

CritiCare



CritiCare

Worldwide Coverage

American Life Insurance Company (MetLife), (hereinafter called “the Company”)

Hereby insures the Insured against loss covered by this policy, subject to and in accordance with the exceptions, limitations, provisions, and forms herein contained.

The insurance provided under 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 Policy Specification Schedule attached.

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

All Sums payable hereunder by or to the Company shall be payable in the currency stated in the Policy Specification Schedule and shall be paid at the office of the Company in the country stated in the Policy Specification Schedule.

The benefits, provisions, and conditions set forth on this and following pages and on forms herein contained are part of this contract as fully as though it appeared over the signatures hereunder affixed.

Other insurance with the Company: If a like Critical Illness policy or policies previously issued by the Company to the Insured be in force concurrently herewith, making the aggregate indemnity for the “Lump Sum Payment” in excess of the global maximum of USD 500,000 (United States Dollars Five hundred thousand only), the excess insurance shall be void and all premiums paid for such excess shall be returned to the Insured or to his estate.

The global maximum of USD 500,000 applies to all Critical Illness policies, notwithstanding any reference to similar benefits under any other policies (Life or Group policy) granted by the Company to the Insured.

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

Tax Law: Tax(es) if any are payable by the Insured per existing Tax Laws or per any changes in the Law of Taxation or imposition of new levies or taxes on the benefits payable under this policy, and shall be collected from the Insured or deducted from the benefits payable subject to applicable laws.

In witness whereof, American Life Insurance Company (MetLife) has caused this policy to be executed as of the date of issue stated in the Policy Specification Schedule.



Dimitris Mazarakis
General Manager - Gulf

American Life Insurance Company (MetLife) UAE Branch

Gulf Operations
P.O. Box 371916, Dubai - U.A.E.

Important Notices

This policy is a long-term legally binding contract. The Policy Owner should carefully read this policy to ensure that it is suitable for his/her requirements and is in the exact form that he/she requires. The Policy Owner should ensure that a copy of it, and any other documentation provided by the Company to the Policy Owner, are stored in a safe place for future reference.

This policy is based upon the Company's understanding of the law and practice of the country of payment as at the policy date. In the event of:

- any changes in the law of taxation or imposition of new levies or taxes on the Company; or
- any change in law or regulation governing the operation of insurance companies in the country of payment;

the Company may vary the benefits and terms and conditions of this policy, after taking prior approval from the Insurance Authority as is deemed appropriate. Any such variations will be notified in writing to the Policy Owner at his/her latest address communicated to the Company by him/her.

This policy is a contract established in utmost good faith. This means that the Policy Owner is required to disclose to the Company all information required for the Company to underwrite this policy in an accurate and complete manner. In the absence of fraud, all original statements made in applying for this policy will be deemed representations and not warranties. No statement will be used to invalidate this policy or to defend a claim under it unless it is explicitly contained in the Application form that the Policy Owner submitted to the Company and/or in any written and signed amendment to the Application form or otherwise any written communication that the Policy Owner have filed with the Company.

Contents

Part 1	Definitions	4
Part 2	General Exceptions	5
Part 3	Benefits	5
Part 4	Uniform Provisions	6
1	Entire Contract - Changes	6
2	Consideration	6
3	Free Look Period	6
4	Policy Effective Date	6
5	Grace Period	6
6	Reduced Paid-Up Insurance	6
7	Reinstatement	6
8	Cancellation	6
9	Misstatement of Age	6
10	Notice of Claim	6
11	Proof of Loss	6
12	Time for Filing Proof of Loss	7
13	Time of Payment of Claim	7
14	To whom Indemnities are Payable	7
15	Medical Examination	7
16	Termination of this Policy	7
17	Consent of Beneficiary	7
18	Change of Beneficiary	7
19	Change of Address	7
20	Assignment	7
21	Conformity with Country Statutes	7
22	Legal Action	7
23	US Foreign Account Tax Compliance Act ("FATCA")	7
24	Non-Participation	7
25	International and Local Sanction and Exclusion Clause	7
26	Data Transfer	7
27	VAT Treatment	7
Part 5	Discrepancy	8
	Covered Critical Illness Schedule	8-11

Part 1 - Definitions

“Activities of Daily Living” wherever used in this policy shall have the following meanings:

- a) **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;
- b) **Dressing:** the ability to put on, take off, secure, and unfasten all garments and as appropriate, any braces, artificial limbs or other surgical appliances;
- c) **Transferring:** the ability to move from a bed to an upright chair or wheelchair and vice versa;
- d) **Mobility:** the ability to move indoors from room to room on level surfaces;
- e) **Toileting:** the ability to use the lavatory or otherwise manage bowel and bladder functions so as to maintain a satisfactory level of personal hygiene;
- f) **Feeding:** the ability to feed oneself once food has been prepared and made available.

“Application” wherever used in this policy means a written Application for insurance signed by the Policy Owner. The policy Application is made part of the policy contract and is filed with the Company.

“Beneficiary(ies)” wherever used in this policy means the person or persons stated in the Application, unless later changed and accepted by the Company and whose name(s) is/are mentioned in the records of the Company. If no person or persons are stated, legal heirs are the Beneficiaries. The Beneficiary(ies) is/are entitled to the death benefit of this policy while this policy is in force.

“Bonus” wherever used in this policy means the Bonus that may be credited to this policy at each policy anniversary based on the yield declared by the Company.

“Coverage Commencement Date” wherever used in this policy means ninety (90) days after: (a) the Policy’s Effective Date; (b) the date stated in the relevant endorsement when subsequent changes are made to the coverage; or (c) the date of reinstatement of this policy in case of any reinstatement, whichever is later.

“Covered Critical Illness” wherever used in this policy means the illnesses as listed and defined in the Schedule of Covered Critical Illnesses upon Diagnosis or performance of any of the covered surgeries stated therein.

“Diagnosis” or “Diagnosed” wherever used in this policy means the definitive Diagnosis made by a Physician as herein below defined, based upon such specific evidence, as referred to herein below in the definition of the particular Critical Illness concerned, or, in the absence of such specific evidence, based upon radiological, clinical, histological, or laboratory evidence acceptable to the Company. Such Diagnosis must be supported by the Company’s medical director who may base his opinion on the medical evidence submitted by the Insured and / or any additional evidence that he may require.

In the event of any dispute or disagreement regarding the appropriateness or correctness of the Diagnosis, the Company shall have the right to call for an examination, of either the Insured or the evidence used in arriving at such Diagnosis, by an independent acknowledged expert in the field of medicine concerned selected by the Company and the opinion of such expert as to such Diagnosis shall be binding on both the Insured and the Company.

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

“Injury” wherever used in this policy means accidental bodily Injury occurring to the Insured while this policy is in force and resulting directly and independently of all other causes within three hundred sixty five (365) days from the date of its occurrence, in a loss covered by this policy.

“Insured” wherever used in this policy means the proposed Insured as stated in the Application and who is not less than eighteen (18) years and not more than fifty five (55) years of age at the time of applying for this policy.

“Lump Sum Payment” wherever used in this policy means the amount stated in the Policy Specification Schedule.

“Maturity Benefit” wherever used in this policy means the amount payable on survival at the Maturity Date.

“Maturity Date” wherever used in this policy means the date when Maturity Benefit is payable and specified in the Policy Specification Schedule, subject to a maximum maturity age of 70.

“Policy Owner” wherever used in this policy means the person who purchased this policy as shown in the Application and stated in the Policy Specification Schedule, unless later changed.

“Physician” wherever used in this policy means a person legally licensed to practice medicine and/or surgery other than the Insured or a relative to the Insured or employer / employee of the Insured.

“Policy Effective Date” wherever used in this policy means the date when this policy takes effect. This date is stated on the Policy Specification Schedule.

“Policy Specification Schedule” means the schedule issued by the Company stating certain policy terms and policy coverage. The Policy Specification Schedule is attached to this policy and made a part thereof.

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

“Premium Payment Term” wherever used in this policy means the duration for which premiums are to be paid. This is indicated in the Policy Specification Schedule.

“Schedule of Covered Critical Illness” wherever used in this policy means the schedule listing and defining the Covered Critical Illnesses attached to and forming part of this policy.

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

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



“War” means War or Warlike operations (whether War be declared or not) or invasion, act of foreign enemy, hostilities, mutiny, riot, civil commotion, civil War, rebellion, revolution, insurrection,

conspiracy, military or usurped power, martial law or state of siege, or any of the events or causes which determine the proclamation or maintenance of martial law or state of siege.

Part 2 - General Exceptions

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

Any loss caused by or resulting from:

- 1) **Intentionally self-inflicted Injury, suicide, or any attempt thereat while sane or insane;**
- 2) **War, invasion, act of foreign enemy, hostilities, or Warlike operations, mutiny, riot, civil commotion, strike, civil War, rebellion, revolution, insurrections;**
- 3) **Congenital anomalies and conditions arising out of or resulting therefrom;**
- 4) **Pre-existing Conditions;**
- 5) **Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) or any disease connected with AIDS or Human Immunodeficiency Virus (HIV);**
- 6) **Loss sustained or contracted in consequence of an Insured being intoxicated or under the influence of alcohol or any narcotic or abuse of prescription drugs;**
- 7) **Any loss occurring while the Insured is flying in an aircraft or device for aerial navigation except as a fare paying passenger (not as an operator or crew member) on a commercial airline operated by a properly certified pilot, flying between duly established and maintained airports;**
- 8) **The Insured is participating in competitions, races, contests, matches in land, air, or sea; or in any sport related to the following hobbies: mountain climbing, pot holing, paragliding, bungee jumping, parachuting, scuba diving;**
- 9) **Any loss of which a contributing cause was the Insured committing, attempting or provoking an assault or criminal offence or violation of the law.**
- 10) **Any loss caused by or resulting from a nuclear, biological or chemical radiation, defined as:**
 - a) **The use, release or escape of nuclear materials that directly or indirectly results in nuclear reaction or radiation or radioactive contamination; or**
 - b) **The dispersal or application of pathogenic or poisonous biological or chemical materials; or**
 - c) **The release of pathogenic or poisonous biological or chemical materials.**

The 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 3 - Benefits

Section A: Critical Illness Benefit

The Critical Illness benefit covers only the illnesses as listed and defined in the Schedule of Covered Critical Illness upon Diagnosis as stated therein.

A-1: Lump Sum Payment

Subject to the conditions and provisions contained herein, when the Insured is Diagnosed to be suffering from a Critical Illness as defined in the Schedule of Covered Critical Illness, while this policy is in force, the Company shall pay to the Insured the “Lump Sum Payment” stated in the Policy Specification Schedule, provided all the following conditions are satisfied:

- a) The Insured experiences a Critical Illness specifically listed and defined in the Schedule of Covered Critical Illness;
- b) The Critical Illness experienced by the Insured is the first incidence of that Critical Illness;
- c) The signs or symptoms of the Critical Illness experienced by the Insured commenced on or after the Coverage Commencement Date;
- d) None of the General Exceptions under Part 2 of this policy applies; and
- e) The Insured is still living at the time of Diagnosis.

The occurrence of any Critical Illness for which the Lump Sum is paid or becomes payable shall at once terminate the insurance coverage under this policy.

Section B: Death Benefit

B-1: Death due to Covered Critical Illness: If, during the term of this policy and while it is in force, sudden death of the Insured results from a Covered Critical Illness specifically listed and defined in the Schedule of Covered Critical Illnesses, the Company shall pay the Lump Sum to the Beneficiary(ies), subject to the conditions listed in Part 2 - General Exceptions, less taxes, documentary stamps or other fees, if any.

B-2: Death not due to Covered Critical Illness: If, during the term of this policy and while it is in force, sudden death of the Insured results from any condition other than a Covered Critical Illness specifically listed and defined in the Schedule of Covered Critical Illnesses, the Company shall return the premiums paid to date under this policy to the Beneficiary (ies), without interest, subject to the conditions listed in Part 2 - General Exceptions. Taxes, documentary stamps, or other governmental fee, if applicable, will not be returned.

The payment of the “Death Benefit” shall at once terminate the insurance coverage under this policy.

Section C: Maturity Benefit

If no claims have been made under this policy, and if the latter remained in force for the whole term of the plan or converted into a Reduced Paid Up option in accordance with the "Reduced Paid Up" clause, seventy five (75%) of all premiums paid under this policy plus the accrued Bonus, if any, will be refunded to the Policy Owner. Taxes, documentary stamps, or other governmental fee will not be returned (if applicable).

If the Policy Owner accepts a premium refund under this policy, such acceptance shall void the right of any person to make a claim for any such benefit hereunder resulting from a loss incurred prior to or after the premium refund has been made.

The Maturity Benefit will be made upon request of the Policy Owner, not later than sixty (60) days after the Policy Maturity Date.

Section D: Bonus

From the second (2nd) anniversary of this policy and during the Premium Payment Term, if this policy is then in force and all premiums due have been paid to such anniversary, the Company may declare a Bonus based on the investment yield declared by the Company. This Bonus shall be accumulated in this policy at a rate of interest to be determined by the Company. The accumulated Bonus will be paid in cash, in full, along with the Maturity Benefit. No Bonus will be paid on a critical illness claim or death.

Part 4 - Uniform Provisions

1. Entire Contract - Changes: This policy, Application, Policy Specification Schedule as well as any other forms, riders and endorsements hereto, constitute the entire contract of insurance.

No change to 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 its provisions.

2. Consideration: This policy is issued on the basis of the declarations made in the Application for insurance, and in consideration of the payment in advance of the premium specified in the Policy Specification Schedule.

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

3. Free Look Period: The Policy Owner is entitled to a free trial period of thirty (30) calendar days effective from the policy date of issue as defined in the Policy Specification Schedule, during which time, the Policy Owner may cancel this policy by sending a written request of cancellation, which must be received by the Company at any time within the first thirty (30) calendar days following the policy date of issue. During this Free look Period, any cancellation request will be subject to a full refund of premium paid. No refund will be made if a claim has already been paid.

4. Policy Effective Date: This policy takes effect on the Effective Date stated on the Policy Specification Schedule. After taking effect this policy shall continue in effect until the Maturity Date specified in the Policy Specification Schedule. All periods of insurance shall begin and end at 00:01 A.M. time of the country stated in the Policy Specification Schedule.

5. Grace Period: A Grace Period of thirty (30) calendar days will be granted for the payment of each premium falling due, after the first premium during which time this policy shall be continued in force.

If during the first three (3) years from the policy term any due premiums were not paid (within the Grace Period), this policy shall lapse with no further value.

However, if no due premium was paid (within the Grace Period) after the 3rd annual premium or the 25th monthly premium this policy will be automatically converted into a Reduced Paid Up option in accordance with the "Reduced Paid Up" clause. If loss occurs within the Grace Period, any premium then due and unpaid will be deducted in settlement.

6. Reduced Paid-Up Insurance (RPU): If no payment was made to any due premiums (within the Grace Period) after the payment of 3rd annual premium or after the payment of the 25th monthly premium after the expiration of the grace period, this policy will be automatically converted into a non-participating Reduced Paid-Up Insurance until Policy Maturity Date. The RPU sum insured at the conversion time will be equal to the Original Sum Insured $\times t/m$, where t = Number of premiums paid, and m = Number of premiums to be paid for the Premium Payment Term of this policy. Reduced Paid-Up policies are not eligible to receive the Bonus.

7. Reinstatement: (a) When this policy terminates by reason of non-payment of premium before its conversion to Reduced Paid Up, it may be reinstated with the consent of the Company within ninety (90) days after the due date of the premium in default. (b) If this policy has been converted into Reduced Paid-Up, it may be reinstated with the consent of the Company at any time within two (2) years after its conversion into Reduced Paid Up.

Reinstatement of this policy is subject to the following:

- A written Application for reinstatement;
- Production of evidence of the Insured's insurability and good health, satisfactory to the Company; and
- Payment of the past due premiums with interest at a rate determined by the Company.

Such reinstatement shall only cover a Covered Critical Illness occurring more than ninety (90) days after the date of reinstatement.

8. Cancellation: The Company may cancel this policy on the anniversary date 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) calendar days thereafter, such cancellation 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 this policy is cancelled by the Insured, the earned premium shall be computed in accordance with the short rate table used by the Company at the time of cancellation.

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

10. Notice of Claim: Written notice of claim must be given to the Company within thirty (30) days after the Diagnosis of Critical Illness. In the event of death, immediate notice in writing must be given to the Company or as soon as thereafter as is reasonably possible. Notice given by or on behalf of the Insured to the Company or to any authorized agent of the Company, with information sufficient to identify the Insured, shall be deemed notice to the Company. No benefit is paid if the Diagnosis is within ninety (90) days of the start (or reinstatement) of this policy.

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

12. Time for Filing Proof of Loss: Written proof of Critical Illness or surgery must be furnished to the Company within thirty (30) days after the Diagnosis of such Critical Illness or performance of surgery, accompanied by medical evidence as required by the Company. Failure to furnish such proof within the time required shall not invalidate nor reduce any claim if it was not reasonably possible to give proof within such time, provided such proof is furnished as soon as reasonably possible and in no event later than one (1) year from the time the loss occurred.

13. Time of Payment of Claim: Indemnities payable under this policy will be paid upon receipt of due written proof of such loss, satisfactory to the Company.

14. To whom Indemnities are Payable: All indemnities of this policy are payable to the Insured, if living, otherwise to the Beneficiary(ies) designated under this policy. Any payment made by the Company in good faith pursuant to this provision shall fully discharge the Company to the extent of the payment.

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

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

- a) Premium due date if the premium remains unpaid after the grace period, subject to the Reduced Paid-Up provision.
- b) On the Maturity Date specified on the Policy Specification Schedule.
- c) The date any payment under Part 3 of this policy is paid.
- d) Death of the Insured; or
- e) The anniversary date of this policy following the Insured's seventieth (70th) birthday;

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

17. Consent of Beneficiary: Consent of the Beneficiary, if any, shall not be requisite to cancel this policy, or to change of Beneficiary, unless an irrevocable Beneficiary, or to any other changes in this policy.

18. Change of Beneficiary: No change of Beneficiary under this policy shall bind the Company, unless consent thereto is formally endorsed thereon by an officer of the Company.

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

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

21. Conformity with Country Statutes: Any provision of this policy, which, on the 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.

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

23. US Foreign Account Tax Compliance Act ("FATCA"): The Company will deduct any withholding required by the US Foreign Account Tax Compliance Act ("FATCA").

The Company reserve the right to terminate this policy in the event that the Policy Owner's or the Insured's appropriate documentation of US or non-US status for purposes of FATCA is not timely provided to the Company. In particular, in the event that applicable laws or regulations of the country of payment would prohibit withholding on payments to the account or prohibit the reporting of the account, and no waiver of such local law is obtained, the Company reserve the right to close the account.

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



25. International and Local Sanction and Exclusion Clause:

"MetLife is bound by and must comply with all applicable trade and economic sanctions laws and regulations, including those set forth by the U.S. Department of

Treasury, Office of Foreign Assets Control (OFAC) and the United Nations".

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

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

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

26. Data Transfer: The Policy Owner hereby gives the Company unambiguous consent, to process, share, and transfer his / her personal data to any recipient whether inside or outside the country, including but not limited to the Company Headquarters in the USA, its branches, affiliates, Reinsurers, business partners, professional advisers, Insurance Brokers and/or service providers where the Company believes that the transfer or share, of such personal data is necessary for: (i) the performance of this policy; (ii) assisting the Company in the development of its business and products; (iii) improving the Company's customers experience; (iv) for the compliance with the applicable laws and regulations; or (v) for the compliance with other law enforcement agencies for international sanctions and other regulations applicable to the Company.

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

27. VAT Treatment:

- Notwithstanding any other provision to the contrary stated in this policy, the Policy Owner agrees that the premium is exclusive of VAT as may be applicable under the provision of the VAT Law.
- If any supply or benefit provided under or in connection with this policy is or become subject to VAT, the Company shall have the right to increase the premium by the amount of the VAT and recover that additional amount from the Policy Owner in addition to the premium.

- For the avoidance of doubt, if any supply or benefit provided under or in connection with this policy becomes subject to VAT, any premium payment the Company receives from the Policy Owner without the VAT additional amount will be considered unpaid until such time the Policy Owner pays the VAT additional amount in full.

Part 5 - Discrepancy

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

Covered Critical Illness Schedule

Definitions of Critical Illnesses and Diagnostic Requirements

1) Stroke

A cerebrovascular incident including infarction of the brain tissue, cerebral and subarachnoid hemorrhage, cerebral embolism, and cerebral thrombosis. This Diagnosis must be supported by all of the following conditions:

- Onset of new neurological symptoms consistent with a stroke;
- Evidence of new objective permanent neurological damage deficits confirmed by a consultant neurologist at least 3 (three) months after the event; and
- Findings on magnetic resonance imaging, computerized tomography, or other reliable imaging techniques consistent with the Diagnosis of a new stroke.

The following are all excluded:

- **Transient Ischemic Attacks (TIAs);**
- **Brain damage due to an Injury, Infection, vasculitis, and inflammatory disease;**
- **Vascular disease affecting the eye or optic nerve; and**
- **Ischemic disorders of the vestibular system.**

2) Cancer

A malignant tumor characterized by the uncontrolled growth and spread of malignant cells with invasion and destruction of normal tissue. This Diagnosis must be supported by histological evidence of malignancy and confirmed by an oncologist.

The following cancers are excluded:

- **All tumors which are histologically described as benign, pre-malignant, carcinoma in situ, borderline malignant, low malignant potential, or any lesion described as Ta by the latest AJCC TNM Classification;**
- **Any skin cancer other than melanoma which has not invaded beyond the epidermis;**
- **Any prostate cancer, unless histologically classified as having a Gleason score greater than 6 or having progressed to at least stage T2N0M0 by the latest AJCC TNM Classification;**
- **Any papillary thyroid cancer that is organ confined.**

3) First Heart Attack – Myocardial Infarction

Heart Attack (myocardial infarction) means the death of a portion of the heart muscle as a result of acute inadequate blood supply. The following conditions should be met:

- Acute cardiac symptoms and signs consistent with a heart attack;
- New ECG changes confirming Infarction;
- Elevation of cardiac enzymes or troponin.

All other forms of acute coronary syndromes are not covered.

4) Coronary Artery By-pass Surgery

The undergoing of open-heart surgery to correct the narrowing or blockage of one or more coronary arteries with by-pass grafts. This Diagnosis must be supported by angiographic evidence of significant coronary artery obstruction and the procedure must be considered medically necessary by a consultant cardiologist.

Angioplasty (PTCA) and all other intra-arterial, catheter based techniques, or laser procedures are excluded.

5) Heart Valve Surgery

The actual undergoing of open-heart surgery to replace or repair heart valve abnormalities.

Repair via valvotomy, endarterial, "keyhole" surgery or similar techniques are specifically excluded.

6) Surgery to Aorta

The actual undergoing of open chest or abdominal surgery to repair or replace part of the aorta. For the purpose of this definition aorta shall mean the thoracic and abdominal aorta but not its branches.

Surgery performed using only minimally invasive or intra-arterial techniques are excluded.

7) Fulminant Hepatitis

A sub-massive to massive necrosis of the liver caused by the Hepatitis virus leading precipitously to liver failure.

The Diagnosis must be supported by all of the following:

- Rapid decreasing liver size;
- Necrosis involving entire lobules, leaving only a collapsed reticular framework;
- Rapid deterioration of liver function tests;
- Deepening jaundice; and
- Hepatic encephalopathy.

8) End Stage Liver Failure

Permanent and irreversible failure of liver function confirmed by a consultant gastroenterologist that has resulted in all of the following:

- Permanent jaundice;
- Ascites; and
- Hepatic encephalopathy.

Liver disease secondary to alcohol or drug abuse is excluded.

9) Primary Pulmonary Hypertension

A primary and unexplained increase in pulmonary artery pressure causing signs of right heart strain and failure. The Diagnosis of primary pulmonary hypertension needs to be made by a consultant cardiologist or a specialist in respiratory medicine and supported by at least three (3) of the following criteria supported by data provided at cardiac catheterization:

- Pulmonary artery pressure at least 30 mm HG or above;
- ECG signs of right heart hypertrophy (RV1 plus SV5 > 1.05mV);
- Reduced blood oxygen concentration at rest; and
- Echocardiography: enlarged right ventricle diameter > 30 mm.

Pulmonary hypertension associated with lung disease, chronic hypoventilation, pulmonary thromboembolic disease, diseases of the left side of the heart, congenital heart disease, drug or toxin-induced pulmonary hypertension are specifically excluded.

10) End-stage Lung Disease

End stage lung disease, causing chronic respiratory (lung) failure. This Diagnosis must be confirmed by a respiratory Physician and be supported by evidence of all of the following:

- FEV1 test results which are consistently less than 1 (one) liter measured on 3 (three) occasions, 3 (three) months apart; and
- Permanent supplementary oxygen therapy for hypoxemia; and
- Arterial blood gas analyses with partial oxygen pressures of 55 mm Hg or less ($\text{PaO}_2 \leq 55$ mm Hg).

11) Kidney Failure (End-Stage Renal Disease)

Chronic irreversible failure of both kidneys requiring either permanent renal dialysis or kidney transplantation, as confirmed by a consultant nephrologist.

Acute reversible kidney failure that only needs temporary renal dialysis is not covered.

12) Major Organ / Bone Marrow Transplantation

The irreversible failure of heart, lung, pancreas, entire kidney or any combination thereof, for which a Physician has determined that the complete replacement of such organ with an entire organ from a human donor is medically necessary and either the patient has been placed on a transplant list or such transplant procedure has been performed; or human bone marrow using hematopoietic stem cells preceded by total bone marrow ablation has been performed; or the irreversible failure of the liver for which a Physician has determined that the complete or partial replacement of the liver with a liver or liver tissue from a human donor is medically necessary by a Physician and the patient has been placed on the transplant list or such procedure has been performed.

The transplantation of any other organs, parts of organs, tissues or cells is excluded.

13) Aplastic Anaemia

Chronic persistent bone marrow failure which results in Anaemia, neutropenia and thrombocytopenia requiring treatment with at least one of the following:

- Blood product transfusion;
- Marrow stimulating agents;
- Immunosuppressive agents; or
- Bone marrow transplantation.

The Insured must be receiving treatment for more than three (3) consecutive months.

The Diagnosis must be based on bone marrow biopsy and confirmed by a consultant hematologist. Two (2) out of the following three (3) values should be present:

- 1) Absolute neutrophil count less than 500/cubic millimeter;
- 2) Absolute reticulocyte count less than 20,000/cubic millimeter; and
- 3) Platelet count less than 20,000/cubic millimeter.

14) Deafness (Total Loss of Hearing)

Total and irreversible loss of hearing in both ears as a result of illness or accident. This Diagnosis must be supported by audiometric and sound threshold tests provided and certified by a consultant ear, nose and throat (ENT) specialist. The condition must not be able to be corrected by medical procedures or other aids.

"Total" means "the loss of at least 80 (eighty) decibels in all frequencies of hearing".

15) Total Loss of Speech

Total and irrecoverable loss of the ability to speak as a result of Injury or disease to the vocal cords. The inability to speak must be established for a continuous period of 6 (six) months. This Diagnosis must be supported by medical evidence furnished by a consultant ear, nose and throat (ENT) specialist. The condition must not be able to be corrected by medical procedures or other aids.

Partial reductions of speech, Loss of speech without physical cause and all psychiatric related causes are excluded.

16) Muscular Dystrophy

A group of hereditary degenerative diseases of muscle characterized by weakness and atrophy of muscle. The Diagnosis of muscular dystrophy must be unequivocal and made by a consultant neurologist. The condition must result in the inability of the Insured to perform, unaided, at least three (3) or more "Activities of Daily Living", as defined hereinabove, for a continuous period of at least six (6) months.

17) Alzheimer's Disease / Severe Dementia

A definite Diagnosis of Alzheimer's disease evidenced by all of the following:

- Loss of intellectual capacity involving impairment of memory and executive functions (sequencing, organizing, abstracting, and planning), which results in a significant reduction in mental and social functioning;
- Personality change;
- Gradual onset and continuing decline of cognitive functions;
- Typical neuropsychological and neuroimaging findings (e.g. CT scan);
- The disease must require constant supervision (24 hours daily) [before age 65];
- Shopping, using telephone, managing finances should be adversely affected;
- Inability of the Insured to perform (whether aided or unaided) at least 3 (three) of the 6 (six) "Activities of Daily Living" as defined hereinabove for a continuous period of at least 6 (six) months.

The Diagnosis and the need for supervision must be confirmed by a consultant neurologist.

The following are not covered:

- 1) Other forms of dementia due to brain or systemic disorders or psychiatric conditions;
- 2) Alcohol or drug related brain damage.

18) Motor Neuron Disease

Motor neuron disease characterized by progressive degeneration of corticospinal tracts and anterior horn cells or bulbar efferent neurons which include:

- Amyotrophic lateral sclerosis (ALS or Lou Gehrig's disease)
- Primary lateral sclerosis (PLS)
- Progressive muscular atrophy (PMA)
- Progressive bulbar palsy (PBP)

This Diagnosis must be confirmed by a consultant neurologist as progressive and resulting in permanent neurological deficit. The disease must result in a total inability to perform, by oneself, at least three (3) out of six (6) "Activities of Daily Living" for a continuous period of at least three (3) months with no reasonable chance of recovery.

19) Parkinson's Disease

The unequivocal Diagnosis of Idiopathic Parkinson's Disease by a consultant neurologist which is evidenced by at least two out of the following clinical manifestations:

- Muscle rigidity;
- Tremor;
- Bradykinesia (abnormal slowness of movement, sluggishness of physical and mental responses).

The Diagnosis must be supported by all of the following conditions:

- 1) There are objective signs of progressive impairment; and
- 2) Inability of the Insured to perform (whether aided or unaided) at least 3 (three) of the following 6 (six) "Activities of Daily Living" for a continuous period of at least 6 (six) months:

Alcohol-induced, drug-induced or toxic causes of Parkinsonism are excluded.

20) Brain Tumour

A life threatening benign tumor in the brain, which resulted to a permanent neurological deficit, confirmed by a neurologist or neurosurgeon and supported by findings on magnetic resonance imaging, computerized tomography, or other reliable imaging techniques. The above requirement of permanent neurological deficit is waived in case of surgical removal of the tumor.

The following are excluded:

- Cysts;
- Granulomas;
- Vascular Malformations;
- Hematomas; and
- Tumors of the pituitary gland or spinal cord.

21) Head Trauma

Accidental head Injury resulting in permanent neurological deficit to be assessed no sooner than three (3) months from the date of the accident. This Diagnosis must be confirmed by a consultant neurologist and supported by unequivocal findings on magnetic resonance imaging, computerized tomography, or other reliable imaging techniques. The accident must be caused solely and directly by accidental, violent and external means and independently of all other causes. There must also be a permanent inability of the Insured to perform (whether aided or unaided) at least 3 of the 6 "Activities of Daily Living" as defined hereinabove.

Spinal cord Injury is excluded.

22) Bacterial Meningitis

Bacterial infection resulting in inflammation of the membranes of the brain or spinal cord resulting in irreversible and permanent neurological deficit. The neurological deficit must persist for at least three (3) months. This Diagnosis must be confirmed by:

- The presence of bacterial infection in cerebrospinal fluid by lumbar puncture;
- A consultant neurologist.

Bacterial Meningitis in the presence of HIV infection, aseptic, viral, parasitic or non-infectious meningitis are excluded.

23) Blindness (Total Loss of Sight)

Total, clinically certified, irreversible loss of sight in both eyes as a result of illness or accident. The Diagnosis of Blindness must be confirmed by a consultant ophthalmologist and the condition must not be able to be corrected by medical procedures or other aids.

Total blindness caused due to intake of methylated alcohol is excluded.

24) Coma

Coma is a state of unconsciousness with no reaction to external stimuli or internal needs. The coma must persist for at least 96 (ninety-six) hours. This Diagnosis must also be supported by evidence of all of the following:

- Life support measures like intubation and mechanical ventilation are necessary to sustain life;
- Permanent neurological deficit following brain Injury confirmed in CT/MRI.

Medically induced coma and coma resulting directly from alcohol or drug abuse are excluded.

25) Major Burns

Burns that involve destruction of the skin through its full depth to the underlying tissue (third-degree burns) and covering at least 20% (twenty percent) of the body surface. The Diagnosis must be confirmed by a specialist.

For the above definition, the following are not covered:

- Third-degree burns due to self-inflicted Injury;
- Any first or second-degree burns.

26) Multiple Sclerosis

Definite Diagnosis of multiple sclerosis, which must be confirmed by a consultant neurologist and supported by all of the following criteria:

- Current clinical impairment of motor or sensory function, which must have persisted for a continuous period of at least 6 (six) months;
- Magnetic resonance imaging (MRI) showing at least 2 (two) lesions of demyelination in the brain or spinal cord characteristic of multiple sclerosis;
- Well documented history of at least 2 exacerbations and 2 remissions of said symptoms or neurological deficits.

Other causes of neurological damage such as SLE and HIV are excluded.

27) Total Paralysis (Loss of use of Limbs)

Total and irreversible loss of use of at least 2 (two) entire limbs as a result of Injury or disease. The paralysis must be present for more than 6 (six) months and supported by appropriate neurological evidence. A consultant neurologist must be of the opinion that the paralysis will be permanent with no hope of recovery.

Paralysis due to self-harm, partial paralysis, temporary post-viral paralysis, or paralysis due to psychological causes are excluded.

28) Poliomyelitis

The occurrence of Poliomyelitis where the following conditions are met:

- Poliovirus is identified as the cause;
- Paralysis of the limb muscles or respiratory muscles must be present and persist for at least three (3) months.

Paralysis must be confirmed by a consulting neurologist.

29) Encephalitis (Acute Viral Encephalitis)

Inflammation of the brain substance (cerebral hemisphere, brainstem or cerebellum) caused by viral infection and resulting in significant, irreversible and permanent neurological deficit. This Diagnosis must be certified by a consultant neurologist and the permanent neurological deficit must be documented for at least three (3) months.

Encephalitis caused by HIV, bacterial or protozoal infections are excluded.

30) Apallic Syndrome

Universal necrosis of the brain cortex with the brainstem remaining intact. This Diagnosis must be definitely confirmed by a consultant neurologist holding such an appointment at an approved Hospital. This condition has to be medically documented for at least one (1) month.

31) Progressive Scleroderma

A systemic collagen-vascular disease causing progressive diffuse fibrosis in the skin, blood vessels and visceral organs. This Diagnosis must be unequivocally 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);
- Eosinophilia fasciitis; and
- CREST syndrome.

32) Systemic Lupus Erythematosus with Lupus Nephritis

A multi-system, multifactorial, autoimmune disorder characterized by the development of auto-antibodies directed against own renal tissue. In respect of this contract, Systemic Lupus Erythematosus will be restricted to those forms of Systemic Lupus Erythematosus which involve the kidneys (Class III to Class V Lupus Nephritis, established by renal biopsy, and in accordance with the WHO classification).

The final Diagnosis must be confirmed by a certified doctor specializing in either rheumatology, immunology or nephrology.

The WHO Classification of Lupus Nephritis:

Class I: Minimal Change Lupus Glomerulonephritis

Class II: Mesangial Lupus Glomerulonephritis

Class III: Focal Segmental Proliferative Lupus Glomerulonephritis

Class IV: Diffuse Proliferative Lupus Glomerulonephritis

Class V: Membranous Lupus Glomerulonephritis.

SPECIMEN

metlife.ae

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

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

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

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



MetLife | UAE
© 2020 METLIFE, INC.

برنامج CritiCare



برنامج CritiCare

حماية في جميع أنحاء العالم

اميركان لايف إنشورنس كومباني (متلايف)، (المسماة فيما يلي الشركة).

تؤمن بموجب هذه الوثيقة المؤمن عليه ضد الخسارة المغطاة بموجب هذه الوثيقة وفقاً للأحكام والتحديدات والنماذج والإستثناءات المتضمنة هنا.

إن التأمين بموجب هذه الوثيقة يشمل فقط المنافع المشار مقابل كل منها بمبلغ محدد كما هو مبين في جدول مواصفات الوثيقة المرفق ربطاً.

أصدرت هذه الوثيقة مقابل الدفع المسبق لمجموع القسط المحدد في جدول مواصفات الوثيقة.

إن جميع المبالغ المستحقة الدفع بموجب هذه الوثيقة من قبل الشركة أو لها تدفع بالعملة المذكورة في جدول مواصفات الوثيقة و في مكتب الشركة في البلد المذكور في جدول مواصفات الوثيقة.

إن المنافع والأحكام والشروط المبينة في هذه الصفحة والصفحات التالية وفي النماذج المرفقة هنا تعتبر جزءاً لا يتجزأ من هذا العقد كما لو وردت فوق التواريخ الممهورة أدناه.

التأمينات الأخرى لدى الشركة: إذا وجدت وثيقة / وثائق، عقد / عقود إضافية لـ "الحماية من الأمراض المستعصية" مماثلة لهذا البرنامج صادرة سابقاً عن الشركة للمؤمن عليه وتكون متزامنة في السريان مع هذه الوثيقة مما يجعل التعويض الإجمالي "للدفعة الواحدة" يفوق الحد الأقصى الشامل البالغ خمسمئة ألف ٥٠٠,٠٠٠ دولار أميركي، فإن التأمين الزائد يعتبر لاغياً وتعاد جميع الأقساط المدفوعة مقابل هذه الزيادة إلى المؤمن عليه أو إلى تركته.

إن الحد الأقصى الشامل البالغ خمسمئة ألف ٥٠٠,٠٠٠ دولار أميركي ينطبق على جميع وثائق "الحماية من الأمراض المستعصية"، بغض النظر عن أي منافع مشابهة في أي وثائق أخرى (حياة أو تأمين جماعي) صادرة عن الشركة على حياة المؤمن عليه.

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

قانون الضرائب: إن وجدت تدفع من قبل المؤمن عليه وفقاً لقوانين الضرائب المرعية الاجراء أو التعديلات المطبقة عليها أو أي رسوم أو ضرائب جديدة تم فرضها على المنافع التي تقدمها الوثيقة، حيث يتم تحصيلها من المؤمن عليه أو اقتطاعها من المنافع القابلة للدفع وذلك بحسب القوانين المطبقة.

شهادة على ما تقدم جعلت اميركان لايف إنشورنس كومباني (متلايف) هذه الوثيقة نافذة بتاريخ الإصدار المذكور في جدول مواصفات الوثيقة.



ديمتريوس مازاراكيس
مدير عام - الخليج

اميركان لايف انشورنس كومباني (متلايف) فرع الإمارات العربية المتحدة

المكتب التنفيذي - الخليج
ص.ب. ٣٧١٩٦ دبي - إ.ع.م

ملاحظات هامة

هذه الوثيقة هي عقد ملزم قانونياً طويل الأمد. يجب على مالك الوثيقة قراءة بنود الوثيقة بشكل كامل لتضمن أنها مناسبة وتفي بجميع متطلباته. ويجب على مالك الوثيقة التأكد أن نسخة منها، إلى جانب أية وثائق أخرى قد زودتها الشركة إليه، محفوظة لديه في مكان آمن للرجوع إليها في المستقبل.

تستند هذه الوثيقة إلى فهم الشركة للقانون والإجراءات المتبعة في بلد الدفع المذكور في جدول مواصفات الوثيقة من تاريخ الوثيقة. وفي حال طرأت:

- أية تعديلات على القانون الضريبي أو فرضت رسوم أو ضرائب جديدة على الشركة، أو
- تم تغيير أي قانون أو اللوائح التي تحكم عمل شركات التأمين في بلد الدفع ؛

من الممكن أن تعدل الشركة منافع وشروط وأحكام هذه الوثيقة، بعد أخذ الموافقة المسبقة عليها من هيئة التأمين، وفقاً لما تراه مناسباً. وسوف يتم إخطار مالك الوثيقة كتابياً بأية تعديلات على آخر عنوان للمالك الوثيقة قام بإبلاغه للشركة.

إن هذه الوثيقة هي عقد صادر بناء على حسن نية. وهذا يعني أن مالك الوثيقة ملزم بأن يكشف للشركة عن جميع المعلومات المطلوبة للشركة لضمان اكتتاب الوثيقة إلى نحو دقيق وكامل. في ما عدا حالات الغش، سوف تعتبر جميع التصريحات المقدمة من أجل الحصول على هذه الوثيقة بيانات وليست إثباتات. لن يستخدم أي تصريح لإبطال هذه الوثيقة أو رفض أي مطالبة مقدمة بموجبه إلا إذا كان مصرحاً به في طلب التأمين المقدم إلى الشركة و/أو أي تعديل كتابي لهذا الطلب أو أية خطاب كتابي موثق ومثبت بسجلات الشركة.

المحتويات

٤	الجزء الأول	التعريفات
٥	الجزء الثاني	الاستثناءات العامة
٥	الجزء الثالث	المنافع
٦	الجزء الرابع	الأحكام الموحدة
٦	١	كامل العقد - التغييرات
٦	٢	أساس الإصدار
٦	٣	فترة المراجعة المجانية
٦	٤	تاريخ نفاذ الوثيقة
٦	٥	فترة الإهمال
٦	٦	التأمين المخفض مسدد الأقساط
٦	٧	إعادة سريان الوثيقة
٦	٨	فسخ الوثيقة
٦	٩	تصريح خاطئ عن السن
٦	١٠	الإشعار بالمطالبة
٦	١١	إثبات الضرر
٧	١٢	المهلة المحددة لتقديم إثبات الضرر
٧	١٣	وقت دفع المطالبة
٧	١٤	لمن تدفع التعويضات
٧	١٥	الفحص الطبي الكامل
٧	١٦	إنهاء الوثيقة
٧	١٧	موافقة المستفيد
٧	١٨	تغيير المستفيد
٧	١٩	تغيير العنوان
٧	٢٠	التنازل
٧	٢١	التوافق مع قوانين الدولة
٧	٢٢	الإدعاء القانوني
٧	٢٣	قانون الامتثال الضريبي على الحسابات الأجنبية ("FATCA")
٧	٢٤	عدم الاشتراك في الأرباح
٧	٢٥	الاستثناءات المتعلقة بالعقوبات الدولية والمحلية
٧	٢٦	تحويل البيانات
٧	٢٧	ضريبة القيمة المضافة
٨	الجزء الخامس	التعارض
١١-٨	جدول الأمراض المستعصية المغطاة	

الجزء الأول: التعريفات

”نشاطات الحياة اليومية“ أينما وردت في هذه الوثيقة تعني:

(أ) **الإغتسال:** القدرة على الإغتسال في المغطس أو بمرشة الإغتسال - الدش - و تتضمن الدخول إلى و الخروج من المغطس أو مرشة الإغتسال أو الإغتسال بطريقة مقبولة بوسائل مختلفة.

(ب) **الإرتداء:** القدرة على إرتداء و خلع و ربط و فك جميع الملابس و بطريقة ملائمة، أية رباطات، اعضاء اصطناعية أو أية ادوات جراحية.

(ج) **الانتقال:** القدرة على التحرك من سرير إلى كرسي ثابت أو كرسي متحرك و بالعكس.

(د) **الحركة:** القدرة على التحرك في البيت من غرفة إلى غرفة على أسطح متساوية.

(هـ) **التردد إلى المرحاض:** القدرة على استعمال المرحاض أو من ناحية أخرى القدرة على التحكم في البراز و المثانة وذلك للمحافظة على درجة مقبولة من النظافة الشخصية.

(و) **الإطعام:** القدرة على إطعام النفس بعد أن يكون الطعام قد حضر و أصبح جاهزاً.

”الطلب“ أو ”طلب التأمين“ أينما وردت في هذه الوثيقة تعني طلب التغطية التأمينية بموجب الوثيقة الموقع من مالك الوثيقة. إن طلب التأمين يشكل جزءاً من عقد الوثيقة و محفوظ لدى الشركة .

”المستفيد(ون)“ أينما وردت في هذه الوثيقة تعني الشخص / الأشخاص المحدد إسمه (أسماؤهم) في طلب التأمين ما لم يتم تغييره لاحقاً بموافقة الشركة و قد تم حفظ إسمه في سجلات الشركة. في حال عدم تعيين أي مستفيد، فإن الورثة الشرعيين هم المستفيدين. و يكون المستفيد مؤهلاً للحصول على منفعة الوفاة (وفاة المؤمن عليه) التي تدفع بموجب الوثيقة عندما تكون سارية المفعول .

”العلاول“ أينما وردت في هذه الوثيقة تعني العلاوات التي قد تضاف إلى حساب الوثيقة في كل ذكرى سنوية بناءً على العائد الذي تعلنه الشركة.

”تاريخ بداية التغطية“ أينما وردت في هذه الوثيقة تعني تسعين (٩٠) يوماً بعد: (أ) تاريخ نفاذ الوثيقة؛ (ب) التاريخ المذكور على أي تظهير على الوثيقة نتيجة تغيير في التغطية أو (ج) تاريخ إعادة سريان الوثيقة في حال إعادة السريان أيهم اللاحق.

”الأمراض المستعصية المغطاة“ أينما وردت في هذه الوثيقة تعني الحالات المرضية المعرفة و المدرجة في جدول الأمراض المستعصية المغطاة و ذلك عندما يتم تشخيصها أو يتم معالجتها جراحياً كما هو مبين في الفقرة المذكورة.

”التشخيص“ أو ”المشخص“ أينما وردت في هذه الوثيقة تعني تشخيصاً قاطعاً وضع من قبل طبيب (كما هو معرف أدناه) على أساس دليل محدد كما هو مطلوب بالنسبة لكل مرض من الأمراض المستعصية. أما في حال عدم وجود مثل هذا الدليل المحدد فقد يعتمد على نتائج الفحص الإشعاعي السريري و النسيجي أو التحاليل المخبرية، على أن يؤيد طبيب الشركة هذا التشخيص بناءً على الدليل الطبي المقدم للشركة من المؤمن عليه و / أو أية معلومات إضافية قد يطلبها طبيب الشركة.

في حال أي جدل أو خلاف في الآراء بالنسبة لملائمة أو صحة التشخيص، فيحق للشركة عندها طلب إجراء فحوصات طبية على المؤمن عليه، أو فحص الدليل الذي اعتمد للوصول الى مثل هذا التشخيص و عرض ذلك على طرف ثالث مستقل معروف و خبير في حقل الطب المعني تختاره الشركة، و يكون رأي هذا الطرف الثالث ملزماً لكل من المؤمن عليه و الشركة معاً.

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

”إصابة“ أينما وردت في هذه الوثيقة تعني إصابة جسدية ناجمة عن حادث طارئ تقع للمؤمن عليه خلال فترة سريان مفعول هذه الوثيقة و تؤدي مباشرة و استقلالاً عن جميع الأسباب الأخرى خلال ثلاثمائة و خمسة وستون (٣٦٥) يوماً إلى خسارة مشمولة في هذه الوثيقة.

”المؤمن عليه“ أينما وردت في هذه الوثيقة تعني الشخص المطلوب التأمين عليه كما هو مذكور في طلب التأمين، و الذي لا يقل عمره عن الثمانية عشر (١٨) عاماً ولا يزيد عن خمسة و خمسين (٥٥) عاماً عند تقديم طلب التأمين بموجب هذه الوثيقة.

”الدفعة الواحدة“ أينما وردت في هذه الوثيقة تعني المبلغ المذكور في جدول مواصفات الوثيقة.

”منافع الإستحقاق“ أينما وردت في هذه الوثيقة تعني المبلغ الذي يتم دفعه في حال البقاء على قيد الحياة لتاريخ الإستحقاق.

”تاريخ الإستحقاق“ أينما وردت في هذه الوثيقة تعني تاريخ وجوب سداد منافع الإستحقاق و المذكور في جدول مواصفات الوثيقة، و تخضع للحد الأقصى لعمر الإستحقاق المحدد بسبعين (٧٠) عاماً.

”مالك الوثيقة“ أينما وردت في هذه الوثيقة تعني الشخص الذي اشترى هذه الوثيقة كما هو مذكور في طلب التأمين و المحدد في جدول مواصفات الوثيقة ما لم يتم تغييره لاحقاً.

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

”تاريخ النفاذ“ أينما وردت في هذه الوثيقة تعني تاريخ بدء سريان مفعول هذه الوثيقة. إن هذا التاريخ مذكور في جدول مواصفات الوثيقة.

”جدول مواصفات الوثيقة“ أينما وردت في هذه الوثيقة تعني الجدول الصادر من قبل الشركة و الذي يصدر أحكاماً معينة للوثيقة و التغطية التأمينية التي تمنحها، و يرفق هذا الجدول بالوثيقة و يشكل جزءاً منها.

”الحالة المرضية السابقة للتأمين“ أينما وردت في هذه الوثيقة، تعني حالة أوصى بها الطبيب أو قام، بالعناية بها، علاجها، أو إعطاء نصيحته بشأنها أو التي ظهرت لأول مرة أو حدثت خلال فترة تصل إلى خمس (٥) سنوات قبل تاريخ نفاذ الوثيقة (أو تاريخ إعادة السريان)، أو حالة تطلبت الدخول الى المستشفى أو إجراء عملية جراحية خلال فترة تصل إلى خمس (٥) سنوات قبل تاريخ نفاذ الوثيقة (أو تاريخ إعادة السريان).

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

الجزء الثالث - المنافع:

القسم (أ) تعويض الأمراض المستعصية

يغطي تعويض الأمراض المستعصية الحالات المرضية المعرّفة و المدرجة في جدول الأمراض المستعصية المغطاة فقط، وذلك عندما يتم تشخيصها كما هو مبين في الفقرة المذكورة.

أ-١: تعويض الدفعة الواحدة

مع مراعاة الشروط و الأحكام المنصوص عليها في هذا العقد، عندما يتم التشخيص بأن المؤمن عليه يعاني من مرض مستعصي كما هو معرف في جدول الأمراض المستعصية المغطاة، تدفع الشركة للمؤمن عليه تعويض "الدفعة الواحدة" المحدد في جدول مواصفات الوثيقة على أن تتحقق جميع الشروط التالية:

(أ) أن يعاني المؤمن عليه من مرض مستعصي مدرج و معرف في جدول الأمراض المستعصية المغطاة؛

(ب) أن يكون المرض المستعصي الذي يعاني منه المؤمن عليه قد حدث له لأول مرة؛

(ج) أن تكون علامات أو أعراض المرض المستعصي التي يعاني منه المؤمن عليه قد ظهرت و بدأت لأول مرة بتاريخ لاحق لتاريخ بداية التغطية؛

(د) أن لا ينطبق على المرض المستعصي أي من الإستثناءات العامة بموجب الجزء الثاني من الوثيقة؛ و

(هـ) أن يكون المؤمن عليه على قيد الحياة عند تشخيص المرض.

إن حدوث أي مرض مستعصي و دفع تعويض الدفعة الواحدة مقابل أو أصعب التعويض قابلاً للدفع ينهي تماماً التغطية التأمينية بموجب هذه الوثيقة.

القسم (ب) المنافع في حال الوفاة:

ب-١: الوفاة نتيجة مرض مستعصي مغطى: إذا توفي المؤمن عليه بشكل مفاجئ، خلال فترة تغطية الوثيقة و كانت الوثيقة سارية المفعول، و كانت الوفاة نتيجة مرض مستعصي مذكور و مبين في جدول الأمراض المستعصية المغطاة، تدفع الشركة تعويض الدفعة الواحدة للمستفيدين، وفقاً للأحكام المذكورة في الجزء الثاني - الإستثناءات العامة، منقوصاً من أي ضرائب، رسوم ختم الملفات أو غيرها من الرسوم، إن وجدت.

ب-٢: الوفاة الغير ناتجة عن مرض مستعصي مغطى: إذا توفي المؤمن عليه بشكل مفاجئ، خلال فترة تغطية الوثيقة و كانت الوثيقة سارية المفعول، و كانت الوفاة نتيجة لأي سبب آخر عدا الإصابة بأحد الأمراض المستعصية الواردة في الجدول، تعيد الشركة جميع الأقساط المدفوعة بموجب الوثيقة للمستفيدين و بدون فوائد وفقاً للأحكام المذكورة في الجزء الثاني - الإستثناءات العامة. أما الضرائب و رسوم ختم الملفات أو أي رسوم حكومية، إن وجدت، فلا تتم إعادتها.

إن دفع تعويض الوفاة ينهي تماماً التغطية التأمينية بموجب هذه الوثيقة.

"فترة سداد الأقساط" أينما وردت في هذه الوثيقة تعني الفترة التي يتم خلالها دفع الأقساط المحددة في جدول مواصفات الوثيقة.

"جدول الأمراض المستعصية المغطاة" أينما وردت في هذه الوثيقة تعني الجدول الذي تُدرج وتُعرف فيه الأمراض المستعصية المغطاة، إن هذا الجدول مرفق بالوثيقة و يعتبر جزءاً متمماً لها.

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

"قانون ضريبة القيمة المضافة" يعني القانون الاتحادي رقم (٨) لسنة ٢٠١٧ في شأن ضريبة القيمة المضافة وتعديلاته في الإمارات العربية المتحدة.

الحرب: تعني الحرب أو العمليات شبه الحربية (سواء

كانت حرب معلنة ام لا) أو غزو أو عمل عدو خارجي

أو أعمال عدوانية أو تمرد أو فتنة أو هيجان أو شغب

اهلي أو حرب اهلية أو عصيان أو ثورة أو أعمال عنف

أو مؤامرة أو حكم مغتصب أو حكم عرفي أو قانون عرفي أو حالة حصار أو

أي من الاحداث أو الاسباب التي تحمل على اعلان أو ابقاء القانون العرفي أو

حالة الحصار.



الجزء الثاني - الإستثناءات العامة

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

أية خسارة مسببة من أو ناتجة عن:

- الإصابة التي توقع بالنفس عمداً أو الإنتحار أو أية محاولة بهذا المعنى سواء كان الشخص سليم العقل أو غير سليم العقل؛
- الحرب أو الغزو أو عمل العدو الخارجي أو الأعمال العدوانية أو العمليات شبه الحربية أو التمرد أو الفتنة أو الاضطرابات أو الشغب الأهلي أو الإضرابات أو الحرب الأهلية أو العصيان أو الثورة أو أعمال العنف؛
- العاهات الخلقية و الحالات الناشئة منها أو الناتجة عنها؛
- الحالات السابقة للتأمين؛

٥. متلازمة نقص المناعة المكتسبة (AIDS) أو أي مرض متعلق بالإيدز أو فيروس نقص المناعة البشرية؛

٦. الخسارة الناتجة عن كون المؤمن عليه ثملاً أو تحت تأثير الكحول أو أية مادة مخدرة أو إساءة استخدام العقاقير الطبية؛

٧. أية خسارة تحدث خلال إشتراك المؤمن عليه بالطيران في أية طائرة نقل أو أية وسيلة للملاحة الجوية بإستثناء كونه مسافراً بالآجرة (لا كمشغل أو كأحد أفراد الطاقم) على متن طائرة تجارية مسيرة من قبل ربان مجاز و تنتقل بين مطارات منشأة و مصانة حسب الأصول؛

٨. إشتراك المؤمن عليه في أية منافسات أو مسابقات أو مباريات برية أو جوية أو بحرية أو أي هواية تتعلق بالنشاطات الرياضية التالية: التسلق على الجبال، النزول في الحفر، الإنزلاق بالمظلة، القفز من الأماكن العالية - البانجي، الصعود أو الهبوط بالمظلة أو الغطس تحت الماء؛

٩. أية خسارة ناتجة عن قيام المؤمن عليه باقتراف أو محاولة اقتراف أو التحريض على اعتداء أو جريمة جنائية أو مخالفة القانون.

١٠. أية خسارة مسببة من أو ناتجة عن الإشعاعات النووية، البيولوجية أو الكيميائية كما هو محدد فيما يلي:

(أ) استعمال، اطلاق أو إرتشاح مواد نووية يؤدي مباشرة أو بشكل غير مباشر إلى تفاعل أو إشعاع نووي أو تلوث إشعاعي؛ أو

(ب) نثر أو استعمال مواد جراثومية أو سامة بيولوجية أو كيميائية؛ أو

(ج) اطلاق مواد جراثومية أو سامة بيولوجية أو كيميائية.

القسم (ج) المنافع لدى استحقاق الوثيقة:

إذا لم يتم تقديم أي مطالبة بموجب هذه الوثيقة، و بقيت الوثيقة سارية لكامل المدة المقررة للتغطية أو تم تحويلها إلى خيار التأمين المخفض المسدد الأقساط بما يتوافق مع بند "التأمين المخفض المسدد الأقساط" في هذا الحال تعاد لمالك الوثيقة خمس وسبعين بالمئة (٧٥٪) من جميع الأقساط المدفوعة بموجب هذه الوثيقة بالإضافة للعلاوات، إن وجدت، أما الضرائب و رسم ختم الملفات و الرسوم الحكومية، إن وجدت، فلا تتم إعادتها.

إذا وافق مالك الوثيقة على استرجاع أقساط هذه الوثيقة، فإن هذه الموافقة تعني إلغاء حقوق أي شخص بإرسال المطالبات عن أي من المنافع المبينة هنا أو أي خسارة تحدث قبل أو بعد إسترجاع الأقساط.

تدفع منافع الإستحقاق بموجب طلب من مالك الوثيقة وخلال مدة لا تقل عن سنتين (٦٠) يوماً من تاريخ استحقاق الوثيقة.

القسم (د) العلاوة:

ابتداء من الذكرى السنوية الثانية (٢) لهذه الوثيقة وخلال فترة سداد الأقساط، إذا كانت الوثيقة سارية المفعول وجميع الأقساط المستحقة قد دفعت لغاية هذه الذكرى، يجوز للشركة أن تعلن علاوة بناءً على العوائد المعلنة من قبل الشركة. و تتراكم هذه العلاوة في الوثيقة بسعر الفائدة المحدد من قبل الشركة. و تدفع العلاوات المتراكمة نقداً و بشكل كامل مع منفعة الإستحقاق، لا تدفع أي علاوة في حال تقديم مطالبة للتعويض عن مرض مستعصي أو عن الوفاة.

الجزء الرابع - الأحكام الموحدة

١. كامل العقد - التغييرات: إن هذه الوثيقة و طلب الوثيقة و جدول مواصفات الوثيقة سوية مع أي مستندات أخرى أو ملحقات أو تظهيرات متعلقة، تؤلف كامل العقد.

لا يعتبر أي تغيير في هذه الوثيقة نافذاً ما لم يوافق عليه مسؤول إداري في الشركة و ما لم يجر تظهير تلك الموافقة عليه أو إرفاقها به. لا يحق لأي وكيل أن يغير هذه الوثيقة أو أن يتنازل عن أي من أحكامها.

٢. أساس الإصدار: لقد صدرت هذه الوثيقة على أساس التصريحات الواردة في طلب التأمين لقاء الدفع المسبق للقسط المحدد في جدول مواصفات الوثيقة.

إن الإخفاء المتعمد من قبل المؤمن عليه للوقائع في التصريحات التي قدمها أو الإدلاء ببيانات مغلوطة تؤثر في قبول الشركة للخطر المؤمن عليه تبطل الوثيقة منذ نشوئها.

٣. فترة المراجعة المجانية: يكون لدى مالك الوثيقة فترة مراجعة مجانية مدتها ثلاثين (٣٠) يوماً اعتباراً من تاريخ الإصدار المذكور في جدول مواصفات الوثيقة يحق له فيها القيام بإلغاء الوثيقة عن طريق إرسال طلب خطي بذلك تستلمه الشركة في أي وقت خلال الثلاثين (٣٠) يوماً الأولى التي تلي مباشرة تاريخ الإصدار. خلال "فترة المراجعة المجانية" هذه، سيخضع أي طلب فسخ للوثيقة لإعادة للقسط المدفوع بدون فائدة. لن يتم إعادة أي قسط إذا تم بالفعل دفع مطالبة.

٤. تاريخ نفاذ الوثيقة: يسري مفعول هذه الوثيقة في تاريخ النفاذ المذكور في جدول مواصفات الوثيقة. بعد أن تصبح هذه الوثيقة نافذة، تبقى سارية المفعول حتى تاريخ إنتهاء الوثيقة المحدد في جدول مواصفات الوثيقة. إن مدة التأمين تبدأ و تنتهي في الساعة ٠٠:٠١ (الدقيقة الأولى صباحاً) في توقيت البلد المذكور في جدول مواصفات الوثيقة.

٥. فترة الإمهال: تعطى مهلة ثلاثون يوماً (٣٠) لدفع قيمة أي من الأقساط المستحقة الأداء، بعد القسط الأول و تبقى الوثيقة خلال هذه المهلة سارية المفعول.

في حال عدم تسديد أي قسط مستحق (ضمن فترة الإمهال)، خلال أول ثلاث سنوات (٣) من مدة سريان هذه الوثيقة، فإن الوثيقة سوف تسقط و تصبح غير سارية المفعول ومن دون أي قيمة.

أما في حال عدم تسديد أي قسط مستحق الأداء (ضمن فترة الإمهال) بعد القسط السنوي الثالث (٣) أو القسط الشهري الخامس والعشرين (٢٥) فعندئذ سوف يتم تحويل الوثيقة تلقائياً إلى خيار التأمين المخفض مسدد الأقساط و بالتوافق مع بند "التأمين المخفض مسدد الأقساط". إذا حصلت الخسارة خلال فترة الإمهال، يحسم أي قسط متوجب الدفع وغير مسدد من المبالغ المستحقة الدفع بموجب الوثيقة.

٦. التأمين المخفض مسدد الأقساط: في حال عدم تسديد أي دفعة لأي قسط مستحق (ضمن فترة الإمهال)، بعد دفع القسط السنوي الثالث (٣) أو دفع القسط الشهري الخامس والعشرين (٢٥) وبعد إنتهاء فترة الإمهال فإن هذه الوثيقة سوف تتحول تلقائياً إلى التأمين المخفض مسدد الأقساط الغير مشارك في الأرباح حتى تاريخ استحقاقها. إن المبلغ الإسمي للتأمين وقت التحويل لتأمين المخفض مسدد الأقساط يكون مساوياً للمبلغ الإسمي الأساسي مضموراً بحاصل قسمة عدد الأقساط المدفوعة على عدد الأقساط المتبقية لفترة سداد الأقساط. إن الوثائق المحولة للتأمين المخفض مسدد الأقساط غير مؤهلة للحصول على أية علاوات.

٧. إعادة سريان الوثيقة: (أ) في حال انتهت الوثيقة نتيجة لعدم سداد الأقساط قبل تحويلها إلى بند التأمين المخفض مسدد الأقساط، يمكن إعادة سريانها، عند موافقة الشركة، خلال تسعين (٩٠) يوماً من تاريخ استحقاق القسط الذي لم يتم دفعه. (ب) في حال حولت الوثيقة إلى التأمين المخفض مسدد الأقساط، يمكن إعادة سريانها، عند موافقة الشركة، في أي وقت خلال سنتين (٢) من تحويلها إلى التأمين المخفض مسدد الأقساط.

إعادة سريان الوثيقة و يتطلب الآتي:

- تقديم طلب خطي لإعادة السريان،
- تقديم إثبات يوضح أهلية وصحة المؤمن عليه و يكون مقبولاً لدى الشركة، و
- دفع كامل القسط المطبق مع الفوائد بمعدل الفائدة الذي تحدده الشركة.

إن إعادة السريان تغطي الأمراض المستعصية المغطاة التي تظهر بعد مرور تسعين (٩٠) يوماً على تاريخ إعادة السريان.

٨. فسخ الوثيقة: يجوز للشركة أن تفسخ هذه الوثيقة في تاريخ الذكرى السنوية، وذلك بإشعار خطي يسلم للمؤمن عليه أو يرسل بالبريد إلى آخر عنوان له في سجلات الشركة على أن يبين في الإشعار متى يصبح الفسخ نافذ المفعول وذلك بعد مهلة لا تقل عن خمسة عشر (١٥) يوماً من ذلك الإشعار. وفي حال فسخ الوثيقة، تعيد الشركة بسرعة الجزء النسبي غير المكتسب من القسط الذي تم دفعه فعلياً من المؤمن عليه، على أن يتم الفسخ بدون المساس بأية مطالبة نشأت قبل ذلك.

وفي حال فسخ هذه الوثيقة من قبل المؤمن عليه، يحسب القسط المكتسب وفقاً لجدول المعدلات القصير الأجل المستعمل من قبل الشركة وقت الفسخ.

٩. تصريح خاطئ عن السن: إذا كان التصريح المعطى عن سن المؤمن عليه أقل من سنه الصحيح فإن أي مبلغ يستحق دفعه بموجب هذه الوثيقة يعدل بحيث يصبح مناسباً للمبلغ الذي كان يمكن شراؤه بالقسط المدفوع لو ذكر السن الصحيح. إذا كان التصريح المعطى عن سن المؤمن عليه أكثر من سن المؤمن عليه الصحيح، تعيد الشركة المبلغ المدفوع الزائد عن القسط المناسب. أما في حال إعطاء تصريح خاطئ عن سن المؤمن عليه، و في حال أن التأمين المنصوص في الوثيقة لم يسر مفعوله وفقاً للسن الصحيح للمؤمن عليه أو يكون قد انتهى مفعوله قبل قبول القسط أو الأقساط، فإن التزام الشركة خلال الفترة التي لا يكون المؤمن عليه أهلاً للتأمين يقتصر على إعادة جميع الأقساط المدفوعة خلال المدة التي لا تغطيها الوثيقة. تعاد تلك الأقساط لدى تقديم الطلب الخطي بذلك.

١٠. الإشعار بالمطالبة: يجب إعطاء الشركة إشعاراً خطياً بالمطالبة خلال ثلاثين (٣٠) يوماً من تاريخ تشخيص المرض المستعصي. أما في حال فقدان الحياة، فيجب إشعار الشركة خطياً فوراً. إن الإشعار الخطي المعطى للشركة (أو وكيلها المعتمد) من قبل أو نيابة عن المؤمن عليه و المتضمن تفاصيل كافية لتعريف المؤمن عليه يعتبر إشعاراً للشركة. لن تدفع أي منفعة في حال التشخيص قبل مرور تسعين (٩٠) يوماً على تاريخ النفاذ أو تاريخ إعادة السريان.

١١. إثبات الضرر: لدى استلام الشركة إشعاراً بالمطالبة ستقوم بتزويد المطالب بنماذج لتقديم إثبات المرض المستعصي أو الجراحة. أما إذا كانت المطالبة ناشئة عن "إنتهاب الكبد الفيروسي الخاطف" أو "السرطان" وفقاً للتعريف الوارد هنا يجوز للشركة أن تطلب من المؤمن عليه أن يجري تحليل دم يتضمن إختباراً للتحقق من وجود فيروس نقص المناعي البشري (HIV) وذلك كشرط مسبق لقبول الشركة إثبات المرض المستعصي.

٢٣. قانون الامتثال الضريبي على الحسابات الأجنبية ("FATCA"): سوف تقوم الشركة باستقطاع أي ضريبة مفروضة بموجب قانون الامتثال الضريبي على الحسابات الأجنبية ("FATCA"). تحتفظ الشركة بالحق في إنهاء الوثيقة بإرادتها المنفردة إذا لم يقدم المؤمن عليه أو مالك الوثيقة المستندات المثبتة لوضعه وما إذا كان خاضع للضريبة في الولايات المتحدة الأمريكية لأغراض قانون الامتثال الضريبي على الحسابات الأجنبية ("FATCA")، وذلك خلال المدة الممنوحة لذلك. وعلى وجه الخصوص، تحتفظ الشركة بالحق في فسخ الوثيقة إذا ما كانت القوانين أو اللوائح المطبقة في بلد الدفع تمنع الخصم الضريبي على المبالغ المستحقة بموجب الوثيقة أو تمنع الإفصاح عن معلومات تتعلق بالوثيقة، ولم يتم الحصول على الموافقات اللازمة للاستثناء من أحكام التشريعات المحلية.

٢٤. عدم الاشتراك في الأرباح: ليس لهذه الوثيقة أية قيمة إسترداد كما لا يشترك هذه الوثيقة في أية أرباح أو أي فائض دخل للشركة.

٢٥. الاستثناءات المتعلقة بالعقوبات الدولية والمحلية:



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

لن تقوم متلايف بتوفير التغطية التأمينية و/أو سداد دفعات وفقاً للوثيقة و/أو أي عقد تكميلي في حال كان مالك الوثيقة أو المؤمن عليه أو الشخص المؤهل لتلقي هذه الدفعات:

(I) مقيماً في أي دولة مفروض عليها عقوبات.

(II) مُدرجاً اسمه على قائمة المنظمات أو الأشخاص المحظور التعامل معهم تجارياً الخاصة بمكتب الرقابة على الأصول الأجنبية أو أي قائمة عقوبات دولية أو محلية أخرى.

(III) كانت المطالبة لسداد قيمة أي خدمات متلقاة في أي دولة خاضعة للعقوبات.

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

٢٦. تحويل البيانات: يمنح مالك الوثيقة الشركة موافقة صريحة لتحويل ومعالجة ومشاركة بياناته الشخصية إلى أي متلق سواء كان داخل أم خارج الدولة، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر مقر الشركة في الولايات المتحدة الأمريكية، فروعها، الشركات الشقيقة، شركات إعادة التأمين، شركاء الشركة في الأعمال، المستشارين، وسطاء التأمين و/أو مزودي الخدمات عندما تعتقد الشركة بأن نقل أو مشاركة هذه البيانات الشخصية لازم لـ (أ) تنفيذ التزاماتها بموجب وثيقة التأمين، (ب) مساعدة الشركة في تطوير منتجاتها وأعمالها، (ج) تحسين تجربة العملاء لدى الشركة، (د) للالتزام بالقوانين والأنظمة المطبقة (هـ) للالتزام بتنفيذ القوانين الأخرى لدى جهات تنفيذ القانون ذات الصلة بالعقوبات الدولية والأنظمة الأخرى المطبقة بالنسبة إلى الشركة.

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

٢٧. ضريبة القيمة المضافة:

- على الرغم من أي نص مخالف في هذه الوثيقة، يوافق مالك الوثيقة أن يكون القسط التأميني غير شامل لضريبة القيمة المضافة كما هو معمول به وفقاً لأحكام قانون ضريبة القيمة المضافة.
- إذا كانت أو أصبحت أي منفعة أو خدمة توفرها هذه الوثيقة أو ما يتصل بها خاضعة لضريبة القيمة المضافة يحق للشركة زيادة القسط التأميني المستحق بنسبة مبلغ ضريبة القيمة المضافة واستعادة ذلك المبلغ الإضافي من مالك الوثيقة بالإضافة إلى القسط التأميني.

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

١٣. وقت دفع المطالبة: تدفع التعويضات المستحقة بموجب هذه الوثيقة فور إستلام إثبات خطي بالضرر يكون مقبول من الشركة.

١٤. لمن تدفع التعويضات: تدفع كافة التعويضات بموجب هذه الوثيقة إلى المؤمن عليه إذا كان على قيد الحياة وإلا تدفع إلى المستفيد/المستفيدين المعيّنين بموجب هذه الوثيقة. إن أي مبلغ تدفعه الشركة بحسن نية وفقاً لهذا البند يبرئ ذمة الشركة إبراءً كاملاً بحدود المبلغ المدفوع.

١٥. الفحص الطبي الكامل: يكون للشركة الحق بأن تطلب على نفقتها إثباتات إضافية وإجراء فحص المؤمن عليه كلما طلبت ذلك بصورة معقولة أثناء وجود مطالبة عالقة بموجب هذه الوثيقة. وكذلك يكون لها الحق بإجراء تشريح للجنة في حال الوفاة عندما لا يمنع القانون ذلك.

١٦. إنتهاء الوثيقة: تنتهي التغطية التأمينية بموجب هذه الوثيقة تلقائياً في أي من التواريخ التالية أيهم الأسبق:

(أ) تاريخ سداد القسط في حال عدم دفع هذا القسط بعد إنقضاء فترة الإهمال و وفقاً لبند "التأمين المخفض مسدد الأقساط".

(ب) في تاريخ الإستحقاق المحدد في جدول مواصفات الوثيقة.

(ج) تاريخ دفع أي مبلغ بموجب الجزء الثالث من هذه الوثيقة.

(هـ) وفاة المؤمن عليه؛ أو .

(و) تاريخ الذكرى السنوية للوثيقة الذي يلي بلوغ المؤمن عليه السبعين (٧٠) عاماً.

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

١٧. موافقة المستفيد: إن موافقة المستفيد ليست شرطاً للتنازل عن هذه الوثيقة أو لتغيير المستفيد، أو لإجراء أية تعديلات أخرى في هذه الوثيقة إلا إذا كان المستفيد المعين غير قابل للتغيير.

١٨. تغيير المستفيد: لا يلزم تغيير المستفيد بموجب هذه الوثيقة الشركة، ما لم يوافق عليه من قبل مسؤول إداري في الشركة وبشكل تظهير على هذه الوثيقة.

١٩. تغيير العنوان: يجب إعلام الشركة فوراً بأي تغيير لعناوين إقامة و/أو مكان عمل المؤمن عليه.

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

٢١. التوافق مع قوانين الدولة: إن أي من أحكام هذه الوثيقة الذي يكون بتاريخ نفاذ الوثيقة يتعارض مع قوانين الدولة حيث سلمت الوثيقة تعدل لتتوافق مع المتطلبات الدنيا لتلك القوانين.

٢٢. الإدعاء القانوني: يسقط الحق بأية مطالبة أو حق أو بإقامة أية دعوى أو إجراء قانوني أو قضائي بموجب هذه الوثيقة بعد انقضاء المدة القانونية المحددة وفقاً للقوانين المطبق بها.

٤) جراحة الشريان التاجي

هي إجراء عملية صدر مفتوح لتصحيح تضيق أو انسداد واحد أو أكثر من الشرايين التاجية باستخدام ترقيع جانبي. يجب أن يكون هذا التشخيص مدعوماً بالأدلة الوعائية من انسداد الشريان التاجي الكبير ويجب اعتبار الإجراء ضرورياً من الناحية الطبية من قبل استشاري أمراض القلب.

يتم استئناء القسطرة (PTCA) وجميع التقنيات الأخرى داخل الشرايين أو إجراءات الليزر.

٥) جراحة صمام القلب

الإجراء الفعلي لعملية قلب مفتوح لتبديل أو ترميم خلل في صمامات القلب.

إن الترميم من خلال عملية صمامات القلب داخل الشريان، جراحة (Keyhole) أو التقنيات المشابهة هي مستئناء تحديداً.

٦) جراحة الشريان الأبهر/ الأورطي

الإجراء الفعلي لعملية الصدر أو البطن المفتوح لإصلاح أو استبدال جزء من الشريان الأبهر. لأغراض هذا التعريف، فإن الشريان الأبهر يعني الأبهر الصدري والبطني وليس فروعه.

يتم استئناء الجراحة التي يتم تنفيذها باستخدام الحد الأدنى من التدخل الجراحي أو تقنيات داخل الشرايين فقط.

٧) التهاب الكبد الخاطف

موت معظم أجزاء الكبد أو جزء منه نتيجة فيروس الكبد و الذي يؤدي بسرعة إلى فشل الكبد.

ينبغي أن يدعم التشخيص بكل الآتي:

- أ- نقصان سريع في حجم الكبد؛
- ب- موت وظيفي يشمل كل فصوص الكبد يؤدي إلى إنكماش الإطار الشبكي بالكبد؛
- ج- تراجع مضطرب في وظائف الكبد؛
- د- إزدياد في البرقان؛ و
- هـ- إعتلال الدماغ الناتج عن إعتلال الكبد.

٨) قصور الكبد في مرحلته النهائية

هو فشل الكبد الدائم والغير قابل للتحسن وفقاً لتشخيص استشاري أمراض الجهاز الهضمي؛ والذي أدى إلى كل مما يلي:

- الإصفرار الدائم؛
- الإستسقاء الرقي؛ و
- إعتلال الدماغ الناتج عن إعتلال الكبد.

تستثنى أمراض الكبد الناتجة عن تناول الكحول أو إساءة استعمال العقاقير.

٩) ارتفاع ضغط الدم الرئوي الأولي

هو ارتفاع أولي وغير مفسر في ضغط الدم الرئوي والذي يؤدي إلى علامات اضطراب الجزء الأيمن من القلب وفشله. يجب إجراء تشخيص لارتفاع ضغط الدم الرئوي الأولي من قبل استشاري أمراض القلب أو أخصائي في طب الجهاز التنفسي وبدعم من ثلاثة (٣) على الأقل من المعايير التالية، المدعمة بالبيانات المقدمة في القسطرة القلبية:

- ١) وصول ضغط الدم الرئوي إلى ٣٠ مللي زئبقي على الأقل أو أعلى
- ٢) يظهر تخطيط القلب الكهربائي علامات تضخم في الجزء الأيمن من عضلية القلب (البطين الأيمن ١ زائد حجم الانقباض < ١,٠٥ مللي فولت)
- ٣) انخفاض تركيز أكسجين الدم أثناء الراحة،
- ٤) وظهور تضخم في البطين الأيمن في تصوير صدى القلب < ٣٠ ملليمتر.

ارتفاع ضغط الدم الرئوي المرتبط بأمراض الرئة، وانخفاض التنفس المزمن، وأمراض التخثر، والانصمام الرئوي وأمراض الجزء الأيسر من القلب وأمراض القلب الخلقية وارتفاع ضغط الدم الرئوي الناتج عن الأدوية والسموم جميعها مستئناء تحديداً.

- منعاً لأي شك، إذا أصبحت أي منفعة أو خدمة توفرها هذه الوثيقة أو ما يتصل بها خاضعة لضريبة القيمة المضافة، فإن أي قسط تأميني تستلمه الشركة من قبل مالك الوثيقة دون مبلغ ضريبة القيمة المضافة سيتم اعتباره غير مكتمل حتى قيام مالك الوثيقة بسداد كامل المبلغ الإضافي المتعلق بضريبة القيمة المضافة.

الجزء الخامس - التعارض

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

جدول الأمراض المستعصية المغطاة

تعريف (الأمراض المستعصية) و متطلبات التشخيص:

١) السكتة/ الجلطة الدماغية

حالة إحتشاء في الدماغ تتضمن تمزق أنسجة الدماغ، نزيف دماغي أو تحت الغشاء العنكبوتي للدماغ، الانسداد الدماغي، والتخثر الدماغي. يجب ان يدعم هذا التشخيص بجميع الشروط التالية:

- بداية حدوث أعراض عصبية جديدة مؤكدة لتشخيص السكتة الدماغية؛
- دليل على وجود عجز وضرر عصبي جديد دائم أكده استشاري أعصاب خلال مدة لا تقل عن ثلاثة (٣) أشهر بعد تاريخ الحدث؛ و
- نتائج التصوير بالرنين المغناطيسي، التصوير الطبقي، أو غيرها من تقنيات التصوير الموثوقة والتي تؤكد تشخيص الجلطة الدماغية الجديدة.

إن الحالات الآتية جميعها مستئناء:

- نوبات الإقفار المؤقتة (TIAs)؛
- تلف الدماغ نتيجة الإصابة، الإلتهاب، والتهاب الأوعية الدموية، والمرض اللتهابي؛
- مرض الأوعية الدموية الذي يؤثر في العين أو العصب البصري؛ و
- اضطرابات نقص تروية الجهاز الدهليزي.

٢) السرطان

ورم خبيث يتميز بالنمو والإنتشار غير المنضبط لخلايا سرطانية مع غزو وتدمير للخلايا الطبيعية، إن هذا التشخيص يجب أن يُدعم بإثبات للورم الخبيث بناء على علم الأنسجة وأن يُؤكد من قبل أخصائي أورام أو في علم الأمراض.

إن السرطانات التالية مستئناء:

- جميع الأورام التي توصف بحسب علم الأنسجة بأنها حميدة، ما قبل الخبيثة أو الورم السرطاني في موضعه الطبيعي أو السرطان الخبيث الحدي أو الورم ذو الاحتمالية الضئيلة لكونه خبيث أو أي آفة وصفت بأنها من فئة الورم أ وفقاً لتصنيف AJCC TNM.
- أي سرطان في الجلد غير الورم الميلاني والذي لم يغزو طبقة الأدمة.
- أي سرطان في غدة البروستاتا إلا إذا تعدى فئة ٦ في تصنيف غلبسون وفقاً للفحص النسيجي أو تطور إلى المرحلة T2NOMO على الأقل وفقاً لتصنيف AJCC TNM.
- أي سرطان حليمي في الغدة الدرقية داخل العضو نفسه.

٣) أول ذبحة صدرية - إحتشاء عضلة القلب

النوبة القلبية (إحتشاء عضلة القلب) تعني موت جزء من عضلة القلب نتيجة عدم كفاية المدد الدموي. ويجب توفر الشروط التالية:

- أعراض وعلامات القلب الحادة المتلازمة مع النوبة القلبية؛
- تغيرات حديثة في تخطيط القلب الكهربائي (ECG) تثبت الإحتشاء؛
- إرتفاع الإنزيمات القلبية أو التروبونين؛

لا يتم تغطية جميع الأشكال الأخرى من متلازمة الشريان التاجي الحادة.

(١٠) أمراض الرئة الإنتهازية

مرض الرئة في طوره النهائي و الذي يسبب فشل تنفسي مزمن. ويجب تأكيد هذا التشخيص على يد طبيب الجهاز التنفسي ودعمه بكافة الإثباتات التالية:

- نتائج فحص حجم الزفير القسري ١ والتي تشير إلى أقل من ١ (واحد) لتر؛ تم قياسه في ٣ (ثلاث) مناسبات على مدار ٣ (ثلاثة) أشهر متباعدة؛ و
- المعالجة الدائمة بتزويد الأوكسجين لنقص أكسجة الدم؛ (الأكسجة)؛ و
- وصول ضغط الأوكسجين الجزئي في تحليل غازات الدم الشرياني إلى ٥٥ مللي زئبقي أو أقل (ضغط الأوكسجين الجزئي ≥ 55 مللي زئبقي).

(١١) الفشل الكلوي (المرحلة الأخيرة من المرض الكلوي)

هو الفشل المزمن الغير قابل للتحسن في وظيفة الكليتين والذي يتطلب إما إجراء غسيل كلوي دائم أو زراعة الكلى، وأكد على تشخيصه استشاري أمراض الكلى.

يستثنى أي فشل كلوي حاد قابل للتحسن يحتاج إلى غسيل كلوي مؤقت.

(١٢) زراعة الأعضاء الكبرى / نخاع العظم

فشل القلب والرئة والبنكرياس أو الكلية بأكملها أو أي مزيج منها بشكل غير قابل للتحسن، حيث قرر الطبيب أن الاستبدال الكامل لهذا العضو مع عضو كامل من متبرع بشري ضروري طبياً وإما أن يكون المريض قد وضع على قائمة الانتظار الخاصة بزراعة الأعضاء أو تم إجراء مثل هذا الزرع؛ أو تم زرع نخاع عظم بشري باستخدام خلايا جذعية مكونة للدم مستخرجة من استئصال كلي لنخاع العظم. أو فشل كبد غير قابل للتحسن قرر فيه الطبيب أن الاستبدال الكامل أو الجزئي للكبد بكبد أو أنسجة كبد من متبرع بشري ضروري طبياً من قبل طبيب وقد تم وضع المريض على قائمة الانتظار الخاصة بزراعة الأعضاء أو تم إجراء مثل هذا الزرع.

إن زراعة أي أعضاء أخرى، أجزاء من أعضاء، أنسجة أو خلايا هي مستثناة.

(١٣) فقر الدم اللاتصني (اللاتكوني)

الفشل المزمن و المستمر للنخاع الشوكي الذي يؤدي إلى فقر الدم، والنيوتروبينيا و الثرومبوسايتوبينيا، الذي يتوجب العلاج بأحد الطرق التالية على الأقل:

- عملية نقل منتج الدم؛
- عوامل لتحفيز النخاع؛
- عوامل إخماد المناعة؛ أو
- زراعة النخاع الشوكي.

يجب أن يتلقى الشخص المؤمن عليه العلاج لأكثر من ثلاثة (٣) أشهر متتالية.

يجب أن يستند التشخيص على خزعة النخاع العظمي وتأكيد استشاري أمراض الدم.

يجب أن يكون هناك اثنان (٢) من القيم الثلاث (٣) التالية:

- ١) القيمة المطلقة لعدد الخلايا العدلة أقل من ٥٠٠ / مليمتري مكعب؛
- ٢) القيمة المطلقة لعدد الكريات الشبكية أقل من ٢٠٠٠٠ / مليمتري مكعب؛ و
- ٣) عدد الصفائح الدموية أقل من ٢٠٠٠٠ / مليمتري مكعب.

(١٤) الطرش (فقدان السمع الكامل)

الفقدان الكامل والغير قابل للإستعادة لسمع جميع الأصوات في كلتا الأذنين نتيجة لمرض أو حادث. يجب أن يصدق التشخيص بفحوصات قياس قوة السمع و فحص بداية السمع مزودة و مصدقة من قبل أخصائي أنف و أذن و حنجرة. يجب أن لا تكون الحالة قابلة للتحسين من خلال الإجراءات الطبية أو المساعدات الأخرى.

ويُقصد "بالكامل" فقدان ٨٠ (ثمانين) ديسيبل على الأقل في جميع ترددات السمع.

(١٥) فقدان الكامل للنطق

الفقدان الكامل والغير القابل للإستعادة للنطق نتيجة مرض أو إصابة للحبال الصوتية. إن عدم القدرة على النطق يجب أن تكون قد إستمرت لمدة ستة (٦) أشهر متتالية. يجب أن يصدق هذا التشخيص بإثبات طبي من قبل أخصائي أنف و أذن و حنجرة. يجب أن لا تكون الحالة قابلة للتحسين من خلال الإجراءات الطبية أو المساعدات الأخرى.

يجب استثناء الانخفاض الجزئي في النطق أو فقدان القدرة على النطق دون وجود سبب مادي، وجميع الحالات النفسية.

(١٦) سوء نمو العضلات

مجموعة من الأمراض الوراثية التنكسية للعضلات ومميزة بضعف وضمور العضلات. يجب أن يكون تشخيص سوء نمو العضلات قاطعاً و معتمداً من قبل إخصائي أعصاب. يجب أن تؤدي هذه الحالة الى عدم قدرة المؤمن عليه تأدية، بدون مساعدة ما لا يقل عن ثلاثة (٣) نشاطات أو أكثر من "نشاطات الحياة اليومية" كما هو معرف أعلاه وذلك لمدة ستة (٦) أشهر متواصلة على الأقل.

(١٧) مرض الزهايمر/اختلال العقل الحاد

تشخيص واضح لمرض الزهايمر بتوافر جميع الأدلة التالية:

- فقد القدرة العقلية والتي تشمل إعتلال الذاكرة والوظائف التنفيذية) التنازع والتنظيم والتفكير والتخطيط) مما يؤدي إلى انخفاض الوظائف الذهنية والاجتماعية؛
 - تغيرات في الشخصية؛
 - بداية تدريجية ومستمرة لانخفاض الوظائف الإدراكية؛
 - نتائج نمطية في التصوير العصبي (مثل الأشعة المقطعية) والفحوصات النفسية العصبية؛
 - يجب أن يتطلب المرض إشراف مستمر (٢٤) ساعة يوميًا (قبل سن ٦٥ عاماً)؛
 - ويجب أن تتأثر القدرة على التسوق واستخدام الهاتف والتعامل مع الأمور المالية)؛
 - عدم قدرة المؤمن عليه تأدية، (بمساعدة أو بدون مساعدة)، ما لا يقل عن ثلاثة (٣) نشاطات من الستة (٦) نشاطات الحياة اليومية، كما هو معرف أعلاه، وذلك لمدة ستة (٦) أشهر متواصلة على الأقل.
- يجب تأكيد التشخيص والحاجة إلى الإشراف من قبل استشاري طبيب أعصاب.

ويجب أن يستثنى ما يلي:

١. أنواع الخرف الأخرى نتيجة اضطراب الدماغ أو الاضطرابات الجهازية أو الحالات النفسية.
٢. تلف الدماغ بسبب الكحول أو العقاقير.

(١٨) مرض العصبون الحركي

مرض العصبون الحركي المتميز بتدهور مستفحل بالأجهزة اللحائية الشوكية و

الخلايا القرنية الأمامية أو الأعصاب النابذة البصلية التي تشمل:

- التصلب الجانبي المتعلق بضمور العضل (مرض لو جيهرنج)
- التصلب الجانبي الأولي
- التصلب العضلي المتقدم
- الشلل النابذ المستفحل

ويجب أن يؤكد التشخيص استشاري الأعصاب والتأكيد على أنه متقدم ويؤدي إلى عجز عصبي دائم. ويجب أن يؤدي هذا المرض إلى الفقدان الكامل للقدرة على الأداء الذاتي لثلاثة (٣) من ستة (٦) من "نشاطات الحياة اليومية" لفترة متواصلة لا تقل عن ثلاثة (٣) أشهر مع غياب أي فرصة للتعافي.

١٩) مرض باركنسون

التشخيص المطلق لمرض باركنسون التلقائي من قبل إحصائي أعصاب والذي أكد عليه دليبين على الأقل من الأعراض السريرية التالية:

- التصلب العضلي؛
- الرعشات؛
- بطء الحركة (بطء غير طبيعي في الحركة واضطراب الاستجابات البدنية والذهنية)

ويجب أن يُدعم التشخيص بكافة الشروط التالية:

- ١) ظهور علامات المرض الآخذة في التدهور، و
- ٢) عدم قدرة المؤمن عليه (بمساعدة أو بدونها) على أداء ما لا يقل عن (٣) ثلاثة نشاطات من "نشاطات الحياة اليومية" الـ ٦ (ستة) لمدة ٦ (ستة) أشهر متواصلة على الأقل.

يستثنى مرض باركنسون الناتج عن تناول الكحول والسموم.

٢٠) ورم الدماغ

ورم دماغ حميد مهدد للحياة ، والذي أدى إلى عجز دائم في الجهاز العصبي، أكده طبيب أعصاب أو جراح أعصاب وتدعم تشخيصه نتائج تصوير الرنين المغناطيسي، الأشعة المقطعية، أو تقنيات التصوير المعتمدة الأخرى. يتم إسقاط الشرط المذكور أعلاه للعجز العصبي الدائم في حالة الاستئصال الجراحي للورم.

إن الحالات الآتية مستثناة:

- الأكياس الغشائية؛
- الأورام الحبيبية؛
- الإختلال في تكوين الأوعية الدموية؛
- أورام / كدمات دموية؛ و
- أورام الغدة النخامية أو الحبل الشوكي.

٢١) إصابة الرأس

إصابة عرضية للرأس تؤدي الى عجز عصبي دائم والذي يجب تقييمه بعد مدة لا تقل عن ثلاثة (٣) أشهر من تاريخ الحادث. ويجب أن يؤكد هذا التشخيص استشاري أعصاب ويدعمه بنتائج مطلقه لصور الرنين المغناطيسي، التصوير الطبقي وتقنيات التصوير المعتمدة الأخرى. ويجب ان يكون الحادث قد تم نتيجة تعرضه المباشر لوسائل عنيفة، عرضية، خارجية ومستقلة عن أي أسباب أخرى. يجب أن يكون هناك أيضا عدم القدرة الدائمة للشخص المؤمن عليه للتأدية (سواء بمساعدة أو بدون مساعدة) ثلاثة (٣) على الأقل من "نشاطات الحياة اليومية" الستة (٦).

إن إصابة الحبل الشوكي مستثناة.

٢٢) التهاب السحايا الجرثومي

هو التهاب جرثومي يسبب التهاب خطير في أغشية الدماغ أو الحبل الشوكي ويؤدي الى عجز عصبي دائم وغير قابل للإستعادة. يجب أن يستمر العجز العصبي لمدة لا تقل عن ثلاثة (٣) أشهر. يجب تأكيد هذا التشخيص عن طريق:

- وجود التهاب جرثومي في السائل المخي الشوكي بإجراء بزل قطني،
- من قبل إحصائي أعصاب.

يستثنى التهاب السحايا الجرثومي في وجود فيروس نقص المناعة البشري والناتج عن التلوث والفيروسات والطفيليات أو التهاب السحايا الناتج عن أسباب أخرى غير العدوى.

٢٣) العمى (الفقدان الكامل للبصر)

الفقدان الكامل، المعتمد سريريا، وغير قابل للإستعادة للبصر في كلتا العينين نتيجة مرض أو حادث. ويجب أن يتم تأكيد تشخيص الفقدان الكامل للبصر من قبل استشاري طب العيون ويجب أن تكون الحالة مُستعصية التصحيح بالإجراءات الطبية أو الأدوات المساعدة الأخرى.

يتم استثناء الفقدان الكامل للبصر الناتج عن تناول الكحول الميغلي.

٢٤) الغيبوبة

الغيبوبة هي حالة من اللاوعي وعدم الاستجابة لأي مؤثر خارجي أو متطلبات داخلية. يجب أن تستمر الغيبوبة لمدة لا تقل عن ٩٦ (ست وتسعين) ساعة. ويجب أن يُدعم هذا التشخيص بإثبات لكل من الحالات الآتية:

- ضرورة استخدام وسائل دائمة مثل تركيب الأنابيب والتنفس للإبقاء على قيد الحياة؛
- عجز عصبي دائم بعد إصابة الدماغ مع التأكيد عليه بالأشعة المقطعية / الرنين المغناطيسي.

يتم إستثناء الغيبوبة الناتجة عن أسباب طبية والغيبوبة الناتجة مباشرة من تناول الكحوليات أو سوء استخدام العقاقير.

٢٥) الحروق الكبرى

هي الحروق التي تشمل تلف الجلد بجميع طبقاته وصولاً إلى الأنسجة تحته (الحروق من الدرجة الثالثة) والتي تغطي ٢٠٪ (عشرين بالمئة) على الأقل من سطح الجسم. ويجب أن يُدعم التشخيص على يد إحصائي.

ووفقاً للمعنى أعلاه، يستثنى ما يلي:

- حروق الدرجة الثالثة التي أحدثها الشخص لنفسه
- أي حروق من الدرجة الأولى أو الثانية.

٢٦) تصلب الأنسجة المتعدد

التشخيص المؤكد لتصلب الأنسجة المتعدد، الذي يجب أن يؤكد استشاري الأعصاب ويجب أن يدعم بجميع المعايير الآتية:

- الاعتلال السريري الحالي للوظائف العصبية والحسية، والتي استمرت لفترة متواصلة لا تقل عن (٦) ستة أشهر؛
- تصوير الرنين المغناطيسي الذي يظهر وجود آفتين على الأقل من إزالة المايلين في المخ والحبل الشوكي وهي خصائص مميزة لتصلب الأنسجة المتعدد؛
- تاريخ موثق ومسجل لاستفحالين و خمودين على الأقل للأعراض المذكورة أو العجز العصبي.

الأسباب الأخرى للتلف العصبي مثل مرض الذئبة الحمامية الجهازية (SLE) وفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) مستثناة.

٢٧) الشلل الكامل (فقدان القدرة على استعمال الأطراف)

هو الفقدان الكلي وغير قابل للاستعادة لاستخدام طرفين (٢) على الأقل من بين جميع الأطراف نتيجة إصابة أو مرض. ويجب أن يستمر الشلل لأكثر من ستة (٦) أشهر ويدعم التشخيص بالأدلة العصبية الملائمة. ويجب أن يؤكد إحصائي أعصاب أن الشلل سيكون دائم ولا يوجد أمل لتعافيه.

يستثنى الشلل الناتج عن إيداء النفس، الشلل الجزئي، أو الشلل المؤقت بعد العدوى الفيروسية أو الشلل بسبب أسباب نفسية.

٢٨) شلل الأطفال (التهاب النخاع الشللي)

إنه حدوث الشلل بوجود جميع الحالات الآتية:

- تأكيد بأن فيروس شلل الأطفال هو السبب، و
- استمرار شلل عضلات الأعضاء أو عضلات التنفس لمدة ثلاثة (٣) أشهر على الأقل.

يجب تأكيد الشلل من قبل إحصائي أعصاب.

٢٩) التهاب الدماغ (التهاب الدماغ الحاد الفيروسي)

هو التهاب في مادة الدماغ (نصفا كرة الدماغ، جذع الدماغ أو المخيخ) الناتج عن التهاب فيروسي والذي يؤدي إلى عجز عصبي دائم وغير قابل للتحسن. يجب أن يصدق هذا التشخيص من قبل إحصائي أعصاب ويجب أن يُوثق العجز العصبي الدائم لمدة لا تقل عن ثلاثة (٣) أشهر.

إن التهاب الدماغ الناتج عن فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) أو التهابات البكتيرية أو الطفيلية جميعها مستثناة.

(٣٠) متلازمة (Apallic Syndrome)

موت شامل لسطح (قشرة) الدماغ مع بقاء جذر الدماغ سليماً. وينبغي تأكيد التشخيص المطلق من قبل إستشاري أعصاب يحمل هذا التعيين في مستشفى معتمد. إن هذه الحالة يجب أن توثق طبياً لمدة لا تقل عن شهر واحد.

(٣١) تصلب الجلد التصاعدي

هو مرض وعائي كولاجيني يسبب تليف منتشر في الجلد، الأوعية الدموية والأعضاء الحشوية. ويجب أن يؤكد هذا التشخيص بطريقة حاسمة بإثبات خزعي أو مصلي ويجب أن يكون الاضطراب قد وصل الى مراحل متقدمة تشمل القلب، الرئتين أو الكلى.

إن الحالات الآتية مستفناة:

- تصلب الجلد الموضعي (تصلب الجلد الخطي أو تصلب الجلد المحدود)
- التهاب اللقافة الأيزينوفيلي؛ و
- متلازمة كريست.

(٣٢) الذئبة الحمامية الجهازية مع ذئبة التهاب الكلية

اضطراب متعدد الأجهزة متعدد العوامل ذو مناعة ذاتية؛ ويتميز بنشوء أجسام مضادة ذاتية تهاجم أنسجة الكلى. بالنسبة لهذا العقد تقتصر الذئبة الحمامية الجهازية على تلك الأشكال من الذئبة الحمامية الجهازية التي تصيب الكليتين تصنيف (٢) إلى تصنيف (٥) ذئبة التهاب الكلية، المثبتة بالخزخ الكلوي و المتوافق مع تصنيف منظمة الصحة العالمية WHO. إن التشخيص النهائي يجب أن يؤكد من قبل طبيب مرخص متخصص في علم الروماتيزم، علم المناعة أو طب الكلى.

إن تصنيف منظمة الصحة العالمية WHO لذئبة التهاب الكلية هو كالاتي:

تصنيف ١: ذئبة التهاب كلوي ذات تغير بحد أدنى

تصنيف ٢: ذئبة التهاب كلوي في الغشاء المتوسط

تصنيف ٣: ذئبة التهاب كلوي بؤري قسمي متشعب

تصنيف ٤: ذئبة التهاب كلوي منتشر متشعب

تصنيف ٥: ذئبة التهاب كلوي غشائي.

SPECIMEN

metlife.ae

شركة متلايف إنك (رمزها MET في بورصة نيويورك) من خلال فروعها والشركات التابعة لها ("متلايف")، هي شركة رائدة عالمياً في مجال التأمين على الحياة ودفوعات الراتب السنوي والتأمين الجماعي للموظفين وإدارة الأصول، و تساعد عملائها من الأفراد والشركات على المضي في دروب حياتهم المتغيرة. تأسست متلايف في عام ١٨٦٨، ولها عمليات في أكثر من ٤٠ بلداً وتتبعها متلايف مواقع ريادية في أسواق الولايات المتحدة و اليابان وأمريكا اللاتينية و آسيا وأوروبا والشرق الأوسط. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة www.metlife.com

متلايف هي شركة رائدة في مجال التأمين على الحياة موجودة في منطقة الخليج منذ قرابة ٦٥ عاماً. ومن خلال الفروع التابعة لها، تقدم شركة متلايف تأمين على الحياة، الحوادث وتأمين صحي، بالإضافة إلى برامج وخدمات التقاعد والادخار للأفراد والشركات. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة: www.metlife-gulf.com