإصابة، وخلال تسعين (٩٠) يوماً من تاريخ الحادث، عاجزاً كلياً مؤقتاً كما هو معرّف هنا، تدفع الشركة التعويض الأسبوعي المبني في الجدول ولمدة أقصاها مئة وأربعة (١٠٤) أسابيع أو حتى بلوغ المؤمن عليه المسمى السبعين (٧٠) من العمر أيهما الأسبق، والذي يستمر خلالها المؤمن عليه المسمى عاجزاً كلياً بدءاً من إنتهاء المدة غير الداخلة في التعويض المبينة في الجدول.

إذا كان المؤمن عليه المسمى عاجزاً كلياً لجزء من الأسبوع، تُدفع نسبة واحد على سبعة (1/7) من التعويض الأسبوعي عن كل يوم يكون المؤمن عليه المسمى عاجزاً كلياً بعد تطبيق المدة غير الداخلة في التعويض.

إن المدة غير الداخلة في التعويض في هذا القسم تبدأ من أول يوم يصبح فيه المؤمن عليه المسمى عاجزاً عاجزاً كلياً.

إن عبارة "عاجزاً عاجزاً كلياً" أينما وردت هنا تعني عجز المؤمن عليه المسمى بسبب إصابة عن القيام بأي عمل أو وظيفة لقاء أجر أو ربح يكون المؤمن عليه المسمى مؤهلاً له بصورة معقولة وفقاً لمؤهله العلمي أو تدريبه أو خبرته.

القيود

مع الأخذ بعين الاعتبار الاحكام المعاكسة في هذه البوليصة، تطبق القيود التالية في هذا القسم:

تنتهي هذه المنفعة تلقائياً ولن تدفع الشركة التعويض الأسبوعي عند حصول أي خسارة ضمن القسم ١ "تعويض فقدان الحياة نتيجة حادث" أو القسم ٢ "تعويض العجز الكلي الدائم" أو القسم ٣ "تعويض العجز الجزئي الدائم" للمؤمن عليه المسمى وتكون هذه الخسارة ناجمة عن نفس الحادث الذي بموجبه قدمت المطالبة.

إن كان التعويض الأسبوعي المبني في الجدول يتجاوز الـ ٧٥٪ من دخل المؤمن عليه المسمى الأسبوعي عند تقديم المطالبة، فستخفّض الشركة التعويض الأسبوعي الى مبلغ يعادل ٧٥٪ من دخل المؤمن عليه المسمى عند تاريخ المطالبة.

على المؤمن عليه المسمى وكشرط مسبق لدفع التعويض أن يُثبت للشركة بأن منفعة الدخل الأسبوعي لا تتجاوز ٧٥٪ من دخله الأسبوعي عند تاريخ المطالبة.

ذذفي حال، بعد حالة العجز الكلي تم التعويض أو يمكن التعويض عليه بموجب هذا القسم، تابع المؤمن عليه المسمى عمله المعتاد أو أي عمل يناسبه ومارس واجباته لفترة متواصلة، أي عجز لاحق يحصل نتيجة السبب أو الأسباب ذاتها أو ساهم لحصول هذا العجز يعتبر استمرارية للعجز ذاته وتعتبر مسؤولية الشركة على الفترة كلها محصورة بالقيود المطبقة على هذا القسم.

القسم ٧ - تعويض الدخل خلال الاستشفاء

حين، نتيجة الإصابة أو بدء المرض، يجب على المؤمن عليه المسمى دخول المستشفى تحت الرعاية المستمرة للطبيب، فإن الشركة ستدفع المستحقات الأسبوعية المذكورة في الجدول، لكل أسبوع يكون فيه المؤمن عليه المسمى داخل المستشفى، إلى حدود اثنين وخمسين (٥٢) أسبوع، تبدأ مباشرة بعد المدة غير الداخلة في التعويض المنصوص عليها في الجدول.

إذا دخل المؤمن عليه المسمى الى المستشفى لجزء من أسبوع، فيجب دفع واحد على سبعة (١/٧) من الاستحقاق الأسبوعي عن كل يوم داخل المستشفى آخذين بعين الاعتبار المدة غير الداخلة في التعويض.

تبدأ المدة غير الداخلة في التعويض تحت هذا القسم من اليوم الأول لدخول المؤمن عليه المسمى الى المستشفى، حيث لا يُدفع أي تعويض.

فترات متتالية لدخول المستشفى

إذا، في غضون اثني عشر (١٢) شهراً بعد فترة الإقامة في المستشفى التي يتم دفع التعويض عنها أو دفعها بموجب هذا القسم، يتم إعادة ادخال المؤمن عليه المسمى كمرضى، وذلك بسبب نفس الأسباب أو أسباب متعلقة بها، تخضع مسؤولية الشركة للقيود المطبقة في جزء أو أجزاء هذه البوليصة التي بموجبها تم تعويض فترة الدخول الأصلية، إذا تم دخول المؤمن عليه المسمى كمرضى الى المستشفى بعد فترة أكثر من اثني عشر (١٢) شهراً، فسيتم اعتبار الدخول دخول جديد ويتم التعويض وفقاً للأحكام المناسبة في هذه البوليصة.

إستثناءات محددة لهذا القسم

بالإضافة إلى الاستثناءات العامة المذكورة في الجزء السابع من البوليصة، لا يغطي هذا القسم الدخول الى المستشفى الناجمة عن أو المتصلة بما يلي:

١. التبرع بالأعضاء؛
٢. أي إجراء متعلق بالخصوبة، الحمل، الإجهاض أو الولادة أو أي مرض غير خبيث يحدث في أو فيما يتعلق بالأعضاء الأنثوية للتكاثر؛
٣. تعاطي الكحول أو السم أو المخدرات أو المخدرات ليس تحت إشراف الطبيب؛
٤. الفحوصات العامة وإجراءات التحقيق؛

٥. الجراحة التجميلية الإلتهابية نتيجة إصابة؛
٦. أي اضطراب عقلي أو عصبي أو علاج للراحة؛
٧. الدخول إلى المصحات لأي سبب من الأسباب وأياً كان العلاج.

تعويض مزدوج

تضاعف المخصصات الأسبوعية المستحقة الدفع بموجب الجدول في هذا القسم عند تسديد المؤمن عليه المسمى القسط الإضافي المتفق عليه ودخوله المستشفى:

١. في الولايات المتحدة الأمريكية، أو كندا أو في إحدى دول أوروبا، نتيجة لحدوث الإصابة أو بدء المرض أثناء زيارته في إحدى الدول المذكورة.
لا تسري هذه التغطية إذا نقل المؤمن له اسمه محل إقامته الدائمة إلى إحدى الدول المذكورة آنفاً.
٢. بسبب نوبة قلبية أو مرض السرطان.
٣. إلى وحدة العناية المركزة.

القسم ٨ - إعادة الجثمان

عندما تؤدي الإصابة إلى وفاة المؤمن عليه المسمى بموجب القسم الأول، تدفع الشركة مصاريف إعادة جثمان المؤمن عليه المسمى إلى موطنه حسب الجدول الوارد في القسم الأول.
تشمل المصاريف: التحنيط، التابوت، نقل الجثة ونقل أي شخص مع الجثة.

القسم ٩ - أخطار الحرب السلبية

وفقاً لأحكام وشروط هذه البوليصة، تعتبر الشركة ملزمة بدفع التعويضات عن المطالبات الواجبة السداد في حال الوفاة نتيجة حادث/ العجز الكلي الدائم من جراء حادث/ العجز الجزئي الدائم من جراء حادث نتيجة الحرب أو العمليات الحربية (سواء كانت الحرب معلنة أم لا). شرط اندلاع الحرب في بلد إقامة المؤمن وشرط أن لا يكون المؤمن مشاركاً "فعلياً" في أي من الأحداث المذكورة أعلاه أو أن يتأثر المؤمن بطريقة خارجية عن إرادته بقيام حرب أو عمليات حربية بصورة مفاجئة أثناء سفره خارج بلد الإقامة حيث لا تزيد مدة إقامته عن الـ ٢٨ يوماً بعد اندلاع الحرب. لتجنب أي لغط، من المعلوم صراحةً أن مسؤولية الشركة تتوقف حكماً إذا كان المؤمن مسافراً إلى بلد بعد أن تم إعلان الحرب فيه أو بعد أن تم تصنيف هذا البلد على أنه منطقة حرب أو في حال تعرض هذا البلد لعمليات حربية.

في كافة الأحوال، تكون تغطية أخطار الحرب السلبية مستثناة صراحةً في العراق، سوريا، أفغانستان و فلسطين. لغرض تحديد تغطية مخاطر الحرب السلبية، تشمل التغطية فقط الوفاة بحادث/ العجز الكلي الدائم من جراء حادث/ العجز الجزئي الدائم من جراء حادث الناجم مباشرة وبشكل مستقل عن كل أسباب أخرى من إصابات جسدية حاصلة بواسطة وسائل خارجية عنيفة وظاهرة. شرط حصول الوفاة ضمن فترة ستة (٦) أشهر بعد الإصابة الجسدية.

الجزء الرابع: تغطية السفر جواً

إن التغطية الخاصة بالسفر جواً تنحصر بالخسارة التي تحدث بينما يكون المؤمن عليه المسمى راكباً فقط كمسافر (لا كمشغل أو كأحد أفراد الطاقم) في، أو كمصاعد إلى، أو كنازل من طائرة ركاب معتمدة مقدمة من خط طيران جاري في أية رحلة جوية نظامية مدرجة في برنامج الرحلات أو غير مدرجة، خاصة أو مؤجرة لحساب الغير (CHARTERED) ومسيرة من قبل ريان مجاز وفقاً للأصول وتنتقل بين مطارات منشأة وقائمة حسب الأصول.

الجزء الخامس: تأجيل تاريخ النفاذ

لا يكون أي تأمين بموجب هذه البوليصة نافذاً بالنسبة للمؤمن عليه المسمى إذا كان ذلك المؤمن عليه المسمى مقيماً في مستشفى أو عاجزاً أو يتلقى تعويضات عن أية مطالبة. يسري التأمين في مثل هذه الحالة بعد واحد وثلاثون (٣١) يوماً من إنتهاء الإقامة في المستشفى والشفاء التام أو إنتهاء العجز تماماً أيهما اللاحق.

الجزء السادس: انتهاء التغطية

سوف تنتهي التغطية تحت كل قسم من هذه البوليصة عندما يصل المؤمن عليه المسمى إلى عمر:

- ٧٥ سنة تحت الأقسام ١ و ٢ و ٣ و ٤ و ٩
- ٦٩ سنة تحت الأقسام ٥ و ٦ و ٨
- ٦٥ سنة تحت القسم ٧

الجزء السابع: الاستثناءات العامة

لا تشمل هذه البوليصة ولن يتم التعويض عن خسارات سواء نتجت بطريقة مباشرة أو غير مباشرة عن الحالات التالية:

١. اية خسارة مسببة من او ناجمة عن:

- أ. الإصابة التي توقع بالنفس عمداً أو الإنتحار أو أية محاولة بهذا المعنى سواء كان الشخص سليم العقل أو فاقداً للأهلية.
- ب. حرب سلبية، الحرب أو الغزو أو عمل العدو الخارجي أو الأعمال العدوانية أو العمليات شبيهة الحربية (سواء كانت الحرب معلنة أم لا) أو التمرد أو الفتنة أو الإضطرابات أو الشغب الأهلي أو الإضرابات أو الحرب الأهلية أو العصيان أو الثورة أو أعمال العنف أو الأعمال الإرهابية أو القصف أو القنص أو الكمين و أية أعمال مشابهة. تعرف الأعمال الإرهابية باستعمال القوة أو العنف من قبل أي فرد أو مجموعة للزعزعة أو الضغط على أي حكومة أو الشعب أو الإقتصاد لأهداف سياسية أو إجتماعية أو دينية أو عقائدية أو ما شابهها.
- ج. الطاقة النووية (التفاعل النووي، اشعاعات والتلوث الاشعاعي) أو البيولوجية أو التلوث الكيميائي.
- د. خلال عمل/خدمة المؤمن عليه المسمى في القوات المسلحة لأي بلد سواء في حالة السلم أو الحرب:.
- هـ. ارتكاب المؤمن عليه المسمى عمل إجرامي أو مخالف للقانون.
- و. العاهات الخلقية أو أي مرض والحالات أو الحوادث الناشئة منها أو الناجمة عنها.
- ز. الحالات السابقة للتأمين.
- ح. أي مطالبة ناجمة عن عدوى انتهازية او مرض خبيث او اي حالة مرض اخرى في حال، وقت المطالبة. تم تشخيص مرض المؤمن عليه المسمى بمرض الإيدز AIDS (متلازمة نقص المناعة المكتسب)، أو بالمركب المتصل بالأيدز ARC أو أظهر فحصاً إيجابياً في الدم للأجسام المضادة لفيروس ال V (فيروس نقص المناعة البشرية).
- ط. الخطف والفتنة
- ي. أية أمراض أو حالات مرضية والإلتهابات الجرثومية عدا الإلتهابات البايوجينية التي تحدث نتيجة لبترو أو لجرح ناشيء عن حادث مشمول ضمن هذه البوليصة.
- ك. المعالجة الطبية أو الجراحية إلا ما يكون ضرورياً فقط كنتيجة لإصابة مشمولة ضمن هذه البوليصة.
- ل. حالات الفتق بأنواعها
- م. علاج الأسنان أو جراحاتها بإستثناء المعالجة أو الجراحة للأسنان الطبيعية السليمة كنتيجة لإصابة.
- ن. إذا كان المؤمن عليه المسمى تحت تأثير المخدرات أو المسكرات.

٢. اية خسارة تحدث خلال:

- أ. قيام المؤمن عليه المسمى بالطيران في أية طائرة نقل أو أية وسيلة للملاحة الجوية باستثناء ما ورد في الجزء الرابع تغطية السفر جواً.
 - ب. إشترك المؤمن عليه المسمى في أية منافسات أو مسابقات أو مباريات برّية أو جوية أو بحرية أو الرياضات الخطرة أو الاحترافية.
- على المؤمن عليه المسمى، كشرط مسبق، لتحمل الشركة المسؤولية، أن يثبت أن الخسارة لم تنجم بأية طريقة عن أو من خلال أي من الظروف أو الأسباب المستثناة في هذه البوليصة.

الجزء الثامن: أحكام وشروط عامة

١. كامل العقد:

إن هذه البوليصة بما فيها طلب التأمين المرفق نسخة عنه والذي يشكل جزءاً لا يتجزء منها وكذلك النماذج والعقود الإضافية والتظاهرات المرفقة بها، إن وجدت، تؤلف كامل العقد. لا يعتبر أي تغيير في هذه البوليصة نافذاً ما لم توافق عليه الشركة وما لم يجر تظهير تلك الموافقة على هذه البوليصة أو يرفق بها. ولا يحق لأي وكيل أن يغير هذه البوليصة أو أن يتنازل عن أي من أحكامها.

٢. البديل:

صدرت هذه البوليصة على أساس التصريحات الواردة في طلب التأمين أو طلب إعادة السريان ولقاء الدفع سلفاً للقسط المحدد في الجدول. إن إخفاء حقائق أو الإدلاء ببيانات مغلوطة في التصريحات المقدمة من المؤمن عليه والتي قد تؤثر في قبول الشركة للمؤمن تبطل البوليصة منذ بدء سريانها أو إعادة سريانها.

٣. تاريخ نفاذ البوليصة:

يسري مفعول هذه البوليصة في تاريخ النفاذ المذكور في الجدول. شريطة تسديد الأقساط بالكامل. تبدأ مدة التأمين وتنتهي في الساعة ١٢ والدقيقة الواحدة صباحاً في مكان إقامة المؤمن عليه المسمى.

٤. شروط التجديد:

يجوز تجديد هذه البوليصة بموافقة الشركة بالدفع سلفاً القسط الكامل حسب تعرفه الشركة السارية المفعول وقت التجديد، ووفقاً لأحكام وشروط البوليصة. تنتهي البوليصة بإنهاء المدة التي دُفع عنها القسط، ما لم تجدد كما هو منصوص عليه هنا.

٥. تغيير المستفيد:

إن تغيير المستفيد بموجب هذه البوليصة لا يلزم الشركة. ما لم توافق عليه رسمياً وذلك بموجب تغيير على البوليصة.

٦. الفحص الطبي الكامل:

للشركة الحق بأن تفحص على نفقتها المؤمن عليه المسمى كلما طلبت ذلك بصورة معقولة أثناء وجود مطالبة عالقة بموجب هذه البوليصة. وكذلك يكون لها الحق بإجراء تشريح للجثة في حال الوفاة عندما لا يمنع القانون ذلك.

٧. الإدعاء القانوني:

لا يجوز إقامة أية دعوى قانونية لتحصيل أي مبلغ بمقتضى هذه البوليصة قبل إنقضاء ستين (٦٠) يوماً على تاريخ تقديم إثبات الضرر الخطي وفقاً لشروط هذه البوليصة. كما لا يجوز إقامة أية دعوى من هذا النوع بعد إنقضاء سنتين على المهلة التي يتوجب أن يقدم خلالها إثبات الضرر الخطي.

٨. تصريح غير صحيح عن السن:

إذا كان التصريح المعطى عن سن المؤمن عليه المسمى أقل أو أكثر من سنه الصحيح، فإن أي مبلغ يستحق دفعه بموجب هذه البوليصة يعدل بحيث يصبح مناسباً للمبلغ الذي كان يمكن شراؤه بالقسط المدفوع لو ذكر السن الصحيح. أمّا في حال إعطاء تصريح خاطئ عن سن المؤمن عليه المسمى، وفي حال أن التأمين لم يكن سيسر مفعوله وفقاً للسن المؤمن عليه المسمى الصحيح أو يكون قد انتهى مفعوله قبل قبول القسط أو الأقساط. فإن التزام الشركة في الفترة التي لا يكون خلالها المؤمن عليه المسمى أهلاً للتأمين يقتصر على إعادة جميع الأقساط المدفوعة خلال المدة التي لا تغطيها البوليصة وذلك بموجب طلب خطي.

٩. التحويل:

لا يكون أي تحويل لهذه البوليصة، أو لأي منفعة ناشئة عنها ملزماً للشركة ما لم يسجل الأصل أو صورة عنه لدى الشركة. لا تتحمل الشركة أية مسؤولية بصدد صحة التحويل.

١٠. إلغاء البوليصة

يجوز للشركة إلغاء أو تعديل هذه البوليصة في أي وقت كان، وذلك بإشعار خطي يُسَلَّم للمؤمن عليه أو يُرسل بالبريد إلى آخر عنوان له في سجلات الشركة، على أن يبين في الإشعار متى يصبح الإلغاء أو التعديل نافذ المفعول وذلك بعد مهلة لا تقل عن خمسة عشر (١٥) يوماً من ذلك الإشعار. في حال إلغاء البوليصة، تعيد الشركة الجزء النسبي غير المكتسب من القسط الذي تم دفعه فعلياً من المؤمن عليه. على أن يتم الإلغاء بدون المساس بأية مطالبات نشأت قبل ذلك. في حال إلغاء البوليصة من قبل المؤمن عليه، يُحسب القسط المكتسب وفقاً لجدول القسط القصير الأجل التالي:

مدة صلاحية البوليصة طلب الإلغاء	المبلغ النسبي للقسط المرجع الذي تدفعه الشركة للمؤمن عليه
١-٣٠ أيام	٪٧٥
٣١-١٢٠ يوماً	٪٥٠
١٢١-١٨٠ يوماً	٪٣٥
١٨١-٢٧٠ يوماً	٪١٥
٢٧١-٣٦٥ يوماً	٪٠

١١. تغيير العمل:

لاستمرارية التغطية بموجب هذه البوليصة، يجب على المؤمن عليه المسمى ان يعلم الشركة فوراً عند تغييره لمهنته. في حال تعرض المؤمن عليه المسمى الى اصابة بعد تغييره مهنته المحددة بطلب التأمين، يحق للشركة ان ترفض المطالبة وتلغي البوليصة فوراً.

١٢. تغيير العنوان:

لاستمرار التغطية بموجب هذه البوليصة، يجب إخطار الشركة فوراً عن أي تغيير في عنوان المؤمن عليه المسمى و/أو مكان وطبيعة عمله. إذا أصيب المؤمن عليه المسمى بضرر بعد تغيير العنوان و/أو مكان العمل إلى بلد غير المصرح به على طلب التأمين، فإن الشركة تطبق القواعد النافذة والخاصة بشروط التغطية التأمينية في البلد الجديد وذلك إعتباراً من تاريخ تغيير العنوان و/أو مكان العمل أو تاريخ جديد البوليصة الذي يسبق مباشرة تاريخ إستلام إثبات بتغيير العنوان و/أو مكان العمل، أيهما اللاحق. يؤخذ عند تطبيق هذه المادة بالقواعد النافذة والخاصة بشروط التغطية التأمينية في البلد الجديد المعلنه من الشركة قبل حدوث الضرر المغطى بموجب هذه البوليصة أو قبل تاريخ إستلام إثبات تغيير العنوان.

١٣. التقيد بنصوص البوليصة:

إن عدم التقيد بأي من النصوص الواردة في هذه البوليصة يُبطل جميع المطالبات الناشئة عنها.

١٤. التقيد بالقوانين:

إن تعارض أي من أحكام هذه البوليصة مع قوانين الدولة بتاريخ إصدار البوليصة تعدل لتتوافق مع المتطلبات الدنيا لتلك القوانين.

١٥. التصريح الخاطئ وسقوط الحق في التعويض

يفقد المؤمن عليه المسمى الحق في أي تعويض أو منفعة أو حقوق في حال كان المؤمن عليه المسمى أو من ينوب عنه قد قدم أو صرح بأية معلومات أو بيانات خاطئة أو مغلوطة أو كتم أو أخفى معلومات أو إستخدم أساليب غير قانونية أو إحتيالية أو خداع سواء لإبرام هذه البوليصة أو للحصول على تعويض أو منفعة وتعتبر البوليصة لاغياً من تاريخ الإصدار دون حاجة الى إشعار أو إخطار ويقر المؤمن عليه المسمى إن للشركة الحق بالإحتفاظ بكافة الأقساط المسددة.

١٦. مرور الزمن:

تسقط جميع القضايا الناشئة عن البوليصة هذه بعد مرور سنتين من تاريخ وقوع الحادث المؤدي إلى نشوء هذه القضايا على أن تسري هذه المدة:

- ١) من تاريخ علم الشركة عن إخفاء المعلومات وإغفالها أو لإدلاء بتصاريح كاذبة أو غير صحيحة عن الخطر.
- ٢) من تاريخ علم المدعي بوجود إدعاء شرط أن يثبت المدعي أنه لم يكن على علم به قبل ذلك التاريخ.

١٧. المحاكم المختصة:

إذا نشأ أي خلاف بشأن هذه الوثيقة فإنه يجب على الشركة فوراً أن تخطر المؤمن عليه كتاباً بحقه في إحالة الخلاف إلى المحاكم المختصة في بلد إصدار البوليصة. وإذا أنكرت الشركة الإعتراف بمسؤوليتها عن أية مطالبة بموجب هذه البوليصة ولم تعرض على المحاكم المختصة وفقاً لشروط هذه البوليصة خلال أربعة وعشرين شهراً ميلادياً من تاريخ المطالبة، فإن المؤمن عليه المسمى يعتبر متنازلاً عنها من كافة الوجوه ولا يحق له بعد ذلك الرجوع في شأنها إلى الشركة.

١٨. القانون السائد:

تطبق أحكام وقوانين البلد التي صدرت فيه بوليصة الضمان هذه على أية منازعات تنتج عن أحكام أو تطبيق هذه البوليصة.

١٩. الإشعار بالمطالبة:

يجب إعطاء الشركة إشعاراً خطياً بالمطالبة خلال عشرة (١٠) أيام من حدوث أو بدء الضرر المشمول بالبوليصة أو خلال فترة معقولة. في حال الوفاة بحادث، يجب إشعار الشركة بذلك الحادث فوراً. إن الإشعار الخطي المعطى للشركة من قبل أو نيابة عن المؤمن عليه المسمى إلى مركز الشركة الرئيسي أو إلى أي شخص إداري مسؤول عن الشركة والمتضمن تفاصيل كافية لتعريف المؤمن عليه المسمى يعتبر إشعاراً للشركة.

٢٠. نماذج المطالبة:

لدى إستلام الشركة إشعاراً بالمطالبة ستقوم بتزويد المطالب بتلك النماذج التي تعطيها عادة لتقديم إثبات الضرر.

٢١. المهلة المحددة لتقديم نماذج المطالبة:

يجب أن يُقدّم إلى الشركة نماذج المطالبة المعبأة وإثبات خطي عن الضرر وكل المستندات المطلوبة من الشركة خلال ثلاثون (٣٠) يوماً من تاريخ الضرر. فإن التخلّف عن تقديم هذا الإثبات خلال المهلة المحددة لن يُبطل أو يُخفّض أية مطالبة إذا تبين أنه لم يكن ممكناً إعطاء الإثبات خلال هذه الفترة. لا تقبل الشركة أيّ إثبات بعد مرور سنة عن وقت حصول الضرر.

٢٢. وقت دفع المطالبة:

إن التعويضات التي تدفع بموجب هذه البوليصة عن أي ضرر بإستثناء الضرر الذي تنص البوليصة دفع تعويضات دورية بشأنه، فإنها تدفع عند إستلام إثبات خطي أصولي عن الضرر مرضياً للشركة. أما التعويضات التي تنص على دفعها بشكل دوري فإنها تدفع شهرياً بشرط تقديم الإثبات الخطي الأصولي عن الضرر. هذا وإن أي رصيد لم يدفع لدى إنتهاء إلتزام الشركة يدفع فوراً لدى إستلام الإثبات الخطي الأصولي.

٢٣. لمن تدفع التعويضات:

يُدفع التعويض، إن وُجد، عن فقدان حياة المؤمن عليه المسمى إلى المستفيد منه المعيّن في طلب التأمين بشرط أن يبقى هذا المستفيد على قيد الحياة بعد ثلاثين (٣٠) يوماً من وفاة المؤمن عليه المسمى وإلا يُدفع التعويض هذا إلى ورثة المؤمن عليه المسمى. أما جميع تعويضات البوليصة الأخرى فتدفع إلى المؤمن عليه المسمى. إن أي مبلغ دفعته الشركة بحسن نية وفقاً لهذا النص يبرئ الشركة إبراءً كاملاً بحدود المبلغ المدفوع.

الجزء التاسع: شروط إضافية

إستثناء الإرهاب النووي، أو البيولوجي أو الكيميائي

بغض النظر عن اية شروط واردة في هذه البوليصة، تبقى الشركة غير ملزمة بدفع اية تعويضات، أكانت بطريقة مباشرة أم غير مباشرة، ناجمة عن أو ناتجة عن أو ذات صلة، بأية أعمال إرهابية من جراء استعمال أسلحة أو مواد نووية أو بيولوجية أو كيميائية، أو اية إجراءات متخذة للسيطرة، أو لمنع، أو لقمع، مرتبطة بأية طريقة بأي من هذه الأعمال الإرهابية، بغض النظر عن أي سبب أو حدث آخر قد يساهم بصورة متزامنة أو في أي تسلسل آخر للخسارة.

يعنى بالعمل الإرهابي أي فعل سواء انطوى على العنف أو على استخدام القوة أم لم ينطوي أو التهديد أو الإعداد له، من قبل أي شخص أو مجموعة من الأشخاص سواء بمفرده أو بالنيابة عن أية منظمة (أو منظمات) أو حكومة (أو حكومات) منها ما:

• يهدف إلى التهيب أو التأثير بحكم القانون أو بحكومة أمرواقع أو بالقطاع العام أو بجزء من القطاع العام، أو بتعطيل أو بالإخلال بأي جزء أو قطاع من الاقتصاد.

• يكون من طابعه أو مضمونه مرتبط بأية قضية أو أهداف سياسية، اجتماعية، دينية أيديولوجية أو ما شابه ذلك. وفي جميع الأحوال، إن المشاركة الفعلية للمؤمن عليه المسمى في أي من الأعمال الإرهابية، سواء استعمل أسلحة أو مواد نووية، بيولوجية أو كيميائية أم لم يستعمل، ستكون مستثناة صراحة من التغطية.

بند إستثناء الحظر والعقوبات

تعتبر هذه التغطية لاغية وباطلة ولا تلزم الشركة بدفع أي تعويض أو تقديم اية منفعة في أي من الحالات التالية: أن يكون المؤمن عليه المسمى أو المستفيد المسمى، أو أن يصبح أو أن ينتمي إلى أي بلد أو نظام و/ أو منظمة و/ أو كيان و/ أو مؤسسة و/ أو فرد، أو حتى أن يكون له علاقة مباشرة أو غير مباشرة ببلدان، أو بأنظمة، أو بمنظمات، أو بهيئات، أو بمؤسسات أو بأفراد خاضعين لأية عقوبة، أو لأي حظر أو لأي تقييد بموجب قرارات الأمم المتحدة أو لأية عقوبات تجارية أو إقتصادية أو للقوانين أو الأنظمة المعمول بها في الاتحاد الأوروبي، والمملكة المتحدة، والولايات المتحدة الأمريكية، ومجلس التعاون الخليجي وجامعة الدول العربية.

الإستثناء الكلي للأسبستوس

من المفهوم والمتفق عليه أن هذه البوليصة لا تنطبق على ولا تغطي أي خسارة أو ضرر أو مسؤولية فعلية أو مزعومة عائدة لأية مطالبة أو مطالبات فيما يتعلق بالخسارة أو الخسائر الناتجة بصورة مبا شرة أو غيرمبا شرة عن الأسبستوس، أيا كان شكلها أو كميتها.

الجزء العاشر: إجراءات الحوادث

عند حدوث خسارة، يجب تقديم إشعار كتابي للمطالبة إلى الشركة في غضون عشرة (10) أيام بعد وقوع أو بدء أي خسارة تغطيها البوليصة، أو في أقرب وقت ممكن كما هو ممكن بشكل معقول.

يعتبر الإشعار الخطي للمطالبة المقدمة إلى الشركة مع تفاصيل الخسارة بما في ذلك الاسم المؤمن ورقم البوليصة بمثابة إشعار للشركة.

ستقوم الشركة، عند استلام الإشعار، بتزويد "المؤمن" بنموذج "تصريح بوقوع حادث"، سيوضح هذا النموذج جميع المستندات المطلوبة بناءً على طبيعة الخسارة.

لمزيد من المساعدة، يمكنك الاتصال بنا على أرقام الهواتف أو البريد الإلكتروني المبينة في الجزء الثاني عشر.

الجزء الحادي عشر: إجراءات الشكاوى

نحن، شركة التأمين العربية ش.م.ل.، نطمح لتقديم أعلى مستويات الخدمة لصالح عملائنا الكرام في كل الأوقات. إذا وجدت نفسك غير راضٍ عن أية خدمة من خدماتنا، فالرجاء الاتصال بنا لإعلامنا بشكواك، والتعاون معك على حلها بشكل فوري وعادل. سوف نقوم بإشعارك باستلام شكواك خلال يوم عمل ولحد (1) من تاريخ تقديم الشكوى، كما سوف نعلمك بمجرياتنا وتطوراتها في حينه، حتى التوصل إلى إنهاء موضوع الشكوى بأنسب الطرق.

كيفية الاتصال:

لبنان: complaints-lb@arabiainsurance.com
الخليج: complaints-gcc@arabiainsurance.com



الجزء الثاني عشر: مكاتب الشركة

مكاتب شركة التأمين العربيّة

شركة التأمين العربيّة ش.م.ل. - رأس المال المصرح به والمدفوع بالكامل: ٥١.٠٠٠.٠٠٠.٠٠٠ ل.ل. - سجل تجاري بيروت ١٩٨٨ - سجل هيئات الضمان أ. تاريخ ١٩٥٦/١١/٩ هيئة خاضعة للمرسوم ٩٨١٢ تاريخ ١٩٦٨/٥/٤ الرقم المالي ٤٩٧٦

لبنان

arabia-lebanon@arabiainsurance.com
For claims:
P&CClaims.lb@arabiainsurance.com

٣٦٠٠٧١ : فاكس ٩٦١ ١ ٣٦٠٨٨٩/٨٩٣
٤٤٠٩٧٤ : فاكس ٩٦١ ٦ ٤٤٠٩٧٤
٥٤٥٣١٠ : فاكس ٩٦١ ٨ ٥٤٥٣١٠

عين المريسة
طرابلس
شنتورة

رأس المال المصرح به والمدفوع بالكامل: ٥١.٠٠٠.٠٠٠.٠٠٠ ل.ل.
رقم القيد في السجل التجاري ٤١٦٩١ دبي
رقم القيد في السجل التجاري ٢١١٥٩ الشارقة
رخصة تجارية رقم ٢٠١٧٥٦ دبي
رخصة تجارية رقم ١٢٩٠٣ الشارقة
رخصة تجارية رقم ١٠٠١٣٤٤ CN - أبو ظبي
رخصة تجارية رقم ١٠٠٢٥٧٤ CN - العين
شركة خاضعة لأحكام القانون الإتحادي رقم ٢٠٠٧/٦
رقم القيد في هيئة التأمين ٢٠

الإمارات
العربيّة المتّحدة

arabia-uae@arabiainsurance.com
For claims:
P&CClaims.UAE@arabiainsurance.com

٢٢٧٠٠٢٢ : فاكس ٩٧١ ٤٢٢٨٠٠٢٢
٥١٧١٦٦٧ : فاكس ٩٧١ ٦٥١٧١٦٦٦
٦٧٤٥٧٠٠ : فاكس ٩٧١ ٢٦٧٤٤٧٠٠
٧٦٤٣٧٨٥ : فاكس ٩٧١ ٣٧٦٤١١٩٦

دبي
الشارقة
أبو ظبي
العين

شركة التأمين العربيّة ش.م.ل. - فرع شركة أجنبية - رأس المال المصرح به والمدفوع بالكامل: ٥١.٠٠٠.٠٠٠.٠٠٠ ل.ل. - السجل التجاري رقم ١٥٣٢ مرخصة وفقاً لأحكام مصرف البحرين المركزي. برقم ش.ت.أ / ٠٠٤ / بتاريخ ١٩٦١/٥/١٠

البحرين

arabia-bahrain@arabiainsurance.com
For claims:
P&CClaims.Bn@arabiainsurance.com

٢١٣٩٨٥ : فاكس ٩٧٣ ١٧٢١١١٧٤

المنامة

شركة التأمين العربيّة ش.م.ل. - فرع شركة أجنبية - رأس المال المصرح به والمدفوع بالكامل: ٥١.٠٠٠.٠٠٠.٠٠٠ ل.ل. - السجل التجاري رقم ٤٤ الكويت شركة خاضعة لأحكام قانون الشركات ووكلاء التأمين رقم (٢٤) لسنة ١٩٦١ رقم الإجازة (٧) الوكلاء العامون: مؤسسة محمد عبد الرحمن البحر.

الكويت

arabia-kuwait@arabiainsurance.com
For claims:
P&CClaims.Kw@arabiainsurance.com

٢٢٦٥٩٤٩٢ : فاكس ٩٦٥ ٢٢٦٢١٠٤١

الكويت

شركة التأمين العربيّة ش.م.ل. - فرع شركة أجنبية - رأس المال المصرح به والمدفوع بالكامل: ٥١.٠٠٠.٠٠٠.٠٠٠ ل.ل. - مُسجّلة في السجل التجاري في بيروت برقم ١٨٨٩ رقم السجل التجاري: ٣٤٧ الشركة مرخص لها من مصرف قطر المركزي. بموجب الترخيص: ش.ت / ر.ش.ت / ٤ / ١٩٦٦. وفقاً لأحكام قانون مصرف قطر المركزي وتنظيم المؤسسات الماليّة الصادر بالقانون رقم ١٣ لسنة ٢٠١٢.

قطر

arabia-qatar@arabiainsurance.com
For claims:
P&CClaims.Qt@arabiainsurance.com

٤٤٤٤٦٤٨٧ : فاكس ٩٧٤ ٤٤٤٢٢٦٨٣

الدوحة