

Certificate of Insurance



# Salary Protect

Worldwide Coverage

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

**DIMITRIS MAZARAKIS**

General Manager  
MetLife - Gulf

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

Citibank, United Arab Emirates  
Telephone: +971 4 31 14 000

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

**Part 1 - Definitions**

“Beneficiary(ies)” wherever used in this policy means the person(s) designated as beneficiary (ies) in the Certificate of Insurance.

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

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

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

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

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

“Insured Person” wherever used in this policy means an individual named in the Certificate of Insurance between the ages of eighteen (18) and sixty four (64) years who applies for this insurance policy through Citibank and whose Debit Card / Visa / MasterCard / Credit Card / Citibank Account is debited towards premium under this policy and reported to the Company.

“Monthly Benefit” wherever used in this policy means the amount stated in the Schedule of Benefits with respect to each Named Insured.

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

“Permanent” wherever used in this policy means total irremediable loss of use which has continued uninterrupted for a period of at least twelve (12) calendar months and at the expiry of this period is beyond hope of improvement.

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

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

**الجزء ١ – التعريفات**

“المستفيد/المستفيدون” أينما وردت في هذه الوثيقة تعني الشخص أو الأشخاص المعيّنين كـمستفيد(ين) في شهادة التأمين.

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

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

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

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

“إصابة” أينما وردت في هذه الوثيقة تعني إصابة جسدية ناجمة عن حادث يصيب المؤمن عليه المسمى خلال سريان مفعول هذه الوثيقة نتيجة تعرضه المباشر لوسائل عنيفة، عرضية، خارجية و تكون إصابته أساساً للمطالبة و تؤدي مباشرة و استقلالا عن جميع الأسباب الأخرى الى خسارة تغطيتها الوثيقة.

“المؤمن عليه” أينما وردت في هذه الوثيقة تعني، أي شخص ذكر إسمه في شهادة التأمين و الذي يتراوح عمره ما بين الثمانية عشر (١٨) والأربعة و الستون (٦٤) عاماً، والذي تقدم بطلب التأمين من خلال سيتي بنك و خصم قسط تأمين هذه الوثيقة من بطاقة الخصم الخاصة به/بطاقته الإئتمانية فيزا/ماستر كارد أو من حسابه لدى سيتي بنك و تم إعلام الشركة بذلك.

“المنفعة الشهرية” أينما وردت في هذه الوثيقة تعني المبلغ المذكور في جدول المنافع لكل مؤمن عليه مسمى.

“المؤمن عليه المسمى” أينما وردت في هذه الوثيقة تعني الشخص المؤمن عليه و/أو زوجه وكما هو مذكور في شهادة التأمين.

“الدائم” أينما وردت في هذه الوثيقة تعني فقدان الكامل للإستعمال الوظيفي غير القابل للعلاج والذي يكون قد استمر بدون انقطاع لمدة إثني عشر (١٢) شهراً متتالياً على الأقل منذ وقوعه والذي يكون في نهاية هذه المدة غير قابل للتحسن.

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

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

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

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

“Spouse” wherever used in this policy means the Insured Person’s legally married husband or wife between the ages of eighteen (18) and sixty four (64) years and is named in the Certificate of Insurance.

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

“Totally and Permanently Disabled” wherever used in this policy means the Named Insured is unable to engage in any occupation or employment for compensation or profit for the rest of his/her life.

If at the time of the Loss the Named Insured is unemployed, Totally and Permanently Disabled shall mean the Total and Permanent inability to perform all of the usual and customary duties and activities of a person of like age and sex.

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

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

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

## Part 2 - Benefits

The coverages stated hereunder subject to the “General Exceptions” stated under Part 6 and the limitations stated under Part 7 “Uniform Provisions” below, are valid only in respect of the Benefits specifically indicated in the Schedule of Benefits by the insertion of the amount of indemnity, is limitation and payment of the appropriate premium.

**Benefit 1: Loss of Life due to Accident:** When Injury results in Loss of Life of a Named Insured within three hundred sixty five (365) days from the date of the accident, the Company will pay the Monthly Benefit applicable to such Named Insured in accordance with the Schedule of Benefits, for the duration specified on the Schedule of Benefits in the Certificate of Insurance, less any other amount paid or payable under Benefit 2 and/or Benefit 3.

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

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

“الزوج” أينما وردت في هذه الوثيقة تعني الزوج (أو الزوجة) القانوني للمؤمن عليه والذي يتراوح عمره ما بين الثمانية عشر (18) و الأربعة و الستين (64) عاماً والمذكور اسمه في شهادة التأمين.

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

“عاجزاً عاجزاً كلياً ودائماً” أينما وردت في هذه الوثيقة تعني أن المؤمن عليه الفسقى غير قادر أبداً على القيام بأي عمل مقابل أجر أو ربح طوال حياته / حياتها.

إذا كان المؤمن عليه المسمى وقت وقوع الخسارة عاطلاً عن العمل (أو غير عامل) فإن عبارة عاجزاً كلياً ودائماً تعني العجز الكلي الدائم عن القيام بجميع المهام و النشاطات المعتادة والمألوفة لشخص في مثل سنه وجنسه.

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

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

“حرب” تعني الحرب أو العمليات شبه الحربية (سواء أكانت حرب معلنة أم 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 ٢ – المنافع:

إن التغطيات المذكورة أدناه مع مراعاة “الاستثناءات العامة” الواردة في الجزء السادس أدناه والتحديدات المذكورة في الجزء السابع “الأحكام الموحدة” أدناه تسري فقط بالنسبة للمنافع المحددة تفصيلاً في جدول المنافع و المبين في خانته مبلغ التعويض العائد لها و حدوده و مبلغ القسط المطبق عليها.

**المنفعة ١: فقدان الحياة في حادث:** عندما تؤدي الإصابة إلى فقدان حياة المؤمن عليه الفسقى ضمن مدة ثلاثمائة وخمسة وستون (365) يوماً من تاريخ الحادث، تدفع الشركة مبلغ المنفعة الشهرية الذي ينطبق على المؤمن عليه المسمى وفقاً لجدول المنافع، ولمدة الدفع المحددة في جدول المنافع في شهادة التأمين، ناقصاً أي مبلغ آخر دُفع أو قابل للدفع بموجب المنفعة (٢) و/أو المنفعة (٣).

**Benefit 2: Dismemberment, Loss of Sight, Hearing and Speech due to Accident:** When Injury results in any of the following Losses to the Named Insured within three hundred sixty five (365) days from the date of the accident, the Company will pay the Named Insured the applicable percentage of the Monthly Benefit as indicated below:

Permanent Loss of:	Percentage
Both hands .....	100%
Both feet .....	100%
Sight of both eyes .....	100%
One hand and one foot .....	100%
Either hand or foot and sight of one eye .....	100%
Speech .....	100%
Hearing in both ears .....	100%
Either hand or foot .....	50%
Sight of one eye .....	50%
Thumb & index fingers of one hand .....	25%

“Loss” wherever used in this policy means the total loss of functional use or complete and Permanent severance:

- 1) With reference to hand or foot: at or above the wrist or ankle joint.
- 2) With reference to thumb and index finger: at or above the metacarpophalangeal joints.
- 3) With reference to sight, hearing or speech: the entire and irrecoverable loss of sight, hearing or speech certified by a licensed Physician specializing in ophthalmology or otolaryngology.

In case of occurrence of more than one of the Losses specified above, the total indemnity payable hereunder is established by adding the indemnity corresponding to each single Loss up to a maximum limit of 100% of the Monthly Benefit.

**The applicable percentage of the Monthly Benefit will be paid for the duration specified on the Schedule of Benefits in the Certificate of Insurance.**

**Benefit 3: Permanent Total Disability due to Accident:** When, as the result of Injury and commencing within three hundred sixty five (365) days from the date of the accident, the Named Insured is Totally and Permanently Disabled and such disability has continued for a period of twelve (12) consecutive months and its Total, continuous and Permanent at the end of this period, the Company will pay the Monthly Benefit applicable to the Named Insured in accordance with the Schedule of Benefits in the Certificate of Insurance, less any amount paid or payable under Benefit 2.

**Monthly Benefit Period:** The Monthly Benefit under Benefit 2 “Dismemberment, Loss of Sight, Hearing and Speech due to Accident” or Benefit 3 “Permanent Total Disability due to Accident” shall be paid to the respective Named Insured for a guaranteed period as specified in the Schedule of Benefits in the Certificate of Insurance. If the Named Insured does not survive to receive all the Monthly Benefits during the guaranteed period, the remainder of the Monthly Benefits will be paid to the Beneficiary named in the Certificate of Insurance.

The Monthly Benefit under Benefit 1 “Loss of Life due to Accident” shall be paid to the Beneficiary for a guaranteed period as specified in the Schedule of Benefits in the Certificate of Insurance.

**المنفعة ٢: فصل الأعضاء، فقدان البصر، السمع، والنطق في حادث:** عندما تؤدي الإصابة إلى حدوث أي من الخسائر التالية للمؤمن عليه المسمى خلال ثلاثمائة وخمسة وستون (٣٦٥) يوماً من تاريخ وقوع الحادث، ستقوم الشركة بدفع النسبة المئوية المنطقية من المنفعة الشهرية وفق ما يلي:

النسبة	خسارة كلية لـ:
١٠٠٪	كلتا اليدين
١٠٠٪	كلتا القدمين
١٠٠٪	بصر كلتا العينين
١٠٠٪	يد واحدة وقدم واحدة
١٠٠٪	يد واحدة أو قدم واحدة مع بصر عين واحدة
١٠٠٪	النطق
١٠٠٪	سمع الأذنين الإئنتين
٥٠٪	يد واحدة أو قدم واحدة
٥٠٪	بصر عين واحدة
٢٥٪	إصبع الإبهام والسبابة ليد واحدة

“خسارة” أينما وردت في هذه الوثيقة تعني فقدان الكامل للإستعمال الوظيفي أو الفصل الكامل والدائم:

١) بالنسبة لليد أو القدم: عند أو فوق مفصل المعصم أو الكاحل.

٢) بالنسبة للإبهام والسبابة: عند أو فوق المفاصل السنية السليمة.

٣) بالنسبة للبصر أو السمع أو النطق: فقدان الكامل وغير القابل للإستعادة؛ للبصر أو السمع أو النطق المصادق عليه من طبيب مرخص أخصائي في طب العيون أو طب الأنف والأذن والحنجرة.

في حالة وقوع أكثر من خسارة من الخسائر المنصوص عليها في هذا القسم فإن إجمالي التعويضات القابلة للدفع تحسب بجمع التعويضات الخاصة بكل خسارة مفردة وذلك لحد أقصى لا يتجاوز ١٠٠٪ من المنفعة الشهرية.

تدفع النسبة المطبقة من المنفعة الشهرية بحسب مدة الدفع المحددة في جدول المنافع في شهادة التأمين

**المنفعة ٣: العجز الكلي الدائم في حادث:** إذا أصبح المؤمن عليه المسمى عاجزاً عاجزاً كلياً ودائماً نتيجة لإصابة ضمن مدة ثلاثمائة وخمسة وستين (٣٦٥) يوماً من تاريخ الحادث و استمر هذا العجز لمدة إثنين عشر (١٢) شهراً متتالياً وكان العجز كلياً، ومستمرًا و دائماً في نهاية المدة، تدفع الشركة المنفعة الشهرية المذكورة في جدول المنافع في شهادة التأمين ناقصاً أي مبلغ آخر دُفع أو يُدفع بموجب المنفعة (٢).

**مدة المنفعة الشهرية:** إن المنفعة الشهرية تحت المنفعة ٢ “فصل الاعضاء، فقدان البصر، السمع، النطق نتيجة حادث” أو المنفعة ٣ “العجز الكلي الدائم نتيجة حادث” سوف تدفع للمؤمن عليه المسمى للمدة المحددة في جدول المنافع في شهادة التأمين إذا لم يبقى المؤمن عليه المسمى على قيد الحياة ليستلم المنفعة الشهرية خلال المدة المحددة في جدول المنافع في شهادة التأمين، يدفع ما تبقى من المنفعة الشهرية إلى المستفيد المذكور في شهادة التأمين.

إن المنفعة الشهرية تحت المنفعة ١ “تعويض فقدان الحياة في حادث” سوف تدفع للمستفيد للمدة المحددة في جدول المنافع في شهادة التأمين.

If the Beneficiary does not survive to receive all the Monthly Benefits during the guaranteed period, the remainder of the Monthly Benefits will be paid to the estate of the Beneficiary.

If the Beneficiary is a child, under twenty one (21) years of age at the date of loss, the Company will pay the Monthly Benefit to the child Beneficiary through the child's legal guardian until the child attains twenty one (21) years of age. When the child Beneficiary attains twenty one (21) years of age, the Company will pay the remainder of the Monthly Benefits, if any, directly to the Beneficiary.

#### Limitations and Termination of Individual Insurance

No Monthly Benefit will be paid under any circumstances for more than one of the losses, the greatest of the provision mentioned in Benefit 1 "Loss of Life due to Accident" or Benefit 2 "Dismemberment, Loss of Sight, Hearing and Speech due to Accident" or Benefit 3 "Permanent Total Disability due to Accident".

The occurrence of any specified loss/losses in respect of any Named Insured for which the full Monthly Benefit is payable shall at once terminate his/her insurance under this policy.

Further the termination of the Named Insured's insurance as a result of payment of the full Monthly Benefit amount shall be without prejudice to the Spouse's coverage who did not submit any claim or receive any Monthly Benefit amount, which coverage shall remain in effect, subject to payment of due premiums, until it gets terminated as per Article 7 "Termination Dates of Insurance" of Part 7 of this policy.

### Part 3 - Proof of Continuance of Disability

The Named Insured shall, at reasonable intervals, as and when requested by the Company, furnish due proof of the continuance of disability.

If the Named Insured shall fail to furnish such proof, or if the Named Insured shall cease to be Permanently disabled as defined herein, the Company's liability to pay the balance of the Monthly Benefit shall cease upon the occurrence of any of the said events.

### Part 4 - Flying Coverage

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

### Part 5 - Postponement of Effective Date

No insurance provided by this policy shall become effective as to a Named Insured if such Named Insured is Hospital confined, disabled, or receiving payment for a claim when such insurance would otherwise take effect. The coverage on the Named Insured shall take effect thirty-one (31) calendar days after such Hospital confinement or disability terminates, or payment of claim ceases, whichever is the latter.

إذا لم يبقَ المستفيد على قيد الحياة ليستلم المنفعة الشهرية للمدة المحددة في جدول المنافع في شهادة التأمين، يدفع ما تبقى من المنفعة الشهرية لتركبة المستفيد.

إذا كان المستفيد قاصراً تحت سن الواحد والعشرون (٢١) عاماً عند تاريخ حدوث الخسارة، تدفع الشركة المنفعة الشهرية إلى المستفيد القاصر بواسطة الولي / الوصي القانوني عليه حتى بلوغ المستفيد القاصر سن الواحد والعشرون (٢١) عاماً، عند بلوغ المستفيد القاصر سن الواحد والعشرون (٢١) عاماً تدفع الشركة المنفعة الشهرية إن وجدت إلى المستفيد مباشرة.

#### القيود وإنهاء التأمين الفردي

لن تدفع المنفعة الشهرية مهما كانت الظروف لتعويض عن أكثر من خسارة واحدة من الخسائر التي يعوض عنها بموجب المنفعة (١) "تعويض فقدان الحياة في حادث" أو المنفعة (٢) "تعويض فصل الأعضاء، فقدان البصر، السمع، النطق في حادث" أو المنفعة (٣) "تعويض العجز الكلي الدائم في حادث".

إن وقوع أي من الخسائر لأي مؤمن عليه مسمى والتي يُدفع عنها مبلغ المنفعة الشهرية كاملاً ينهي تأمينه / تأمينها بموجب هذه الوثيقة فوراً.

على أن هذا الإنهاء لن يؤثر في أية مطالبة نشأت عن الإصابة التي سببت الخسارة المذكورة. إضافة إلى ذلك، إن إنهاء التأمين الخاص بالمؤمن عليه المسمى كنتيجة لدفع مبلغ المنفعة الشهرية سوف لا يؤثر على التغطية التأمينية الخاصة بالزوج الذي لم يقدم أية مطالبة أو يستلم أي مبلغ منفعة شهرية، حيث تبقى هذه التغطية مستمرة، بشرط المحافظة على دفع الأقساط المستحقة، حتى يتم إنهاؤها بموجب الفقرة ٧ "تاريخ إنتهاء التأمين" من الجزء السابع من هذه الوثيقة.

### الجزء ٣ - إثبات إستمرار العجز

يتوجب على المؤمن عليه المسمى أن يقدم على فترات معقولة، كيف ومتى تطلب الشركة ذلك، إثباتاً أصولياً على استمرار العجز.

يُنهي إلزام الشركة بدفع الرصيد المتبقي من المنفعة الشهرية إذا تخلف المؤمن عليه المسمى عن تقديم ذلك الإثبات أو إذا لم يعد المؤمن عليه المسمى عاجزاً كلياً أو جزئياً وبصورة دائمة كما هو معزف ههنا.

### الجزء ٤ - تغطية السفر جواً

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

### الجزء ٥ - تأجيل تاريخ النفاذ

لا يكون أي تأمين بموجب هذه الوثيقة نافذاً بالنسبة للمؤمن عليه المسمى إذا كان ذلك المؤمن عليه المسمى مقيماً في مستشفى أو عاجزاً أو يتلقى تعويضات عن مطالبة وذلك عندما يكون التأمين لولا تلك الواقعة قد أصبح ساري المفعول. يسري التأمين في مثل هذه الحالة بعد واحد وثلاثين (٣١) يوماً من انتهاء الإقامة في المستشفى أو إنتهاء العجز أو توقف دفع المطالبة، أيهم اللاحق.

## Part 6 - General Exceptions

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

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

## الجزء ٦ - الإستثناءات العامة

إن هذه الوثيقة لا تشمل الخسائر التالية لن يتم دفع من خلالها أي مبلغ أو تعويض عنها:

١. أية خسارة مسببة من أو ناتجة عن:
  - (أ) الإصابة التي توقع بالنفس عمداً أو الإنتحار أو أية محاولة بهذا المعنى عندما يكون الشخص سليم العقل و مدركاً؛
  - (ب) الحرب أو الغزو أو عمل العدو الخارجي أو الأعمال العدوانية أو العمليات شبه الحربية (سواء كانت الحرب معلنة أم لا) أو التمرد أو الفتنة أو الاضطرابات أو الشعب الاهلي أو الحرب الأهلية أو العصيان أو الثورة أو أعمال العنف أو المؤامرة أو الحكم العسكري أو السلطة المغتصبة أو القانون العرفي أو حالة الحصار وكل الأفعال ذات الطبيعة المشابهة أو أي مرحلة يخدم خلالها المؤمن عليه المسمى في القوة المسلحة لأي بلد أكان ذلك في السلم أو في الحرب؛
  - (ج) العاهات الخلقية والحالات الناشئة أو الناتجة عنها؛
  - (د) المشاركة الفاعلة في أي عمل ارهابي؛
  - (هـ) السفر إلى / أو البقاء في العراق وأفغانستان؛ أو
٢. أية خسارة تحدث خلال:
  - (أ) قيام المؤمن عليه المسمى بالطيران في أية طائرة نقل أو وسيلة للملاحة الجوية باستثناء الوارد تحديدها في الجزء ٤ - تغطية السفر جواً؛
  - (ب) إشتراك المؤمن عليه المسمى في رياضة كمحترف خلال اللعب أو التدريب، أو اشتراكه في أية منافسات أو مسابقات أو مباريات برية أو جوية أو بحرية، الرياضات والنشاطات الخطرة، كالتسلق على الجبال أو النزول في الحفر، القفز من الأماكن العالية، البانجي، الصعود أو الهبوط بالمظلة، الانزلاق بالمظلة، التزلج على الثلج أو الجليد أو الغطس تحت الماء (scuba diving)؛ أو
٣. أية خسارة ناتجة عن كون المؤمن عليه المسمى ثملاً أو تحت تأثير الكحول أو أية مادة مخدرة أو اساءة استخدام العقاقير الطبية؛ أو
٤. أية خسارة ناتجة عن قيام المؤمن عليه المسمى باقتراف أو محاولة اقتراف أو الإشتراك في جناية أو جنحة مقصودة؛ أو
٥. الحالات السابقة للتأمين، الحمل، الولادة، الإجهاض أو الإسقاط؛ أو
٦. أي خسارة مسببة أو ناتجة بشكل كامل أو جزئي عن الإلتهابات الجرثومية (عدا الإلتهابات البايوجينية التي تحدث نتيجة لبتير أو جرح ناشئين عن حادث) أو أي نوع آخر من الأمراض؛ أو
٧. أية خسارة مسببة من أو ناتجة عن الاشعاعات النووية، البيولوجية أو الكيميائية كما هو محدد فيما يلي:
  - (أ) استعمال، اطلاق أو إرتشاح مواد نووية يؤدي مباشرة أو بشكل غير مباشر إلى تفاعل أو إشعاع نووي أو تلوث إشعاعي، أو
  - (ب) نثر أو استعمال مواد جرثومية أو سامة بيولوجية أو كيميائية، أو
  - (ج) اطلاق مواد جرثومية أو سامة بيولوجية أو كيميائية.

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

## Part 7- Uniform Provisions

**1) Entire Contract, Changes:** This policy, including the Certificate of Insurance and any endorsements, constitute the entire contract of insurance.

No change in this policy shall be valid unless approved by the Company and unless such approval be endorsed hereon or attached hereto.

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

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

**3) Effective Date of Insurance:** This policy takes effect on the Policy Effective Date stated in the Certificate of Insurance. After taking effect, this policy continues in effect until the expiry of the period of coverage stated in the Certificate of Insurance and may be renewed on each anniversary thereafter subject to the "Grace Period" and "Renewal Conditions" set forth herein. All periods of insurance shall begin on the Policy Effective Date at 00:01 hours and expire at 23:59 hours of the policy expiry date at the residence of the Named Insured.

Coverage in respect of a Named Insured under this policy shall commence from the Policy Effective Date stated in the Certificate of Insurance, subject to the successful debit of the Insured Person's Debit Card/ Visa/MasterCard Credit Card or his/her Citibank Account for the premium due under this policy.

Non-receipt of the first premium by the Company will render this policy null and void immediately, effective from the time of application.

**4) Grace Period:** A grace period of sixty (60) calendar days will be granted for the payment of each premium falling due, during which time this policy shall be continued in force, unless this policy has been cancelled in accordance with clause 10 "Cancellation". The Insured Person shall be liable to the Company for the payment of the premium for the period this policy continues in force. If loss occurs within the grace period, any premium then due and unpaid will be deducted in settlement.

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

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

If a Named Insured sustains a loss after having changed his/her residence and/or business address to a country other than the one declared at the time of policy issuance, then the Company will apply the relevant rules of the insurance coverage terms of that new country, including but limited to the premium rate applicable to that new country, starting from the date of the change. If under the new insurance coverage terms the premium rate is higher than the premium rate applicable to the country declared at the time of policy issuance, then the Insured must pay the difference in premium as determined by the Company. If the Insured did not pay the full premium, including the difference mentioned above, the Company shall have the right to terminate this policy effective from the date of change.

Through this provision, the Company's insurance coverage terms in the new country shall be applied before the occurrence of the loss by the Named Insured under this policy, or prior to the date where the proof of change of residence and/or business address was received by the Company.

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

## الجزء ٧ - الأحكام الموحدة

**١) كامل العقد - التغييرات:** إن هذه الوثيقة، بما فيها شهادة التأمين والتظهيرات والمستندات المرفقة بها، تؤلف عقد التأمين بكامله.

لا يعتبر أي تغيير في هذه الوثيقة نافذاً ما لم توافق عليها الشركة وما لم يجر تظهير تلك الموافقة على هذه الوثيقة أو إرفاقها بها.

**٢) أساس إصدار الوثيقة:** أصدرت هذه الوثيقة على أساس التصريحات الصادرة من قبل المؤمن عليه، و لقاء الدفع سلفاً للقسط المتعلق بهذه الوثيقة المحدد في شهادة التأمين.

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

**٣) تاريخ سريان مفعول التأمين:** يسري مفعول هذه الوثيقة في تاريخ نفاذ الوثيقة المذكور في شهادة التأمين. بعد أن تصبح هذه الوثيقة نافذة، تبقى سارية المفعول حتى تاريخ انتهاء مدة التغطية المبينة في شهادة التأمين ويجوز تجديد سريان الوثيقة في كل ذكرى سنوية فيما بعد وفقاً للأحكام الواردة في فقرة «فترة الإمهال» و فقرة «شروط التجديد» أدناه. إن أي مدة للتأمين تبدأ من اليوم التالي لتاريخ نفاذ الوثيقة الساعة ٠٠:٠١ وتنتهي الساعة ٢٣:٥٩ من تاريخ انتهاء الوثيقة في محل إقامة المؤمن عليه المسمى.

إن التغطية بالنسبة للمؤمن عليه المسمى تبدأ من تاريخ نفاذ الوثيقة المذكور في شهادة التأمين، شرط تمام عملية سحب القسط المتوجب بموجب هذه الوثيقة من بطاقة الخصم/ بطاقة فيزا/ ماستر كارد الائتمانية الخاصة بالمؤمن عليه أو من حسابه لدى سيتي بنك بنجاح.

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

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

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

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

في حال وقوع خسارة للمؤمن عليه المسمى بعد تغيير عنوان إقامته و/ أو مكان عمله إلى بلد غير مصرح عنه بموجب الوثيقة، عندها ستطبق الشركة قائمة الأحكام السائدة والخاصة بشروط تغطية التأمين في البلد الجديد، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر نسبة أقساط التغطية التأمينية المطبقة على البلد الجديد، بدءاً من تاريخ التغيير. في حال كانت نسبة أقساط التغطية التأمينية للبلد الجديد هي أعلى من نسبة أقساط التغطية التأمينية للبلد المصرح عنه بموجب الوثيقة، فإنه يجب على المؤمن عليه دفع الفرق في الأقساط كما تحدده الشركة. وفي حال لم يقم المؤمن عليه بدفع كامل مبلغ الأقساط، بما في ذلك الفرق المذكور أعلاه، فإنه يحق للشركة إنهاء الوثيقة من تاريخ التغيير.

لغايات تطبيق هذا البند، ستقوم الشركة بتطبيق القواعد الخاصة والسائدة لتغطية التأمين في البلد الجديد قبل حدوث الخسارة المغطاة بموجب هذه الوثيقة أو قبل تاريخ استلام الشركة لإثبات تغيير عنوان الإقامة و/ أو مكان العمل.

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

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

- the date this policy expires;
- the premium due date if the required premium is not paid within the grace period;
- the date the benefits are paid to the extent of the Monthly Benefit in respect of any Named Insured;
- the policy anniversary date immediately following the Named Insured's seventieth (70th) birthday;
- the date the Named Insured is no longer eligible within the definition of Named Insured;

The termination of the Named Insured's insurance as a result of attaining the age of seventy (70) years shall be without prejudice to the Spouse's coverage who did not attain such age, which coverage shall remain in effect, subject to payment of due premiums, until the Spouse attain the age of seventy (70) years.

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

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

- Production of evidence of insurability satisfactory to the Company; and
- Payment of the applicable premium at the time of reinstatement.

**Such reinstatement shall only cover loss resulting from injury sustained after the date of reinstatement.**

**10) Cancellation:** Following the expiry of the period of coverage as stated in the Certificate of Insurance, the Company may cancel this policy by written notice delivered to the Insured Person or mailed to the last address as shown by the records of the Company which shall be notified to the Insured Person not less than fifteen (15) calendar days before the expiry of the period of coverage. Such cancellation shall be without prejudice to any valid claim originating prior thereto.

In the event this policy for which the annual premium has been paid in advance is cancelled by the Insured Person, the unearned premium shall be refunded on a pro-rata basis for the balance of the months of cover due under this policy.

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

**12) Notice of Claim:** Written notice of claim must be given to the Company within ten (10) calendar days after the occurrence or commencement of any loss covered by this policy or as soon thereafter as is reasonably possible. In the event of Loss of Life due to Accident, immediate notice thereof must be given to the Company. Failure to furnish such notice within the time required shall not invalidate nor reduce any claim if it was not possible to give notice within such time. Written notice of claim given by or on behalf of the Named Insured to the Company, or to any authorized official of the Company with information sufficient to identify the Named Insured shall be deemed as notice to the Company.

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

**14) Time For Filing Claim Forms:** Completed claim forms and written proof of loss must be furnished to the Company within ninety (90) calendar days after the date of notification. Failure to furnish such proof within the ninety (90) calendar days period shall not invalidate nor reduce any claim if it was not possible to give proof within such time. However, no proof will be accepted if furnished later than three (3) years from the time the loss occurred.

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

**٨) تواريخ إنتهاء التأمين:** تنتهي التغطية الشخصية بالنسبة لأي مؤمن عليه مسمى فوراً في أحد التواريخ التالية، أيهما أقرب:

- تاريخ إنتهاء هذه الوثيقة؛
- تاريخ إستحقاق القسط في حال عدم تسديد القسط ضمن فترة الإمهال؛
- تاريخ دفع المنافع لحد مبلغ المنفعة الشهرية بالنسبة لأي مؤمن عليه مسمى؛
- تاريخ ذكرى الوثيقة السنوية التي تلي مباشرةً بعد تاريخ بلوغ المؤمن عليه المسمى السبعين (٧٠) من العمر؛
- التاريخ الذي لم يعد المؤمن عليه المسمى مؤهلاً ضمن تعريف المؤمن عليه المسمى؛

إن إنهاء التأمين الخاص بالمؤمن عليه المسمى كنتيجة لبلوغه سن السبعين (٧٠) سوف لن يؤثر على التغطية التأمينية الخاصة بالزوج الذي يبلغ هذا العمر، حيث تبقى التغطية الخاصة بالزوج مستمرة، بشرط المحافظة على دفع الأقساط المستحقة، حتى بلوغ الزوج سن السبعين (٧٠) من العمر.

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

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

أ) تقديم إثبات على الأهلية مرضياً للشركة؛ و

ب) دفع كامل القسط المطبق وقت إعادة السريان.

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

**١٠) فسخ الوثيقة:** بعد إنتهاء مدة التغطية المبينة في شهادة التأمين يجوز للشركة أن تفسخ هذه الوثيقة في أي وقت كان وذلك بإرسال بلاغ خطي يسلم للمؤمن عليه أو يرسل بالبريد إلى آخر عنوان له في سجلات الشركة، على أن يتم إرسال هذا البلاغ قبل ما لا يقل عن خمسة عشر (١٥) يوماً من تاريخ إنتهاء مدة التغطية. إن هذا الفسخ لن يؤثر في أية مطالبة نشأت قبل ذلك.

في حال فسخ الوثيقة و قد تم دفع القسط السنوي سلفاً مقابلها، من قبل المؤمن عليه، سوف يعاد الجزء النسبي غير المكتسب من القسط المدفوع لباقي أشهر التغطية بموجب هذه الوثيقة.

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

**١٢) الإشعار بالمطالبة:** يجب إشعار الشركة خطياً بالمطالبة خلال عشرة (١٠) أيام من حدوث أو بدء أية خسارة مشمولة بالوثيقة. في حال فقدان الحياة نتيجة حادث، يجب إشعار الشركة بذلك فوراً. إن التخلف عن تقديم هذا الإشعار خلال المهلة المحددة لن يبطل أو يخفف أي مطالبة إذا تبين أنه لم يكن تقديم الإشعار خلال هذه الفترة ممكناً. إن الإشعار الخطي المعطى للشركة من قبل أو نيابة عن المؤمن عليه المسمى أو إلى أي مسؤول إداري في الشركة والمتضمن تفاصيل كافية للتعرف على المؤمن عليه المسمى يعتبر إشعاراً للشركة.

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

**١٤) المهلة المحددة لتقديم نماذج المطالبة:** يجب أن يقدم إلى الشركة نماذج المطالبة المعبأة و إثبات خطي عن الخسارة خلال تسعين (٩٠) يوماً بعد تاريخ الإشعار. إن التخلف عن تقديم هذا الإثبات خلال المهلة المحددة لن يبطل أو يخفف أية مطالبة إذا تبين أنه لم يكن تقديم الإثبات خلال فترة تسعين (٩٠) يوماً ممكناً. على أنه لن تقبل تحت أي ظرف مطالبة لم تتسلم الشركة إثباتاً عن الخسارة بخصوصها خلال ثلاث سنوات (٣) من تاريخ وقوع الخسارة.

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



**16) To whom Indemnities are Paid:** Loss of Life due to accident benefit under this policy, will be paid to the Beneficiary(ies) as evidenced in the Certificate of Insurance; otherwise to the estate of the Named Insured; while any other living benefits will be paid to the Named Insured or his/her estate if he/she died before receiving those benefits. Any payment made by the Company in good faith pursuant to this provision shall fully discharge the Company to the extent of the payment.

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

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

**19) Designation or Change of Beneficiary; Assignment:** The right of designation or change of Beneficiary is reserved to the Insured Person only. No assignment of interest shall be binding upon the Company unless and until the written original or a duplicate thereof is filed with the Company. The Company assumes no responsibility for the validity of such designation or change of Beneficiary or assignment.

**20) Consent of Beneficiary:** Consent of the Beneficiary, if any, shall not be requisite to change of Beneficiary or to any other changes in this policy.

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

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

**23) Other Insurance with the Company:** If a similar Salary Protect policy or policies previously issued by the Company to the Named Insured be in force concurrently herewith, making the aggregate indemnity for the Monthly Benefit in excess of the amount of AED 20,000 ( United Arab Emirates Dirhams Twenty thousand), the excess insurance shall be void and all premiums paid for such excess shall be returned to the Insured Person or his/her estate.

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

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

**26) Data Transfer:** The Insured Person hereby gives the Company unambiguous consent, to process, share, and transfer 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 believe 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 compliance with the applicable laws and regulations; or (v) for compliance with other law enforcement agencies for international sanctions and other regulations applicable to the Company.

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

**١٦) لمن تدفع التعويضات :** تدفع تعويضات فقدان الوفاة بحادث إلى المستفيد في شهادة التأمين و الذي يجب أن يتم تعيينه خطياً و في حال عدم وجود مستفيد محدد يدفع التعويض إلى تركة المؤمن عليه المسمى. بينما تدفع جميع التعويضات الأخرى (الغير المتعلقة بالوفاة) إلى المؤمن عليه المسمى أو إلى تركته إذا توفي قبل استلامه لتلك التعويضات. إن أي مبلغ تدفعه الشركة بحسن نية وفقاً لهذا البند يبرئ ذمة الشركة إبراء كاملاً بحدود المبلغ المدفوع.

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

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

**١٩) تعيين أو تغيير المستفيد؛ التحويل:** إن حق تعيين أو تغيير المستفيد محصور بالمؤمن عليه وحده. إن تحويل ملكية هذه الوثيقة أو تحويل أية منفعة بموجبها لا يكون ملزماً للشركة إلا عند استلامها طلب التحويل الخطي الأصلي أو نسخة أصلية وقيده في سجلاتها. إن الشركة لا تتحمل أية مسؤولية عن صحة أو نتائج أي تعيين أو تغيير للمستفيد أو تحويل للوثيقة.

**٢٠) موافقة المستفيد:** إن موافقة المستفيد، إن وجد، ليست شرطاً ضرورياً لتغيير المستفيد أو لإجراء أية تعديلات أخرى في هذه الوثيقة.

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

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

**٢٣) التأمينات الأخرى لدى الشركة:** إذا وجدت وثيقة أو وثائق مماثلة لوثيقة حماية الدخل صادرة سابقاً من الشركة إلى المؤمن عليه المسمى و تكون متزامنة في السريان مع هذه الوثيقة مما يجعل التعويض الشهري الإجمالي يفوق الحد الأقصى الشامل البالغ ٢٠,٠٠٠ درهم إماراتي (عشرين ألف درهم إماراتي) فإن التأمين الزائد يعتبر لاغياً و تعاد جميع الأقساط المدفوعة مقابل هذه الزيادة إلى المؤمن عليه المسمى أو إلى تركته.

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

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

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

تضمن الشركة بأن يلتزم المتلقي بالتزامات تعاقدية كافية للمحافظة على و ل ضمان سرية البيانات الشخصية، كذلك فإنها تؤكد التزامها بجميع القوانين المطبقة و المتعلقة بهذا التحويل و المعالجة و المشاركة للبيانات الشخصية. لغايات التوضيح، تعني البيانات الشخصية أي بيانات/معلومات متعلقة بالمؤمن عليه و/أو عائلته والتي قد تحتوي على أي معلومات صحية، معلومات تدل عن هويته، معلومات مالية أو معلومات الاتصال والتي تم الإفصاح عنها في أي وقت.

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

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

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

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

#### 28) VAT Treatment:

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

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

## Part 8 - Discrepancy

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

**٢٧) الاستثناءات المتعلقة بالعقوبات الدولية والمحلية:** "تخضع متلايف ويجب عليها الالتزام بكافة القوانين والأنظمة والعقوبات التجارية والاقتصادية النافذة بما في ذلك القوانين والأنظمة والعقوبات الصادرة من قبل وزارة الخزانة الأمريكية ومكتب الرقابة على الأصول الأجنبية والأمم المتحدة".

لن تقوم متلايف بتوفير التغطية التأمينية و/أو سداد دفعات وفقاً للوثيقة و/أو أي عقد تكميلي في حال كان 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 يُعزّض الشركة لأي عقوبات بموجب أي قوانين نافذة.

#### ٢٨) ضريبة القيمة المضافة:

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

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

## الجزء ٨ - التعارض

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

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](http://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](http://www.metlife-gulf.com).

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

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

تأسست متلايف في عام ١٨٦٨، ولها عمليات في أكثر من ٤٠ بلداً وتتيبواً متلايف مواقع ريادية في أسواق الولايات المتحدة و اليابان وأمريكا اللاتينية و آسيا وأوروبا والشرق الأوسط. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة [www.metlife.com](http://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](http://www.metlife-gulf.com)

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



Navigating life together