

INBOUND TRAVEL INSURANCE GENERAL CONDITIONS



Welcome to Arabia Insurance S.A.L.

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

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

This policy is for residents of countries requiring a visa to visit the Destination Country.

This policy does not cover claims relating to pre-existing and chronic conditions.

Important Telephone Numbers

Customer Services: UAE + 971 42708705

24-Hr Emergency Medical Assistance: UAE +971 42708702

Claims: UAE +971 42708705



Important Note Related to Medical Expenses:

*For all claims related medical expenses where **Your** medical fees are likely to exceed **US \$250**, **You** must obtain **Our** pre-approval by contacting **Our** 24-hour emergency medical services at +97142708702 or email international_dept@nextcarehealth.com*

This policy is now including the COVID-19 cover under Emergency Medical and Associated Benefits.

CONTENTS

PART 1.	Introduction	4
PART 2.	Summary of covers	4
PART 3.	Important Information	5
PART 4.	Definition of words	7
PART 5.	24hr emergency medical assistance	9
PART 6.	Health declaration & health exclusion	10
PART 7.	General exclusions	11
PART 8.	Conditions	12
PART 9.	Making a claim	13
PART 10.	Making a complaint	13
PART 11.	Benefits	14
	Section 1 – Emergency Medical Expenses & Associated Benefits	14
	(Including being diagnosed with COVID 19)	
	Section 2 – Loss of Travel Documents	15
PART 12.	Company offices	16



PART 1. INTRODUCTION

Thank **You** for choosing **ARABIA INSURANCE COMPANY SAL** for **Your** inbound Travel Insurance. This Policy is specially designed to provide **You** with a simple coverage for **You** during **Your** trip and much more.

You will find in this booklet the wording of **Your** inbound Travel Insurance. It tells **You** what is covered and what is not, as **well** as the terms and conditions which apply.

On receipt of Your Policy

To ensure that **Your** Policy gives **You** the protection **You** need, **We** recommend that **You** read it carefully in conjunction with the attached **Certificate of Insurance** and return it immediately to be amended if any details are incorrect.

The **Certificate of Insurance** specifies the cover **You** have selected; it is **Your** evidence of insurance and may be required in the event of a claim.

Operation of Cover

We will provide insurance within the terms of this Policy for the plan specified in the **Certificate of Insurance**.

This Policy, and the **Certificate of Insurance** should be read together and form the contract of insurance.

Keeping us informed

It is important **You** let **Us** know immediately of changes affecting the information **You** have provided **Us** with. Changes will only take effect after **We** have agreed and issued an endorsement to the Policy.

PART 2. SUMMARY OF COVER

The following is only a summary of the main cover limits. **You** should read the rest of this policy for the full terms and conditions.

	LIMIT (UP TO)	EXCESS
BENEFITS		
Section 1: Emergency Medical & Associated Benefits (including being diagnosed with COVID-19)		
Emergency Medical & Associated Benefits (including being diagnosed with COVID-19)	\$20,000	\$50
Emergency Medical Evacuation	Included Above	\$50
Repatriation of Remains	\$2,000	\$50
Accommodation costs related to COVID-19 quarantine: If diagnosed with COVID-19	\$100 per day (Max 14 days)	N/A
Section 2: Loss of Travel Documents		
Loss of Travel Documents	\$250	\$25

PART 3. IMPORTANT INFORMATION

Thank **You** for taking out Inbound Travel Insurance with **Arabia Insurance Company S.A.L.**

Your Certificate of Insurance shows the sections of the policy **You** have chosen, the people who are covered and any special terms or conditions that may apply.

Your policy does not cover everything. **You** should read this policy carefully to make sure it provides the cover **You** need. If there is anything **You** do not understand **You** should call **Us** on telephone **UAE +971 4 270 8705** or write to NEXtCARE Claims Management L.L.C, Eiffel Boulevard Limited Building (Eiffel 2) 1st floor, Umm Al Sheif, Sheikh Zayed Road P.O.Box:80864 Dubai UAE or Email: travel@nextcarehealth.com

The insurer

Your Inbound travel insurance is underwritten by **Arabia Insurance Company S.A.L., Beirut, Lebanon.**

How your policy works

Your policy and **Certificate of Insurance** is an contract between **You** and **Us**. **We** will pay for any claim **You** make which is covered by this policy and happens during the **period of insurance**.

Unless specifically mentioned, the benefits and exclusions within each section apply to each **person insured**. **Your** policy does not cover all possible events and expenses.

Certain words have a special meaning as shown under the heading 'Definition of words'. These words have been highlighted by the use of **bold** print throughout the policy document.

Telling us about relevant facts

At the time of taking out this insurance **You** must tell **Us** about anything that may affect **Your** cover, for example:

- The health of a close **relative** who is not travelling with **You**, but whose health may affect **Your journey** or a **travelling companion** (see under the heading 'Health declaration and health exclusions' of this policy); or
- **Your** redundancy.

If **You** are not sure whether something is relevant, **You** must tell **Us** anyway. **You** should keep a record of any extra information **You** give **Us**. If **You** do not tell **Us** about something that may be relevant, **Your** cover may be refused and **We** may not cover any related claims.

Cancellation rights

Once the policy has been issued, premium can't be refunded.

Policy excess

Under some sections of **Your** policy, **You** will have to pay an **excess**. This means that **You** will be responsible for paying the first part of the claim for each **person insured**, for each section, for each claim incident. The amount **You** have to pay is the **excess**.

Data protection

Information about **Your** policy may be shared between **Arabia Insurance**, **NEXtCARE** Claims Management or any member of **Allianz Travel** for underwriting purposes.

You should understand that the sensitive health and other information **You** provide will be used by **Us**, **Our** representatives (if appropriate), the **insurer**, other **insurers** and industry governing bodies and regulators to process **Your** insurance, handle claims and prevent fraud. This may involve transferring information to other countries (some of which may have limited or no data protection laws). **We** have taken steps to ensure **Your** information is held securely.

Your information will not be shared with third parties for marketing purposes. **You** have the right to access **Your** personal records.

Governing law

This policy will be in English. The insurance will be governed by the law of the country of the Destination Country as stated in the **Certificate of Insurance**.

Third party rights

This contract of insurance is intended solely for the benefit of **You** and **Us**. Unless otherwise specifically provided, nothing in this contract of insurance shall be constructed to create any duty to, or standard of care with reference to, or any liability to, any person or entity not a party to this contract of insurance.



PART 4. DEFINITION OF WORDS

When the following words and phrases appear in the policy document or **Certificate of Insurance** they have the meanings given below. These words are highlighted by the use of **bold** print.

Accident

An unexpected event caused by something external and visible, which results in physical bodily injury, leading to total and permanent loss of sight, total and permanent loss of use of a limb or permanent disablement or death, within a year of the incident.

Area of cover

Destination Country

Business associate

Any person in **Your home** country that **You** work closely with, whose absence from work means that the director of **your** business needs **You** to cancel or curtail **Your journey**.

Doctor

A legally qualified **doctor** holding the necessary certification in the country in which they are currently practicing, other than **You** or a **relative**.

Epidemic

A contagious disease recognized by the World Health Organization (WHO) or an official government authority in **Your** country of residence or **Your** trip destination.

Excess

The deduction **We** will make from the amount payable under this policy for each **insured person**, for each section, for each claim incident.

Home

Your usual place of residence outside the Destination Country.

In-Patient

A patient who is admitted to a hospital or clinic for treatment that requires at least one overnight stay.

Insurer

Arabia Insurance Company S.A.L, Arabia HO Building, Beirut, P.O.BOX: 11-2171 Beirut – Lebanon.

Journey

A trip that takes place during the period of insurance mentioned on the Certificate of Insurance.

• **For single trip cover**

- **You** will only be covered if **You** are aged 75 or under at the date **Your Certificate of Insurance** was issued
- Trips within **Your home country** are not covered.
- Any other trip which begins after **You** get back is not covered.
- A trip which is booked to last longer than 90 days is not covered.

• **For multi-trip cover**

- **You** will only be covered if **You** are aged 75 or under at the start date of **Your Policy**.
- Cover is for short trips of 90 days or less per trip only. There is absolutely no cover offered by this Policy whatsoever for trips which are longer than the 90 days per trip. This would include not insuring **You** for any part of a trip that is longer than 90 days in duration, unless **We** agree otherwise in writing.
- Trips within **Your home country** are not covered.

Out-Patient / day-patient

A patient who attends hospital and discharged the same day.

Pandemic

An **epidemic** that is recognized as a **pandemic** by the World Health Organization (WHO) or an official government authority in **Your** country of residence or **Your** trip destination

Period of insurance

Cover starts upon arrival or legal entry in the country of issuance of policy and finishes when **You** leave the country of issuance of policy to return to **Your** country of residence.

All cover ends on the expiry date shown on **Your Certificate of Insurance**, unless **You** cannot finish **Your journey** as planned because of death, injury or illness or there is a delay to the public transport system that cannot be avoided. In these circumstances, **We** will extend cover free of charge until **You** can reasonably finish that journey.

Note: This policy must be purchased before the Person Insured travels out of their home country.

Pre-Existing medical condition

A **pre-existing condition** means:

- An ongoing medical or dental treatment or dental condition of which **You** are aware or related complication **You** have, or the symptoms of which **You** are aware
- A medical or dental condition that is currently being, or has been investigated, or treated by a health professional (including dentist and chiropractor) prior the issue of the policy.
- Any condition for which **You** take prescribed medicine or see a medical specialist.
- Any condition for which **You** have had surgery within 12 months prior the issue of the policy.

Quarantine

Mandatory confinement of a maximum of 14 days, intended to stop the spread of a contagious disease to which **Insured Person** has been exposed.

Relative

Your mother (in-law), father (in-law), step parent (in-law), sister (in-law), brother (in-law), wife, husband, son (in-law), daughter (in-law), step child, foster child, grandparent, grandchild, uncle, aunt, nephew, niece, cousin, partner (including common law and civil partnerships) or fiancé(e).

Resident

A person who has their main **home** outside the Destination Country and has not spent more than six months abroad during the year before the policy was issued.

Travelling companion

Any person that has booked to travel with **You** on **Your journey**.

We, our, us

NEXtCARE Claims Management, and Allianz Travel which administers the insurance on behalf of the **insurer**.

You, your, insured person

Each person shown on the **Certificate of Insurance**, for whom the appropriate premium has been paid.

PART 5. 24-HOUR EMERGENCY MEDICAL ASSISTANCE

Please tell **Us** immediately about any serious illness or **accident** abroad where **You** have to go into hospital or **You** may have to return home early or extend **Your** stay because of any illness or injury. If **You** are unable to do this because the condition is life, limb, sight or organ threatening, **You** should contact **Us** as soon as **You** can. **You** must also tell **Us** if **Your** medical expenses are over **US\$250**. If **You** are claiming for a minor illness or **accident** **You** should, where possible, pay the costs and reclaim the money from **Us** when **You** return. **You** can call 24 hours a day 365 days a year or email.

Phone UAE +971 4270 8702

Email international_dept@nextcarehealth.com

Please give **Us** **Your** name, age and **Your** policy number. Say that **You** are insured with **Arabia Insurance** for Inbound trips to the Destination Country. Below are some of the ways the 24-hour emergency medical assistance service can help.

Confirmation of payment

We will contact hospitals or **doctors** abroad and guarantee to pay their fees, providing **You** have a valid claim.

Repatriation

If **Our** medical advisers think it would be in **Your** medical interests to bring **You** back to **Your home** or to a hospital or nursing home in **Your home** country, **You** will normally be transferred by regular airline or road ambulance. Where medically necessary in very serious or urgent cases, **We** will **Use** an air ambulance. **We** will consult the treating **doctor** and **Our** medical advisers first. If **You** need to go **home** early, the treating doctor must provide a certificate confirming that **You** are fit to travel. Without this the airline can refuse to carry any sick or injured person.

You can contact **Us** at any time day or night. **You** will be answered by one of **Our** experienced assistance coordinators who **You** should give all relevant information to. Please make sure **You** have details of **Your** policy before **You** phone.

PART 6. HEALTH DECLARATION & HEALTH EXCLUSIONS

Exclusions relating to **Your** health:

1. **You** will not be covered for any directly or indirectly related claims (see note below) arising from the following if at the time of taking out this insurance or booking **Your journey** (whichever is later), **You**:
 - a) are being prescribed regular medication;
 - b) have received treatment for or had a consultation with a **doctor** or hospital specialist for any medical condition in the past 6 months;
 - c) are being referred to, treated by or under the care of a **doctor** or a hospital specialist;
 - d) are awaiting treatment or the results of any tests or investigations;
2. If **We** are unable to cover a medical condition, this will mean that any other **person insured** by **Us** will not be able to make a claim arising from the medical condition(s). This may even apply if the person with the medical condition(s) purchases cover from another provider.
3. **You** will not be covered if **You** travel against the advice of a **doctor** or where **You** would have been if **You** had sought their advice before beginning **Your journey**.
4. **You** will not be covered if **You** know **You** will need medical treatment or consultation at any medical facility during **Your journey**.
5. **You** will not be covered for any directly or indirectly related claim if, before **Your journey**, a **doctor** diagnosed that **You** have a terminal condition.
6. **You** will not be covered if **You** were waiting for medical treatment or consultation at any medical facility or were under investigation for a medical condition when **Your** policy was issued.
7. **You** will not be covered if **You** are traveling specifically for the purpose of obtaining and / or receiving any elective surgery, procedure or hospital treatment.

Exclusions relating to the health of someone not insured under this policy, but whose health may affect **Your** decision whether to take or continue with **Your journey**:

You will not be covered for any directly or indirectly related claims (see note below) arising from the health of a travelling companion, someone You were going to stay with, a close relative or a business associate if at the time Your policy was issued:

- **You** were aware they have been receiving medical treatment or consultation at any medical facility for a medical condition in the last 12 months;
- **You** were aware they have been awaiting medical treatment or consultation at any medical facility or have been under investigation for a medical condition;
- **You** were aware that a **doctor** had diagnosed them as having a terminal condition, or that their medical condition was likely to get worse in the next 12 months.

Note

Indirectly related claims

An indirectly related claim means a medical problem that is more likely to happen because of another medical problem **You** already have.

Sometimes these conditions can lead to the development of other conditions. For example, if **You**:

- suffer from asthma, chronic obstructive pulmonary disease or other lung disease, **You** are more likely to get a chest infection.
- have high blood pressure, high cholesterol or diabetes, **You** are more likely to have a heart attack or a stroke.
- have osteoporosis, **You** are more likely to break or fracture a bone.
- have or have had cancer, **You** are more likely to suffer from a secondary cancer.

Level of medical cover provided

This is not a private medical insurance policy and only gives cover for emergency medical treatment in the event of **accident** or unexpected illness occurring during **Your journey**.

PART 7. GENERAL EXCLUSIONS

The following exclusions apply to the whole of **Your** policy:

We will not cover **You** for any claim arising from, or consisting of, the following:

1. A relevant fact that **You** knew about before **You** travelled, unless **We** agreed to it in writing.
2. War, invasion, act of foreign enemy, hostilities (whether war is declared or not) civil war, civil commotion, rebellion, revolution, insurrection, military force, coup d'état, terrorism, weapons of mass destruction.
3. Any **epidemic** or **pandemic** except as expressly covered under Emergency Medical Expenses and Associated Benefits
4. **You** not following any suggestions or recommendations made by any government or other official authority including the Ministry of External Affairs during the **period of insurance**.
5. **Your** property being held, taken, destroyed or damaged under the order of any government or customs officials.
6. Ionising radiation or radioactive contamination from nuclear fuel or nuclear waste or any risk from nuclear equipment.
7. Any currency exchange rate changes.
8. The failure or fear of failure or inability of any equipment or any computer program, whether or not **You** own it, to recognize or to correctly interpret or process any date as the true or correct date, or to continue to function correctly beyond that date (except under the Emergency medical and associated benefits and sections).
9. **You** acting in an illegal or malicious way.
10. The effect of **Your** alcohol, solvent or drug dependency or long term abuse.
11. **You** being under the influence of solvents or drugs, or doing anything as a result of using these substances (except drugs prescribed by a **doctor** but not for the treatment of drug addiction).
12. **You** not enjoying **Your journey** or not wanting to travel.
13. Any loss caused as a direct or indirect result of anything **You** are claiming for, for example loss of earnings, unless it says differently in the policy.
14. Claims relating to pregnancy or childbirth, where the pregnancy is more than 24 weeks at the beginning of **Your journey**.

PART 8. CONDITIONS

The following conditions apply to the whole of **Your** policy. Please read these carefully as **We** can only pay **Your** claim if **You** meet these:

1. **You** are a **non-resident** in the Destination Country.
2. **You** are 75 years old or under.
3. **You** take reasonable care to protect yourself and **Your** property against **accident**, injury, loss and damage and act as if **You** are not insured and to minimize any potential claim.
4. **You** have a valid **Certificate of Insurance**.
5. **You** accept that **We** will not extend the **period of insurance** if the original policy plus any extensions have either ended, been in force for longer than 90 days or **You** know **You** will be making a claim.
6. **You** contact **Us** as soon as possible, but within 30 days of **Your** return **home**, with full details of anything that may result in a claim and give **Us** all the information **We** ask for. Please see section 'Making a claim' for more information.
7. **You** accept that no alterations to the terms and conditions of the policy apply, unless **We** confirm them in writing to **You**.

We have the right to do the following:

1. Cancel the policy if **You** do not tell **Us** about a relevant fact or if **You** tell **Us** something that is not true, which influences **Our** decision as to whether cover can be offered or not. Depending on the circumstances **We** may report the matter to the police.
2. Cancel the policy and make no payment if **You**, or anyone acting for **You**, make a claim under this policy knowing it to be dishonest, intentionally exaggerated or fraudulent in any way, or if **You** give any false declaration, deliberate mis-statement or fail to provide any relevant facts when applying for this insurance or supporting **Your** claim. **We** may in these instances report the matter to the police.
3. Only cover **You** for the whole of **Your journey** and not issue a policy if **You** have started **Your journey**.
4. Take over and deal with, in **Your** name, any claim **You** make under this policy.
5. Take legal action in **Your** name (but at **Our** expense) and ask **You** to give **Us** details and fill in any, which will help **Us** to recover any payment **We** have made under this policy.
6. With **Your** or **Your** Personal Representative's permission, get information from **Your** medical records to help **Us** or **Our** representatives deal with any claim. This could include a request for **You** to be medically examined or for a postmortem to be carried out in the event of **Your** death. **We** will not give personal information about **You** to any other organization without **Your** specific agreement.
7. Send **You home** at any time during **Your journey** if **You** are taken ill or injured. **We** will only do this if the **doctor** treating **You** and **Our** medical advisers agree. If there is a dispute, **We** will ask for an independent medical opinion.
8. Not accept liability for costs incurred for repatriation or treatment if **You** refuse to follow advice from the treating **doctor** and **Our** medical advisers.
9. Not refund or transfer **Your** premium if **You** decide to cancel the policy.
10. Not to pay any claim on this policy for any amounts covered by another insurance or by anyone or anywhere else, for example any amounts **You** can get back from private health insurance, any reciprocal health agreements, transport or accommodation provider, **home contents insurer** or any other claim amount recovered by **You**. In these circumstances **We** will only pay **Our** share of the claim.
11. If **You** cancel or cut short **Your journey** all cover provided on **Your** policy will be cancelled without refunding **Your** premium.
12. Ask **You** to pay **Us** back any amounts that **We** have paid to **You** which are not covered by this policy.

PART 9. MAKING A CLAIM

To claim:

Phone **UAE +971 4 270 8705** and ask for a claim form or

Write to NEXtCARE Claims Management L.L.C, Eiffel Boulevard Limited Building (Eiffel 2) 1st floor, Umm Al Sheif, Sheikh Zayed Road, PO80864 Dubai UAE or

Email: travel.claims@nextcarehealth.com

You should fill in the form and send it to **Us** within 30 days of **Your** return **home** with all the information and documents **We** ask for. It is essential that **You** provide **Us** with as much detail as possible to enable **Us** to handle **Your** claim quickly. Please keep photocopies of all information **You** send **Us**.

You will need to obtain some information about **Your** claim while **You** are away. Below is a list of the documents **We** will need in order to deal with **Your** claim

For all claims

- **Your** original **journey** booking invoice(s) and travel documents showing the dates and times of travel.
- Original receipts and accounts for all out-of-pocket expenses **You** have to pay.
- Original bills or invoices **You** are asked to pay.
- Details of any other insurance **You** may have that may cover the same loss, such as household or private medical.
- As much evidence as possible to support **Your** claim.

Medical expenses

- Always contact **Our** 24-hour emergency medical service when **You** are hospitalized (including being diagnosed with COVID-19) require repatriation or where medical fees are likely to exceed **US\$ 250**.
- Medical evidence from the treating **doctor** to confirm the illness or injury and treatment given including hospital admission and discharge dates, if this applies.
- If **You** are advised by a **doctor** at **Your** resort that **You** cannot go on **Your** pre-booked excursions because of medical reasons, **You** should obtain a medical certificate from them confirming this.

For Lost travel documents

- Written confirmation from the Consulate where the loss happened detailing the date of loss, notification of loss and replacement together with a written report from the police. applies).

PART 10. MAKING A COMPLAINT

We aim to provide **You** with a first class policy and service. However, there may be times when **You** feel **We** have not done so. If this is the case, please tell **Us** about it so that **We** can do **Our** best to solve the problem. If **You** make a complaint **Your** legal rights will not be affected.

In the first instance, please contact:

Customer Services Manager

NEXtCARE Claims Management L.L.C ,

Eiffel Boulevard Limited Building (Eiffel 2) 1st floor,

Umm Al Sheif, Sheikh Zayed Road - Dubai - UAE

PO80864 - Dubai UAE

Telephone: UAE +971 4 270 8705

Email: travel@nextcarehealth.com

Please supply **Us** with **Your** name, address, policy number and claim number where applicable and enclose copies of relevant correspondence as this will help **Us** to deal with **Your** complaint, in the shortest possible time.

PART 11. BENEFITS

SECTION 1: EMERGENCY MEDICAL EXPENSES & ASSOCIATED BENEFITS (INCLUDING BEING DIAGNOSED WITH COVID 19)

If **You** are taken into hospital or **You** think **You** may have to come **home** early or extend **Your journey** because of illness or **accident**, or if **Your** medical expenses are over **US\$250** **We** must be told immediately - see under the heading '24-hour emergency medical assistance' for more information.

WHAT YOU ARE COVERED FOR

We will pay **You** or **Your** Personal Representatives for the following necessary and unforeseen emergency expenses if **You** die, are injured, have an **accident** or are taken ill during **Your journey**. (including being diagnosed with COVID-19).

It is mandatory to contact **Us** on the number provided in the policy as soon as possible in case **You** tested positive for COVID-19. **Your** expenses will only be settled directly with the hospital, clinic or other medical facility. If **You** pay, **You** will not be able to claim these expenses later. Services which have not been organized by **Us** will not be reimbursed or paid

Up to the amount shown in **Your** summary of cover for reasonable fees or charges **You** incur for:

Treatment

Medical, surgical, medication costs, hospital, nursing **home** or nursing services outside **Your home** country.

Emergency medical evacuation

Up to the amount shown in **Your** summary of cover emergency medical evacuation for **Your** return **home** or **Your** transportation to the nearest medical facility or the most suitable health center to provide the required care for **Your** health condition. **You** may be accompanied by a medical professional if deemed medically necessary by **Us**.

Repatriation of mortal remains

Up to the amount shown in **Your** summary of cover for the cost of transporting the body of the **person insured** to their **home**.

Accommodation costs related to covid-19 quarantine

If **You** are placed in individual **quarantine** during the trip by order or other requirement of a government, public authority, or travel supplier based on a positive COVID-19 **epidemic/pandemic** test. This does not include any **quarantine** that applies generally or broadly to some or all of a population, vessel, or geographical area, or that applies based on where **You** are traveling to, from, or through.

We will cover **Your** accommodation costs on direct billing, up to the amount limits stated in the summary of cover.

WHAT YOU ARE NOT COVERED FOR

- An **excess** of the amount shown in **Your** Summary of cover.
- The cost of replacing any medication **You** were using when **You** began **Your journey**.
- Any condition stated under Health declaration and health exclusions.
- Extra transport and accommodation costs which are of a higher standard to those already used on **Your journey**, unless **We** agree.

Anything caused by:

- **You** travelling in an aircraft (except as a passenger in a fully-licensed, passenger-carrying aircraft);
- **Your** suicide, self-injury or deliberately putting yourself at risk (unless **You** were trying to save another person's life) for example swimming while under the influence of alcohol or climbing from one balcony to another;
- **You** travelling on a motorcycle, unless the rider holds an appropriate valid license and all persons insured are wearing crash helmets;

- **You** taking part in any hazardous activity.
- Any costs incurred 12 months after the date of **Your** death, injury or illness.
- Any costs for taxi fares and telephone calls (including mobile calls) resulting from an incident claimed for under this section.
- Services or treatments **You** receive within **Your home** country.
- Services or treatments **You** receive which the **doctor** in attendance and **We** think can wait until **You** get back to **Your home** country.
- Medical costs over **US\$250**, **In-patient** treatment or repatriation costs which **We** have not authorized.
- The extra costs of having a single or private room in a hospital or nursing **home**.
- The cost of all treatment which is not directly related to the illness or injury that caused the claim.
- **Your** burial or cremation within **Your home** country.
- Replacing or repairing false teeth or artificial teeth (such as crowns)
- Dental work involving the use of precious metals.
- **COVID 19**
 - **You** must not have travelled against **Your home** country's government advice or against local authority advice at **Your** trip destination
 - The care must be medically necessary.
 - This coverage will not pay for any care provided after **Your** coverage ends
 - This coverage will not pay for non-emergency care or services.
 - Any test cost related to COVID-19 (PCR or else) is not covered
- **The consequences**
 - of exposure to chemical agents of a combat gas type
 - of exposure to incapacitating agents,
 - of exposure to neurotoxic agents or agents with residual neurotoxic effects which require a **quarantine** period or specific preventive or monitoring measures by the local and/or national health authorities of the country in which **You** are staying

Please refer to Sections General exclusions, Conditions and Making a claim that also apply.

SECTION 2: LOSS OF TRAVEL DOCUMENTS

WHAT YOU ARE COVERED FOR

We will pay the following if **Your** passport or visas are lost, stolen or destroyed on **Your** journey.

Costs for issuing a temporary travel documents

Up to the amount shown in **Your** summary of cover for the cost of extra transport, accommodation and administration costs **You** have to pay to get a temporary passport or visa to enable **You** to return to **Your home** country.

WHAT YOU ARE NOT COVERED FOR

Please refer to Sections General exclusions, Conditions and Making a claim that also apply.

PART 12. COMPANY OFFICES

Arabia Offices

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

Ain Mreisseh	(961-1) 360 889/893	Fax: 360 071	arabia-lebanon@arabiainsurance.com
Tripoli	(961-6) 440 974	Fax: 440 974	For claims:
Chtaura	(961-8) 545 210	Fax: 545 310	P&CClaims.lb@arabiainsurance.com

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

Dubai	(971-4) 228 0022	Fax: 227 0022	arabia-uae@arabiainsurance.com For claims: P&CClaims.UAE@arabiainsurance.com
Sharjah	(971-6) 517 1666	Fax: 517 1667	
Abu Dhabi	(971-2) 674 4700	Fax: 674 5700	
Al Ain	(971-3) 764 1196	Fax: 764 3785	

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

Manama	(973-17) 211 174	Fax: 213 985	arabia-bahrain@arabiainsurance.com For claims: P&CClaims.Bn@arabiainsurance.com
--------	------------------	--------------	---

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

Kuwait	(965) 2262 1041	Fax: 2265 9492	arabia-kuwait@arabiainsurance.com For claims: P&CClaims.Kw@arabiainsurance.com
--------	-----------------	----------------	---

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

Doha	(974) 4442 2682	Fax: 4444 6487	arabia-qatar@arabiainsurance.com For claims: P&CClaims.Qt@arabiainsurance.com
------	-----------------	----------------	---

بوليصة السفر للقادمين الشروط العامة



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



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

نرجو أن تأخذ دقيقة من وقتك لتقرأ هذا الكتيب بتمعن كي تعي ما هي تفاصيل التغطية في وثيقة التأمين وما هي حقوقك ومسؤولياتك. لا تتردد بالتواصل معنا على مركز الاتصال لدى الشركة أو الإتصال على أحد أرقام فروع شركة التأمين العربية. فنحن وبكل سرور سنساعدك ونشرح لك الشروط والنقاط التفصيلية للبوليصة. ونرجو منك الإحتفاظ بهذه الوثيقة في مكان آمن للإستعانة بها في المستقبل لأنها دليل على تعهدنا بتأمين أفضل تغطية ممكنة.

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

تصدر هذه البوليصة للمقيمين من الدول التي تتطلب تأشيرة لدخول بلد الوجهة.
ولا تغطي هذه البوليصة المطالبات الخاصة بالأمراض السابقة والمزمنة.

أرقام الهاتف الهامة

خدمة الزبائن: الإمارات العربية المتحدة +٩٧١ ٤٢٧٠ ٨٧٠٥

المساعدة الطبية الطارئة على مدار الساعة: الإمارات العربية المتحدة +٩٧١ ٤٢٧٠ ٨٧٠٢

المطالبات المتعلقة بالسفر: الإمارات العربية المتحدة +٩٧١ ٤٢٧٠ ٨٧٠٥



ملحوظة مهمة بشأن المصاريف الطبية:

بالنسبة لجميع المطالبات الخاصة بالمصاريف الطبية، إذا كان من المحتمل أن تتجاوز الرسوم الطبية ٢٥٠ دولارًا أمريكيًا، يجب الحصول على

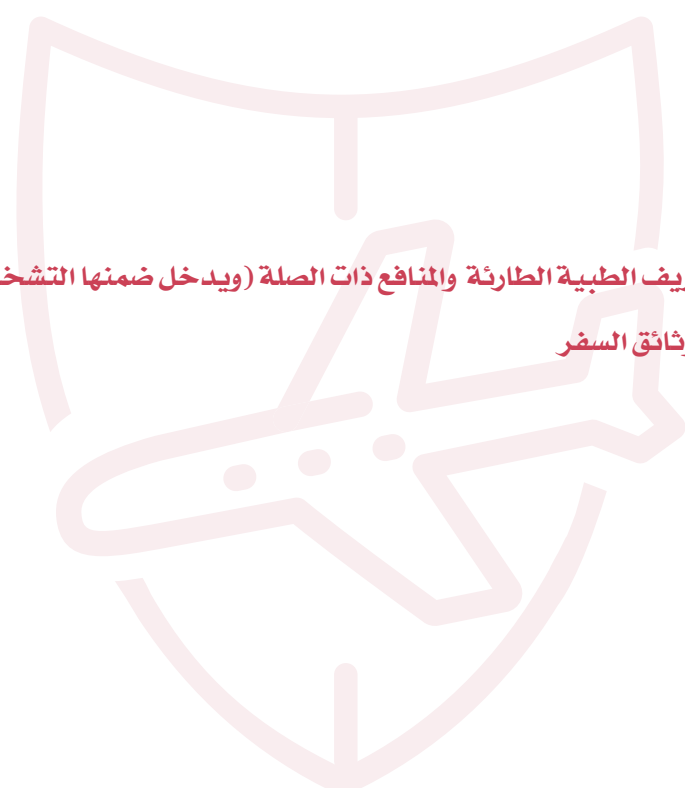
موافقة سابقة من خلال الاتصال بمكتب الخدمات الطبية الطارئة العاملة على مدار الساعة على الهاتف رقم + ٩٧١ ٤٢٧٠ ٨٧٠٢

أو من خلال البريد الإلكتروني international_dept@nextcarehealth.com

وتغطي هذه البوليصة حالياً فيروس كورونا (كوفيد ١٩) تحت بند المنافع الطبية الطارئة والمنافع ذات الصلة.

المحتويات

٤	الجزء الأول. المقدمة
٤	الجزء الثاني. ملخص التغطية
٥	الجزء الثالث. معلومات مهمة
٧	الجزء الرابع. تعاريف
٩	الجزء الخامس. المساعدة الطبية الطارئة على مدار ٢٤ ساعة
١٠	الجزء السادس. الإقرار الصحي والاستثناءات الصحية
١١	الجزء السابع. استثناءات عامة
١٢	الجزء الثامن. الشروط
١٣	الجزء التاسع. تقديم المطالبة
١٣	الجزء العاشر. تقديم شكوى
١٤	الجزء الحادي عشر. المنافع
١٤	القسم ١ - المصاريف الطبية الطارئة والمنافع ذات الصلة (ويدخل ضمنها التشخيص بفيروس كورونا)
١٥	القسم ٢ - فقد وثائق السفر
١٦	الجزء الثاني عشر. مكاتب الشركة



الجزء الأول. المقدمة

شكراً لاختيارك شركة التأمين العربية ش.م.ل. للتأمين على رحلتك. إن هذه البوليصة مصممة خصيصاً لتوفير لك تغطية بسيطة خلال رحلتك وأكثر من ذلك بكثير.

ستجد في هذا الكتيب صيغة بوليصة السفر، والتي ستوضح لك ما تشمله وما لا تشمله التغطية، إضافة إلى البنود والشروط التي تطبق عليه.

لدى استلامك البوليصة

فضلاً، قم بقراءة بوليصة التأمين الخاصة بك بعناية للتأكد من أنها تلبى احتياجاتك. وفي حال عدم صحة أيًا من المعلومات الواردة في شهادة الضمان، عليك إعادة إلينا على الفور لتعديل التفاصيل الواردة فيه.

تحدد شهادة الضمان التغطية التي اخترتها، فهو الإثبات على التأمين الخاص بك، وقد يُطلب منك إبرازه في حالة وجود مطالبة بالتعويض.

تفعيل التغطية

سنقدم التغطية التأمينية بموجب أحكام هذه البوليصة.

تعتبر هذه البوليصة وشهادة الضمان مستند واحد ويشكلون معاً عقد التأمين.

إبقاؤنا على علم

من المهم إطلاعنا على الفور بالتغييرات التي تؤثر على المعلومات التي زدتها بها، وهذه التغييرات لن تكون مشمولة بالتأمين إلا بعد موافقتنا على إدراجها في البوليصة.

الجزء الثاني. ملخص التغطية

فيما يلي ملخص لحدود التغطية الأساسية. وينبغي لكم قراءة الأجزاء الباقية من هذه البوليصة للاطلاع على جميع الشروط والأحكام.

المنافع	الحدود (الأقصى)	مبلغ التحمل
القسم ١: المصاريف الطبية الطارئة والمصاريف ذات الصلة (ومنها التشخيص بفيروس كورونا كوفيد ١٩)		
المصاريف الطبية الطارئة والمصاريف ذات الصلة (ومنها التشخيص بفيروس كورونا كوفيد ١٩)	٢٠.٠٠٠ د.أ.	٥٠ د.أ.
- الإخلاء الطبي الطارئ	مشمول أعلاه	٥٠ د.أ.
- نقل الجثمان	٢.٠٠٠ د.أ.	٥٠ د.أ.
تكاليف الإقامة المتعلقة بالحجر الصحي إذا تم تشخيص الإصابة بـ«كوفيد ١٩»	لغاية ١٠٠ دولار أمريكي عن كل يوم (بحد أقصى ١٤ يوم)	٥٠ د.أ.
القسم ٢: قد وثائق السفر القسم		
فقد وثائق السفر	٢٥٠ د.أ.	٢٥ د.أ.

الجزء الثالث. معلومات مهمة

نود أن نقدم لكم جزيل الشكر على اختياركم شركة التأمين العربية لتأمين سفركم.

يعرض جدول البوليصة أقسام البوليصة التي اخترتموها، والمشمولين بالتغطية، والأحكام والشروط الخاصة التي قد تطبق.

لا تغطي بوليصتكم كل شيء. ويجب عليكم قراءة هذه البوليصة بتدبر للتأكد من أنها توفر التغطية التأمينية التي تحتاجونها. وإذا استوقفكم أي شيء فيها، يجب عليكم الاتصال بنا على الهاتف رقم ٨٧٠٥ ٢٧٠ ٤ ٩٧١ + من الإمارات العربية المتحدة أو مراسلتنا على نكست كير لإدارة المطالبات ذ.م.م، بناية ايفيل بوليفارد ليمتد (ايفل ٢)، الطابق الأول، أم الشيف، شارع الشيخ زايد، ص.ب: ٨٠٨٦٤، دبي، الإمارات العربية المتحدة، أو البريد الإلكتروني: travel@nextcarehealth.com

شركة التأمين

اكتب بوليصة تأمين السفر للقادمين من شركة التأمين العربية ش.م.ل، بيروت، لبنان.

تطبيق البوليصة

تعتبر هذه البوليصة والجدول المرفق بها عقداً بيننا وبينكم. وسنعوضكم عن أي مطالبة تقدمونها بشرط أن تكون مشمولة في هذه البوليصة وأن تقع خلال فترة التأمين.

وما لم يُذكر ذلك على وجه التحديد، فإن المنافع والاستثناءات الواردة في كل قسم تطبق على جميع المؤمن عليهم. ولا تغطي هذه البوليصة جميع الحوادث والمصاريف المحتملة.

وبعض الكلمات لها معنى خاص كما هو موضح تحت العنوان الرئيسي «تعريف الألفاظ والتعابير». وتدون هذه الألفاظ والتعابير حيثما وردت في البوليصة بالخط الغامق.

الإفصاح عن المعلومات ذات الصلة

عند التعاقد على هذه البوليصة، يجب عليك إطلاعنا على كل ما يمكنه التأثير في التغطية، ومن ذلك مثلاً:

- الحالة الصحية لأي قريب لن يسافر معك، ولكن صحته قد تؤثر على رحلتك أو على رفيقك في السفر (ارجع إلى قسم «الإقرار الصحي والاستثناءات الصحية» في هذه البوليصة)، أو
- فصلكم من العمل.

إذا تشككت في مدى تأثير أمر من الأمور على هذه البوليصة، فعليك إخبارنا به في كل الأحوال. وكذلك يجب عليك الاحتفاظ بسجل لأي معلومات إضافية تقدمها لنا. وإذا لم نخبرنا عن أي شيء قد يكون مؤثراً، يحق لنا رفض التغطية وقد لا نغطي أي مطالبات ذات صلة.

حق الإلغاء

لا يمكن رد القسط بعد إصدار البوليصة.

مبلغ التحمل المفروض على البوليصة

تنص بعض أقسام البوليصة على تحملك لمبلغ ما. ويعني ذلك أنك ستتحملون دفع الجزء الأول من كل مطالبة تقدم عن كل واقعة وفقاً لكل قسم من قبل كل مؤمن عليه. ومبلغ التحمل هو المبلغ الذي تدفعونه.

حماية البيانات

قد نتبادل المعلومات الخاصة ببوليصتكم بيننا نحن شركة التأمين العربية أو نكست كير لإدارة المطالبات أو أي عضو في أليانز ترافيل وذلك لأغراض الاكتتاب.

وعليكم أن تدركوا أن المعلومات الحساسة عن صحتك والمعلومات الأخرى التي تزودوننا بها سوف يتم استخدامها من قبلنا أو من قبل ممثلينا (عند اللزوم) وشركة التأمين وشركات التأمين الأخرى والهيئات والجهات المنظمة لصناعة التأمين لتنفيذ بوليصتكم وإدارة المطالبات ومكافحة الاحتيال. وقد يتطلب ذلك نقل المعلومات لدول أخرى (بعضها تطبق قوانين محدودة لحماية البيانات أو لا تطبق تلك القوانين على الإطلاق). وقد اتخذنا التدابير اللازمة لضمان حماية معلوماتكم.

ولن يتم تبادل معلوماتكم مع الأطراف الخارجية لأغراض التسويق. ويحق لكم الاطلاع على سجلاتكم الشخصية القانون الحاكم.

اللغة الحاكمة

لهذه البوليصة هي الإنجليزية. تخضع هذه البوليصة لقانون الدولة الصادرة فيها المذكور في جدول بوليصة تأمين السفر.

حقوق الغير

تستخدم هذه البوليصة لمصلحتكم ومصلحتنا فقط. وما لم يحدد خلاف ذلك صراحة، تخلو هذه البوليصة مما يفسر على أنه يفرض أي التزام على أي شخص أو جهة ليست طرفاً فيها أو مستوى رعاية ما أو أي مسؤولية عليها.



الجزء الرابع. تعاريف

حيثما ترد الألفاظ والعبارات التالية في البوليصة أو الجدول ستُحمل على المعاني المذكورة قرينها أدناه. وقد تم تمييز هذه المصطلحات بالخط الغامق

الحادث

حادث غير متوقع نتج عن شيء خارجي ومرئي، ونتج عنه إصابة جسدية أدت إلى فقدان كلي ودائم للبصر، أو فقدان كلي ودائم لأحد أطراف الجسم، أو إعاقة دائمة، أو الوفاة، خلال سنة واحدة من **الحادث**.

نطاق التغطية

بلد الوجهة.

زميل العمل

أي شخص في بلدك الأم تعمل معه عن قرب، ويعني غيابه عن عمله أن مدير العمل سيطلب منك أن تلغي أو تقلص رحلتك.

الطبيب

طبيب قانوني مؤهل يحمل الشهادات الضرورية في البلد الذي يزاول فيه العمل، خلافاً أنت أو قريب لك.

مريض العيادات الخارجية/اليوم الواحد

المريض الذي يدخل المستشفى ويخرج في نفس اليوم.

المريض التنزيل

المريض الذي يدخل المستشفى أو العيادة للعلاج وتستدعي حالته الإقامة فيها ليلة واحدة على الأقل.

المرض السابق

المرض السابق يقصد به:

- علاج طبي أو علاج للأسنان أو مرض حال في الأسنان تكون على علم به أو تعاني من مضاعفاته أو تكون على علم بأعراضه.
- حالة طبية أو حالة في الأسنان تحت الكشف حالياً أو خضعت لكشف أو لعلاج بواسطة أخصائي صحي (بما في ذلك طبيب الأسنان وخبير العلاج البدوي) قبل إصدار البوليصة.
- أي حالة تتناول دواء موصوفاً أو تذهب للاختصاصي الطبي بسببها.
- أي حالة أجريت لك بسببها عملية جراحية خلال الاثني عشر شهراً السابقة على إصدار البوليصة.

الوباء

المبلغ الذي سنستقطعه من المبلغ المستحق بموجب هذه البوليصة لكل **مؤمن عليه** عن كل قسم ولكل واقعة مطلوب التعويض عنها.

الجانحة

وباء اعترفت منظمة الصحة العالمية أو جهة حكومية رسمية في البلد الذي تقيمون فيه أو الذي تسافرون إليه بتحويله إلى **جانحة**.

الحجر الصحي

العزل الإلزامي لمدة ١٤ يوماً على الأقل لوقف انتشار مرض معدٍ تعرض له **المؤمن عليه**.

مبلغ التحمل

المبلغ الذي سنستقطعه من المبلغ المستحق بموجب هذه البوليصة لكل **مؤمن عليه** عن كل قسم ولكل واقعة مطلوب التعويض عنها.

الوطن

محل إقامتكم المعتاد خارج بلد الوجهة.

شركة التأمين

شركة التأمين العربية ش.م.ل، بيروت، لبنان.

الرحلة

الرحلة التي تتم خلال فترة التأمين المذكورة في شهادة الضمان.

تغطية الرحلة الواحدة

- تتم تغطيتك إذا كان عمرك لا يتجاوز ٧٥ عاماً وقت إصدار شهادة التأمين.
- لا تغطي الرحلات الداخلية في بلدك.
- لا تغطي أي رحلة تبدأ بعد رجوعك من السفر.
- لا تغطي أي رحلة محجوزة تتجاوز مدتها ٩٠ يوماً.

تغطية الرحلات المتعددة

- تتم تغطيتك إذا كان عمرك لا يتجاوز ٧٥ عاماً وقت في تاريخ بدء سريان البوليصة.
- التغطية للرحلات القصيرة فقط التي تكون لمدة ٩٠ يوماً أو أقل للرحلة فقط. ولا توفر هذه البوليصة بالتأكيد أي تغطية للرحلات التي تتجاوز ٩٠ يوماً للرحلة. ويشمل ذلك عدم تغطيتك في أي جزء من أي رحلة تتجاوز مدتها ٩٠ يوماً، ما لم نوافق على خلاف ذلك كتابة.
- لا تغطي الرحلات الداخلية في بلدك.

فترة التأمين

تبدأ التغطية عند وصولك بلد الوجهة أو دخولك إليها قانوناً، وتنتهي بمغادرتك إليها عائداً إلى وطنك الذي تقيم فيه. وتنتهي جميع التغطيات في تاريخ الانتهاء المبين في شهادة التأمين، ما لم يتعذر عليك إتمام رحلتك كما كان مخططاً لها بسبب حالة وفاة أو إصابة أو مرض أو تأخر المواسلات العامة لا يمكن تفاديه. ففي هذه الحالات، سوف نقوم بتمديد التغطية مجاناً حتى تتمكن من إتمام رحلتك بشكل معقول.

ملحوظة: يجب شراء هذه البوليصة من قبل المؤمن عليه الذي يغادر وطنه.

القريب

والدتك (حماتك)، والدك (حماك)، زوج الأم أو زوجة الأب، الأخت (ابنة الحموم)، الأخ (ابن الحموم)، الزوجة، الزوجة، الزوج، الابن (ابن الزوج أو الزوجة) الابنة (ابنة الزوج أو الزوجة)، الربيب، الابن بالتبني، أو الجد أو الجدة أو الحفيدة، العم أو الخال، العممة أو الخالة، ابن الأخ أو الأخت، ابنة الأخ أو الأخت، ابنة أخ الزوج أو أخته أو ابنة أخ الزوجة أو أختها، ابن العم أو العممة أو ابن الخال أو الخالة، الصديق أو الصديقة (بما في ذلك الشركاء عن طريق القوانين العامة أو المدنية) الخطيب أو الخطيبة.

المقيم

الشخص الذي يكون وطنه الأم خارج بلد الوجهة ولم يقض أكثر من ستة أشهر خارجها خلال السنة السابقة على إصدار البوليصة.

مرافق السفر

أي شخص حجز للسفر معك خلال رحلتك.

نحن، نا

نكست كير لإدارة المطالبات، وأليانز ترافل التي تدير التأمين نيابة عن شركة التأمين.

أنتم، المؤمن عليه

كل شخص مذكور في جدول البوليصة ودُفع لأجله قسط التأمين المناسب.

الجزء الخامس. المساعدة الطبية الطارئة على مدار الساعة

الرجاء إبلاغنا فور تعرضك لأي مرض أو **حادث** خطير في الخارج واقتضت حالتك الدخول إلى المستشفى أو احتمال عودتك إلى بلدك مبكراً أو تمديد إقامتك بسبب أي إصابة أو مرض. وإذا لم تتمكن من ذلك لأن المرض أو الإصابة قد تعرض حياتك أو أطرافك أو رؤيتك أو أعضائك للخطر، فعليك الاتصال بنا في أسرع وقت ممكن. كما يتعين عليك إبلاغنا إذا تجاوزت مصاريفك الطبية **٢٥٠ دولار**. وفي حالة تعرضك لأمراض أو حوادث بسيطة، فعليك دفع التكاليف، إن أمكن، ومطالبتنا بها عند العودة. يمكنك الاتصال بنا على مدار ٢٤ ساعة طوال ٣٦٥ يوماً في السنة أو عبر البريد الإلكتروني.

رقم الهاتف: الإمارات العربية المتحدة +٩٧١ ٤٢٧٠٨٧٠٢
البريد الإلكتروني: international_dept@nextcarehealth.com

الرجاء توضيح عمرك ورقم البوليصة الصادرة لك، مع تأكيد حصولك على تأمين لدى **شركة التأمين العربية** للتأمين على الرحلات القادمة إلى بلد الوجهة. وإليك بعض الطرق التي يمكن لخدمة المساعدة الطبية الطارئة على مدار ٢٤ ساعة مساعدتك من خلالها.

تأكيد الدفع

سنتواصل مع المستشفيات أو الأطباء في الخارج وسنضمن سداد مستحقاتهم، شريطة أن تقدم مطالبة صحيحة.

الإعادة إلى الوطن

إذا رأى استشاريون الطبيون أن حالتك الصحية تقتضي إعادتك إلى **الوطن** أو إلى مستشفى أو دار ترميز في وطنك الأم، سيتم نقلك عبر شركة طيران منتظمة أو إسعاف بري. وسنستخدم الإسعاف الطائر، إذا كانت حالتك خطيرة للغاية أو تستدعي التدخل الطبي العاجل. وسنستشير **الطبيب المعالج والاستشاريين الطبيين** أولاً. وإذا اقتضى الأمر إعادتك إلى وطنك مبكراً، ينبغي أن يقدم **الطبيب المعالج** شهادة تثبت لياقتك للسفر. وبدون هذه الشهادة، يمكن لشركة الطيران رفض نقل أي مريض أو مصاب.

ويمكنكم الاتصال بنا في أي وقت نهاراً أو ليلاً. وسيرد عليكم أحد منسقي المساعدة ذوي الخبرة لدينا، وعليكم تزويده بجميع المعلومات ذات الصلة. فرجاء التأكد من معرفة جميع تفاصيل البوليصة الصادرة لكم قبل الاتصال.

الجزء السادس. الإقرار الصحي والاستثناءات الصحية

استثناءات صحية

١. لن تتم تغطيتكم بخصوص أي مطالبات ذات صلة بشكل مباشر أو غير مباشر (راجع الملاحظة الواردة في الصفحة ٨) ناشئة مما يلي، إذا كنتم وقت الحصول على هذه البوليصة أو حجز رحلتكم (أيهما كان آخرًا):
 - أ) تتعاطون دواءً منتظماً،
 - ب) تلقيتم علاجاً أو حصلتم على استشارة من طبيب أو أخصائي طبي بخصوص أي حالة مرضية خلال الأشهر الستة السابقة،
 - ج) محالون إلى طبيب أو أخصائي طبي أو تخضعون للعلاج لديه أو يقدم لكم الرعاية،
 - د) تنتظرون علاجاً أو نتائج أي اختبارات أو فحوصات،
 ٢. إذا تعذر علينا تغطية أي حالة مرضية، فيعني ذلك أن أي **مؤمن عليه** آخر لدينا لن يتمكن من تقديم أي مطالبة نتيجة تلك الحالة المرضية. وقد يطبق ذلك إذا كان الشخص الذي يعاني من هذه الحالة المرضية قد حصل على تغطية من شركة أخرى.
 ٣. ولن تتم تغطيتكم إذا سافرتكم بالمخالفة لاستشارة **الطبيب**، أو كان سينصحكم بعدم السفر لو استشرتموه قبل بدء **الرحلة**.
 ٤. ولن تتم تغطيتكم إذا علمتم أنكم ستحتاجون إلى علاج أو استشارة في أي منشأة طبية أثناء **الرحلة**.
 ٥. ولن تتم تغطيتكم بخصوص أي مطالبة ذات صلة بشكل مباشر أو غير مباشر إذا أعلن **الطبيب** قبل بدء **الرحلة** إصابكم بمرض عضال.
 ٦. ولن تتم تغطيتكم إذا كنتم تنتظرون علاجاً أو استشارة في أي منشأة طبية أو خضعتم لأي فحص بخصوص أي حالة مرضية عند إصدار البوليصة لكم.
 ٧. ولن تتم تغطيتكم إذا كنتم تسافرون لغرض واحد هو إجراء أي جراحة أو عملية أو علاج اختياري بالمستشفى.
- استثناءات مطبقة على صحة أي شخص غير مشمول بهذه البوليصة ولكن صحته قد تؤثر في قراركم بدء رحلتكم أو مواصلتها.

- لن تتم تغطيتكم عن أي مطالبات ذات صلة مباشرة أو غير مباشرة (راجع الملاحظة الواردة في الصفحة ٨) نتيجة صحة مرافق مسافر أو شخص ستقيمون معه أو قريب أو زميل عمل إذا انطبق الآتي عند صدور البوليصة:
- تعلمون أن كان يحصل على علاج طبي أو استشارة طبية في أي منشأة طبية لعلاج أي مرض في الاثني عشر شهراً الأخيرة.
 - تعلمون أنه كان ينتظر الحصول على علاج طبي أو استشارة طبية في أي منشأة طبية أو كان يخضع للفحوصات،
 - تعلمون أن **الطبيب** شخصه بأنه مصاب بمرض عضال أو احتمال أن تسوء حالته الصحية خلال الاثني عشر شهراً المقبلة.

ملحوظة

المطالبات ذات الصلة بشكل غير مباشر

- يقصد بالمطالبة المتصلة بشكل غير مباشر المشكلة الصحية التي يحتمل حدوثها بسبب مشكلة طبية أخرى تعانون منها فعلياً. وفي بعض الأحيان قد تؤدي هذه الحالات إلى ظهور حالات أخرى. فعلى سبيل المثال، إذا كنت -
- تعاني من الربو أو مرض انسداد الشعب الهوائية المزمن، فهنا يزيد احتمال إصابكم بعدوى الصدر.
 - إصابكم بضغط الدم المرتفع أو ارتفاع نسبة الكوليسترول أو السكري يزيد احتمال تعرضكم للنوبة القلبية أو السكتة الدماغية.
 - وإصابكم بهشاشة العظام يزيد احتمال إصابكم بكسر أو شرخ في العظام.
 - وإصابكم بالسرطان، يزيد احتمال إصابكم بسرطان ثانوي.

مستوى التغطية الطبية المقدمة

هذه ليست بوليصة تأمين صحي خاص، بل فقط تغطي العلاج الطبي الطارئ حال وقوع حوادث أو أمراض مفاجئة أثناء رحلتكم.

الجزء السابع. استثناءات عامة

تطبق الاستثناءات التالية على جميع أقسام البوليصة:

ولن نغطي أي مطالبة تنشأ من أو تتطوي على ما يلي:

١. حقيقة ذات صلة كنت على علم بها قبل السفر، ما لم نوافق عليها كتابة.
٢. الحرب أو الغزو أو أعمال العدو الأجنبي أو الأعمال العدائية (أعلنت الحرب أم لم تعلن) أو الحرب الأهلية أو الاضطرابات الأهلية أو التمرد أو الثورة أو العصيان أو القوة العسكرية أو الانقلاب أو الإرهاب أو أسلحة الدمار الشامل.
٣. أي **وباء** أو **جائحة**، ما لم تكن مشمولة بالتغطية صراحة في قسم المنافع الطبية الطارئة والمنافع ذات الصلة.
٤. إذا لم تلتزموا بالمقترحات أو التوصيات التالية الصادرة عن أي هيئة حكومية أو رسمية أخرى ومنها وزارة الخارجية خلال **فترة التأمين**.
٥. ممتلكاتكم التي تم احتجازها أو الاستيلاء عليها أو تدميرها أو إتلافها بموجب أي قرار حكومي أو قرار صادر عن مسؤولي الجمارك.
٦. الإشعاع المؤين أو التلوث الإشعاعي المنبعث من الوقود النووي أو المخلفات النووية أو أي مخاطر ناتجة من المعدات النووية.
٧. أي تغيير في أسعار صرف العملات الأجنبية.
٨. عطل أو التحسب من عطل أو عدم قدرة أي جهاز أو برنامج حاسوبي، سواء كنتم تملكونه أم لا، على التعرف على أو تفسير أو معالجة أي تاريخ بشكل صحيح على أنه التاريخ الحقيقي أو الصحيح أو استمرار العمل بشكل صحيح بعد ذلك التاريخ (عدا المصاريف الطبية الطارئة والمصاريف المرتبطة بها).
٩. أي تصرف غير قانوني أو كيدي يصدر منكم.
١٠. تأثير الكحول أو تعاطي المواد المذيبة أو المخدرات أو إدمانها لفترة طويلة.
١١. وقوعكم تحت تأثير المواد المذيبة أو المخدرات أو أي شيء نتيجة استخدام تلك المواد (عدا العقاقير الموصوفة من قبل **الطبيب**، وليست لعلاج إدمان المخدرات).
١٢. عدم استمتاعكم بالرحلة أو عزوفكم عن السفر.
١٣. أي خسارة تنتج بشكل مباشر أو غير مباشر عن أي شيء تطالبون به، كفوات الكسب مثلاً، ما لم تنص البوليصة على خلاف ذلك.
١٤. المطالبات المرتبطة بالحمل أو الولادة، إذا كانت مدة الحمل تتجاوز ٢٤ أسبوعاً في بداية **الرحلة**.

الجزء الثامن. الشروط

تطبق الشروط التالية على جميع أقسام البوليصة. برجاء قراءة هذه الشروط بتدبر، حيث يتوقف دفعنا للمطالبة عليها:

١. عدم إقامتكم في بلد الوجهة.
٢. بلوغكم ٧٥ عاماً أو أقل.
٣. بذلكم العناية المعقولة لحماية أنفسكم وممتلكاتكم من الحوادث والإصابة والفقْد والتلف، والتصرف كما لو كنتم غير مشمولين بالتأمين والحد من أي مطالبة محتملة.
٤. امتلاك جدول بوليصة سار.
٥. قبولكم عدم تمديدنا **فترة التأمين** إذا انتهت البوليصة الأصلية وأي تمديدات أو كانت سارية لأكثر من ٩٠ يوماً أو علمتم أنكم ستقدمون مطالبة.
٦. أن تتصلوا بنا في أسرع وقت ممكن، وفي جميع الأحوال خلال ٣٠ يوماً من العودة إلى **الوطن**، مع تقديم تفاصيل أي شيء يمكن أن يترتب عليه تقديم مطالبة، وتزويدنا بجميع المعلومات التي نطلبها. الرجاء الرجوع إلى قسم «تقديم المطالبة» للاطلاع على مزيد من المعلومات.
٧. تقرون عدم سريان أي تعديلات على شروط وأحكام البوليصة ما لم نؤكد تلك التعديلات خطياً إليكم.

يحق لنا ما يلي:

١. إلغاء البوليصة إذا لم تبلغونا بأي معلومات ذات صلة أو إذا أبلغتمونا بأي شيء غير صحيح يؤثر في قرارنا بتوفير التغطية من عدمه. وقد نبغ الشرطة عن الأمر، حسب الظروف.
٢. إلغاء البوليصة وعدم دفع أي مبلغ إليكم، إذا قدمتم أو من ينوب عنكم مطالبة بموجب هذه البوليصة **وأنتم** تعلمون أنها تنطوي على خيانة أمانة أو مبالغة معتمدة أو احتيال بأي شكل من الأشكال، أو إذا قدمتم إقرارات مزيفة أو تعمدتم تقديم بيانات خاطئة أو لم تقدموا أي معلومات ذات صلة عند طلب هذه البوليصة أو إثبات مطالبتكم. ويحق لنا في تلك الحالات إبلاغ الشرطة.
٣. تغطيتكم فقط عن مدة **الرحلة** بالكامل وعدم إصدار بوليصة إذا بدأت **الرحلة**.
٤. إدارة أي مطالبة تقدمونها بموجب هذه البوليصة والتعامل معها نيابة عنكم.
٥. اتخاذ الإجراءات القانونية نيابة عنكم (ولكن على نفقتنا) ومطالبتكم بتقديم التفاصيل وملء أي مستندات والتي من شأنها أن تساعدنا في استرداد أي مبلغ دفعناه بموجب هذه البوليصة.
٦. الحصول على معلومات من السجلات الطبية الخاصة بكم بعد موافقتكم أو موافقة ممثلكم الشخصي لمساعدتنا أو ممثلينا في إدارة المطالبة. وقد يشمل ذلك مطالبتكم بالخضوع لفحص طبي أو تشريح جثمانكم في حالة وفاتكم. ولن نقدم أي معلومات شخصية تخصكم لأي جهة أخرى دون موافقة صريحة منكم.
٧. إعادتكم إلى **الوطن** في أي وقت أثناء **الرحلة** إذا تعرضتم لأي مرض أو إصابة. ولن نفعّل ذلك إلا إذا أشار علينا به **الطبيب المعالج** ومستشارونا الطبيون. وفي حالة أي نزاع، سنطلب رأياً طبياً مستقلاً.
٨. عدم تحمل أي تكاليف لإعادة إلى **الوطن** أو العلاج إذا رفضتم اتباع إرشادات **الطبيب المعالج** واستشاريينا الطبيين.
٩. عدم إعادة أو تحويل القسط المدفوع إذا قررتم إلغاء البوليصة.
١٠. عدم دفع أي مطالبة بموجب البوليصة عن أي مبالغ مغطاة بموجب أي تأمين آخر أو من قبل أي جهة أخرى أو في أي مكان آخر، ومنها مثلاً الأموال التي يمكنكم استردادها من التأمين الصحي الخاص أو أي اتفاقيات صحية متبادلة أو شركة خدمات نقل أو إقامة أو شركة تأمين على محتويات المنزل أو أي مبلغ مطالبة آخر تستردونه. وحينئذ، سندفع فقط حصتنا من المطالبة.
١١. وإذا قررتم إلغاء **الرحلة** أو اختصار مدتها، سيتم إلغاء جميع التغطيات المحددة في البوليصة دون رد القسط المدفوع.
١٢. مطالبتكم برد أي أموال دفعناها إليكم والتي تكون غير مشمولة بموجب هذه البوليصة.

الجزء التاسع. تقديم المطالبة

لتقديم المطالبة:

يرجى الاتصال على الهاتف رقم ٨٧٠٥ ٢٧٠ ٤ ٩٧١ + الإمارات وطلب نموذج مطالبة، أو مخاطبتنا على نكست كير لإدارة المطالبات ذ.م.م، بناية إيفيل بوليفارد ليمتد (إيفل ٢)، الطابق الأول، أم الشيف، شارع الشيخ زايد، ص.ب: ٨٠٨٦٤، دبي، الإمارات العربية المتحدة، أو البريد الإلكتروني: travel.claims@nextcarehealth.com

ويتعين عليكم تعبئة النموذج وإرساله إلينا خلال ٣٠ يوماً من عودتكم للمنزل مع تقديم جميع المعلومات والوثائق التي نطلبها. ومن المهم موافاتنا بكل التفاصيل الممكنة لمساعدتنا على إدارة مطالبكم بسرعة. ويرجى حفظ نسخ من جميع المعلومات التي ترسلونها لنا. وسيلزمكم الحصول على بعض المعلومات بخصوص مطالبتكم أثناء سفركم. فيما يلي قائمة بالوثائق التي سنحتاجها لتنفيذ المطالبة.

بالنسبة لجميع المطالبات

- أصل فاتورة (فواتير) حجز الرحلة ووثائق السفر التي تثبت تواريخ ومواعيد السفر.
- أصول الإيصالات والحسابات الخاصة بالمصروفات النقدية التي تتحملونها.
- أصول القسائم أو الفواتير التي يطلب منكم دفعها.
- تفاصيل أي تأمين آخر لديكم يغطي نفس الخسارة، كتأمين المنزل أو التأمين الطبي الخاص.
- أكبر قدر ممكن من الأدلة المثبتة لمطالبتكم.

المصاريف الطبية

- اتصل دائماً بخدمة الطوارئ الطبية العاملة على مدار ٢٤ ساعة في اليوم وذلك عند دخولك المستشفى (ومن ذلك عند التشخيص بفيروس كورونا كوفيد ١٩) أو الاضطرار إلى العودة إلى الوطن أو كان من المحتمل أن تتجاوز المصاريف الطبية ٢٥٠ دولاراً.
- إثبات طبي من الطبيب المعالج يؤكد المرض أو الإصابة والعلاج المعطى لها، ومن ذلك مواعيد دخول المستشفى والخروج منها، عند اللزوم.
- إذا نصحك طبيب في المكان الذي لجأت فيه للعلاج أنه لا يمكنك الذهاب على الرحلة التي حجزت عليها سابقاً لأسباب صحية، يتوجب عليك الحصول على شهادة طبية منه تؤكد ذلك.

فقد وثائق السفر

- تأكيد خطي من القنصلية في مكان الفقد مدون فيه بالتفصيل التاريخ، والإبلاغ عن الفقد وبدل المفقود إلى جانب تقرير خطي من الشرطة.

الجزء العاشر. تقديم شكوى

هدفنا هو أن نوفر لكم بوليصة تأمين وخدمة تأمينية من الدرجة الأولى. وقد تشعرون أحياناً أننا لم نوفق في ذلك. وعندئذ، نرجو منكم إعلامنا بذلك لكي نفعل ما بوسعنا لحل المشكلة. وإذا تقدمتم بشكوى، فلن يؤثر ذلك في حقوقكم القانونية.

في البداية، يرجى الاتصال على:

مدير خدمة العملاء

نكست كير لإدارة المطالبات ذ.م.م،

بناية إيفل بوليفارد ليمتد (إيفل ٢)، الطابق الأول،

أم الشيف، شارع الشيخ زايد،

دبي، الإمارات العربية المتحدة

ص.ب: ٨٠٨٦٤

دبي، الإمارات العربية المتحدة

هاتف: الإمارات العربية المتحدة ٨٧٠٥ ٢٧٠ ٤ ٩٧١+

البريد الإلكتروني: travel@nextcarehealth.com

يرجى تزويدنا باسمك، وعنوانك، ورقم بوليستك ورقم المطالبة مع إرفاقها بنسخ من الرسائل والوثائق المرتبطة بالمطالبة، لكي تساعدنا في حل شكواك في أقرب وقت ممكن.

الجزء الحادي عشر. المنافع

القسم ١ - المصاريف الطبية الطارئة و المنافع ذات الصلة (ويدخل ضمنها التشخيص بفيروس كورونا)

إذا نقلت إلى المستشفى أو اعتقدت أنه من المحتمل عودتك إلى **الوطن** مبكراً أو تمديد رحلتك بسبب مرض أو **حادث** أو تجاوزت المصاريف الطبية **٢٥٠ دولاراً**، يجب إبلاغنا فوراً - راجع بند «المساعدة الطبية الطارئة على مدار ٢٤ ساعة» للاطلاع على مزيد من المعلومات.

ما تشمله التغطية

سنعوضك أو ممثلك الشخصي عن المصاريف الطارئة في الحالات الضرورية وغير المتوقعة التالية، وذلك عند تعرضك للوفاة أو الإصابة أو **الحادث** أو المرض خلال **الرحلة** (ويشمل ذلك التشخيص بفيروس كورونا كوفيد ١٩).

ويلزم الاتصال بنا على الرقم المذكور في البوليصا في أقرب وقت ممكن إذا ثبت بعد التحليل إصابتك بفيروس كورونا كوفيد ١٩. وسندفع المصاريف التي تحملتها مباشرة إلى المستشفى أو العيادة أو المنشأة الطبية الأخرى. وفي حال دفعتم هذه المصاريف، لن يحق لكم المطالبة بها لاحقاً. ولن نعوضكم عن أي خدمات لم نرتبها.

بعد أقصى المبلغ المبين في ملخص التغطية عن المصاريف أو الرسوم المعقولة التي تحملتها في سبيل:

العلاج

مصاريف الفحص الطبي، الجراحة، الأدوية، المستشفى، الرعاية أو خدمات التمريض، خارج بلدك الأم.

الإخلاء الطبي الطارئ

بعد أقصى المبلغ الموضح في ملخص تغطية الإخلاء الطبي الطارئ لعودتك إلى وطنك أو نقلك إلى أقرب منشأة طبية أو أنسب مركز صحي لتوفير الرعاية اللازمة لحالتك الصحية. وقد يرافقك أحد الأخصائيين الطبيين إذا استدعت حالتك الصحية.

نقل الجثمان

بعد أقصى المبلغ المبين في ملخص التغطية عن تكاليف نقل جثمان **المؤمن عليه** إلى وطنه.

تكاليف الإقامة في الحجر الصحي الخاص بفيروس كورونا

إذا وُضعت في حجر فردي خلال **الرحلة** تنفيذاً لأي أمر أو طلب حكومي أو من أي سلطة رسمية أو مورد السفرات بعد التأكد من إصابتك **بجائحة/كورونا** كوفيد ١٩ بعد التحليل. ولا يشمل ذلك أي حجر يطبق عموماً أو على نطاق واسع على بعض أو كل السكان أو سفينة أو منطقة جغرافية، أو حسب المكان الذي تسافر إليه أو منه أو عبره. وسنغطي تكاليف إقامتكم بنظام الفوترة المباشرة بعد أقصى المبالغ المحددة في ملخص التغطية.

ما لا تشمله التغطية

- تجاوزتك المبلغ المبين في موجز التغطية.
- ثمن استبدال أي دواء كنت تستعمله عند بداية رحلتك.
- أي حالة وردت في الإقرار الصحي والاستثناءات الصحية.
- المصاريف الإضافية للنقل والإقامة والتي تفوق مستوى ما استعملته مسبقاً خلال رحلتك، ما لم نوافق على ذلك.

أي شيء نتج من:

- سفرتك في طائرة (إلا كمسافر على متن طائرة مرخصة بالكامل لنقل الركاب)،
- تعمد الانتحار أو إيذاء أنفسكم أو تعريض أنفسكم للخطر (إلا ما ينتج من محاولة إنقاذ حياة إنسان) كالسباحة مثلاً تحت تأثير الكحول أو القفز من الشرفة لشرفة أخرى،
- سفرتك على دراجة نارية، ما لم يكن لدى السائق رخصة قيادة سارية وكان جميع الأشخاص **المؤمن عليهم** يرتدون خوذة للرأس،
- مشاركتكم في أي نشاط ينطوي على خطورة.
- أي مصاريف أنفقت بعد 12 شهراً من تاريخ وفاتك أو إصابتك أو مرضك.
- أي مصاريف لسيارات الأجرة والاتصالات الهاتفية (بما في ذلك مكالمات الهاتف المتحرك) ناتجة عن واقعة مطالب بها تحت هذا البند.
- خدمات أو علاج تلقيته داخل بلدك.
- الخدمات أو العلاج الذي تلقيته بحضور **الطبيب المعالج**، والذي نعتقد أنه يمكن تأخير عودتك إلى بلدك.
- المصاريف الطبية التي تزيد على 250 دولار أو مصاريف العلاج في المستشفى أو إعادة إلى **الوطن** التي لم نوافق عليها.

- المصاريف الإضافية للحصول على غرفة منفردة أو غرفة خاصة في المستشفى أو في دار الرعاية الصحية .
- مصاريف العلاج المرتبطة بطريقة غير مباشرة بالمرض أو الإصابة وتقدمت بالمطالبة بها.
- دفنك أو حرق جثمانك داخل بلدك.
- استبدال أو إصلاح الأسنان الاصطناعية (السن التاجي).
- علاج الأسنان باستخدام معادن نفيسة.
- **فيروس كورونا (كوفيد 19)**

- يجب ألا تسافر بالمخالفة لإرشادات حكومة بلدك أو السلطة المحلية في الوجهة التي تسافر إليها .
- يجب بذل الرعاية الطبية اللازمة .
- لا تشمل هذه التغطية أي رعاية تقدم بعد انتهاء التغطية .
- لا تشمل هذه التغطية الرعاية أو الخدمات غير الطارئة .
- لا تشمل هذه التغطية تكلفة أي فحص مرتبط بفيروس كورونا كوفيد 19 (تفاعل البوليميراز المتسلسل PCR).

- تبعات

- التعرض لمواد كيميائية من نوع الغازات الخائقة
- التعرض للعوامل المشلة،
- التعرض لمواد سامة عصبية أو مواد بها آثار سامة عصبية والتي تتطلب الحجر لمدة معينة أو اتخاذ تدابير وقائية أو رقابية محددة من قبل السلطات الصحية المحلية و/أو الوطنية في البلد الذي تقيم فيه .

يرجى العودة إلى فقرات الاستثناءات العامة والشروط وتقديم المطالبة، المطبقة.

القسم ٢- فقد وثائق السفر

ما تشمله التغطية

سوف نقوم بدفع الآتي إذا فقدت جواز سفرك أو تأشيرتك، أو تعرضت لسرقة أو التلف خلال الرحلة.

تكاليف إصدار وثائق سفر مؤقتة

في حدود المبلغ المبين في ملخص تغطيتك لمصاريف النقل والإقامة والمصاريف الإدارية الإضافية التي يتوجب عليك دفعها للحصول على جواز سفر مؤقت أو تأشيرة مرور لكي تتمكن من العودة إلى بلدك.

ما لا تشمله التغطية

يرجى العودة إلى فقرات الاستثناءات العامة والشروط وتقديم المطالبة، المطبقة.

الجزء الثاني عشر. مكاتب الشركة

مكاتب شركة التأمين العربية

شركة التأمين العربية ش.م.ل. - رأس المال المصرح به والمدفوع بالكامل: ٥١,٠٠٠,٠٠٠,٠٠٠ ل.ل. - سجل تجاري بيروت ١٩٨٨ - سجل هيئات الضمان ٢، تاريخ ١٩٥٦/١١/٩ هيئة خاضعة للمرسوم ٩٨١٢ تاريخ ١٩٦٨/٥/٤ الرقم المالي ٤٩٧٦

لبنان

عين المريسة
طرابلس
شطورة

٩٦١ ١ ٣٦٠٨٨٩ / ٨٩٣
٩٦١ ٦ ٤٤٠٩٧٤
٩٦١ ٨ ٥٤٥٢١٠

فاكس: ٣٦٠٠٧١
فاكس: ٤٤٠٩٧٤
فاكس: ٥٤٥٣١٠

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

رأس المال المصرح به والمدفوع بالكامل: ٥١,٠٠٠,٠٠٠,٠٠٠ ل.ل. - رقم القيد في السجل التجاري ٤١٦٩١ دبي
رقم القيد في السجل التجاري ٢١١٥٩ الشارقة - رخصة تجارية رقم ٢٠١٧٥٦ دبي - رخصة تجارية رقم ١٢٩٠٣ الشارقة رخصة تجارية رقم ١٠٠١٣٤٤ - CN أبو ظبي - رخصة تجارية رقم ١٠٠٢٥٧٤ - CN العين
- شركة خاضعة لأحكام القانون الإتحادي رقم ٢٠٠٧/٦ - رقم القيد في هيئة التأمين ٢٠

الإمارات العربية المتحدة

دبي
الشارقة
أبو ظبي
العين

٩٧١ ٤٢٢٨٠٠٢٢
٩٧١ ٦٥١٧١٦٦٦
٩٧١ ٢٦٧٤٤٧٠٠
٩٧١ ٣٧٦٤١١٩٦

فاكس: ٢٢٧٠٠٢٢
فاكس: ٥١٧١٦٦٧
فاكس: ٦٧٤٥٧٠٠
فاكس: ٧٦٤٣٧٨٥

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

شركة التأمين العربية ش.م.ل. - فرع شركة أجنبية - رأس المال المصرح به والمدفوع بالكامل: ٥١,٠٠٠,٠٠٠,٠٠٠ ل.ل. - السجل التجاري رقم ١٥٣٢ مرخصة وفقاً لأحكام مصرف البحرين المركزي، برقم ش.ت.أ. / ٠٠٤ بتاريخ ١٩٦١/٥/١٠

البحرين

المنامة

٩٧٣ ١٧٢١١١٧٤

فاكس: ٢١٣٩٨٥

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

شركة التأمين العربية ش.م.ل. - فرع شركة أجنبية - رأس المال المصرح به والمدفوع بالكامل: ٥١,٠٠٠,٠٠٠,٠٠٠ ل.ل. - السجل التجاري رقم ٤٤ الكويت شركة خاضعة لأحكام قانون الشركات ووكلاء التأمين رقم (٢٤) لسنة ١٩٦١ رقم الإجازة (٧) الوكلاء العامون: مؤسسة محمد عبد الرحمن البحر.

الكويت

الكويت

٩٦٥ ٢٢٦٢١٠٤١

فاكس: ٢٢٦٥٩٤٩٢

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

شركة التأمين العربية ش.م.ل. - فرع شركة أجنبية - رأس المال المصرح به والمدفوع بالكامل: ٥١,٠٠٠,٠٠٠,٠٠٠ ل.ل. - مُسجَلة في السجل التجاري في بيروت برقم ١٨٨٩ رقم السجل التجاري: ٣٤٧ الشركة مرخص لها من مصرف قطر المركزي، بموجب الترخيص: ش ت / رش ت / ٤ / ١٩٦٦، وفقاً لأحكام قانون مصرف قطر المركزي وتنظيم المؤسسات المالية الصادر بالقانون رقم ١٣ لسنة ٢٠١٢.

قطر

الدوحة

٩٧٤ ٤٤٤٢٢٦٨٣

فاكس: ٤٤٤٤٦٤٨٧

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