

International Term Assurance

Terms and conditions – United Arab Emirates

International Term Assurance is a level-term assurance product, providing compulsory Life Cover plus optional Additional Benefits over a fixed term.

The Policy has no surrender value and at the end of the Policy Term all Benefits will cease and no amount will be payable.

International Term Assurance is issued by Zurich International Life Limited ('the Company') and is based on an application by the Policy Owner(s) named in the Policy Schedule.

The application, the terms and conditions, the Policy Schedule and any Endorsements issued by the Company shall be deemed to be incorporated into the Policy.

These Policy Terms and Conditions and the Policy Schedule should be kept in a safe place.

This document contains 28 pages.

Contents

Glossary – Definitions of words used in this document	4	5.3	Guaranteed premiums	11
1. Policy basis	5	5.4	Reviewable premiums	11
1.1 The Policy	5	5.5	Credit Card Charge	11
1.2 Policy Owner	5	5.6	Non-Payment of premiums	11
1.3 Life Insured	5	6. Claims		11
1.4 'Life of Another' Policies	5	6.1 Claim conditions		11
1.5 Benefit basis	5	6.2 Claiming Life Cover		12
1.6 Policy Term	5	6.3 Claiming the Terminal Illness Benefit		12
1.7 Currency	5	6.4 Claiming for Critical Illness Benefit		13
2. Benefits	5	6.5 Claiming for Permanent and Total Disability Benefit		14
2.1 Benefit options	5	6.6 Claiming Both Critical Illness Benefit and Permanent and Total Disability Benefit ('Both Benefits')		14
2.2 Life Cover	6	6.7 Claiming for Waiver of Premium Benefit		15
2.3 Terminal Illness Benefit	6	7. Beneficiary Nomination		15
2.4 Critical Illness Benefit	6	8. Law and Interpretation		16
2.5 Permanent and Total Disability Benefit	6	9. Right to Cancel		16
2.6 Waiver of Premium Benefit	7	10. Assignments		16
2.7 Changing the Benefit amounts	8	11. Anti-Money Laundering Regulations		16
3. Termination of the Policy	8	12. Changes to the Policy Terms and Conditions		17
4. When a claim will not be paid	8	13. Policy Owner/Life Insured changes of contact details		17
4.1 Exclusions applicable to all Covers	8	14. Notices to the Company		17
4.2 Exclusions applicable to Life Cover	8	15. Incorrect date of birth of the Life Insured		17
4.3 Exclusions for Terminal Illness Benefit	9	16. Force Majeure		17
4.4 Exclusions applicable to Critical Illness Benefit	9	17. Context		17
4.5 Exclusions applicable to Permanent and Total Disability Benefit	9	18. Data Protection and Disclosure Information		17
4.6 Exclusions applicable to Waiver of Premium Benefit	10	19. Compensation Schemes		18
4.7 Other circumstances in which a claim will not be paid	10	20. Complaints		18
5. Premiums	10	21. Critical Illness definitions		19
5.1 Premium Currency	11	22. How to contact us		26
5.2 Premium calculation	11			

In these terms and conditions We have tried to use plain language but avoiding all technical terms is difficult. There is a Glossary to explain what these words mean and they are capitalised throughout this document. Where We can use Our discretion or where Our Appointed Actuary can use their discretion, make a decision, require information or evidence, use judgement, or reserve the right, it will be done acting reasonably, proportionately, fairly and in accordance with the law and regulations which govern the Policy.

Glossary – Definitions of words used in this document

Additional Benefit

Critical Illness Benefit, Permanent and Total Disability Benefit or Waiver of Premium Benefit, which may have been selected.

Appropriate Medical Specialist

A medical specialist with medical qualifications which are relevant to the medical condition which is the subject of the claim, and who is registered as a specialist in the country in which the opinion is sought.

Beneficiary

The person nominated by the Policy Owner to receive the Life Cover upon the death of the Life Insured.

Benefit

Any monetary amount payable by the Company under Life Cover, Terminal Illness Benefit, Critical Illness Benefit, Permanent and Total Disability Benefit or Waiver of Premium Benefit whilst the Policy is in force. The amount or amounts of Cover are shown in the Policy Schedule.

Change Notification Advice

The document that is issued to confirm any change to premium or Cover levels.

Claim Event

An event that occurs to a Life Insured, that meets the appropriate Benefit definition within these Terms and Conditions and which triggers a claim payment. This could include (but is not limited to) the death of a Life Insured, the diagnosis of a Terminal or Critical Illness, the diagnosis of Permanent and Total Disability, or the undergoing of a medical procedure.

Company Medical Officer

A medical doctor appointed by the Company as a medical adviser.

Cover

The scope of any protection available under this Policy under Life Cover, Terminal Illness Benefit, Critical Illness Benefit, Permanent and Total Disability Benefit or Waiver of Premium Benefit.

Critical Illness Benefit

The Benefit payable by the Company if a Life Insured contracts any illness covered under the Policy and defined in Condition 22 of this Policy whilst the Policy is in force and if this Cover has been chosen.

Life Cover

The amount payable by the Company if a Life Insured dies whilst the Policy is in force.

Life Insured

A person whose life is insured under the Policy.

Life of Another Policy

A Policy owned by a person who is not a Life Insured. This may include instances where the Policy is owned by a corporate entity.

On Risk Date

The date on which Cover under any Benefit selected first applies.

Partial Payment

In the event of a valid Critical Illness claim for Ductal Carcinoma in Situ of the breast (see Critical Illness definition (xii)) the amount of the claim is limited to a fixed sum, instead of the full Critical Illness sum insured.

Permanent and Total Disability Benefit

The Benefit payable by the Company if a Life Insured is diagnosed with a permanent and total disability covered under the Policy.

Policy Owner

The individual or entity that enters into the contract of insurance with the Company, that owns the Policy and that has the right to exercise all privileges under the Policy.

Premium Due Date

The date, on which premiums are due, taken from the due date of the first premium and the frequency of payment.

Policy Currency

The currency in which premiums and any Benefits are payable as shown on the Policy Schedule.

Policy Term

The period of time in which the Policy is in force, from the Policy Commencement Date to the Policy Termination Date, both of which are shown in the Policy Schedule.

Terminal Illness

An advanced or rapidly progressing incurable illness, where, in the opinion of an attending Medical practitioner (acceptable to the Company) and the Company Medical Officer, the Life Insured's life expectancy is no more than 12 months. 'Medical practitioner' means a legally qualified and duly licensed medical physician or surgeon acting within the scope of that licence who is not the Life Insured or a close relative of either the Life Insured or their spouse or, the Policy Owner or their spouse.

The Company

Zurich International Life Limited.

1. Policy basis

1.1 The Policy

We will send you your Policy Schedule and further documents which confirm all the details about your Policy when your Policy is issued.

1.2 Policy Owner

The maximum number of Policy Owners is two and both must be aged at least 18 years at the Policy Commencement Date, as shown on the Policy Schedule.

1.3 Life Insured

The maximum number of Lives Insured is two and any Life Insured must be aged between 18 and 74 years at the Policy Commencement Date or date of any increase. If Waiver of Premium Benefit, Critical Illness Benefit and/or Permanent and Total Disability Benefits are selected, the maximum age of any Life Insured is limited to 59 years at the Policy Commencement Date or date of any increase.

1.4 'Life of Another' Policies

The Policy can be taken out on someone else's life as long as they agree and the Policy Owner can show they would suffer financially if the Life Insured were to die, suffer a Terminal or Critical Illness or become permanently and totally disabled at the time the Policy is effected.

1.5 Benefit basis

Policies are issued on either a single life or a joint life first event basis.

1.6 Policy Term

The Policy Term is chosen by the Policy Owner at the start of the Policy and it must be a fixed number of whole years between 5 and 35 years. The Policy Term must end before the Life Insured's 80th birthday, or for joint life policies the oldest Life Insured's 80th birthday. The Policy Commencement Date and the Policy Termination Date are shown in the Policy Schedule. The Policy Term cannot be changed and at the end of the Policy Term all Benefits provided by this Policy shall cease.

1.7 Currency

All payments made in connection with the Policy shall be payable in the Policy Currency.

If requested, the Company may convert the payments into any other freely available currency but all currency conversions will be subject to the exchange rates applied by the Company at the time of conversion.

2. Benefits

2.1 Benefit options

The Policy will provide Life Cover and Terminal Illness Benefit with the option to select any combination of the following Additional Benefits:

- **Critical Illness Benefit**
- **Permanent and Total Disability Benefit**
- **Waiver of Premium Benefit**

The total amount payable under the Policy from all or any valid Benefit claims under Terminal Illness Benefit, Critical Illness Benefit and Permanent and Total Disability Benefit is limited to the Life Cover. This is because Terminal Illness Benefit, Critical Illness Benefit and Permanent and Total Disability Benefit claims are an advance payment of the Life Cover.

A payment under Terminal Illness or any Additional Benefit will result in a reduction of the Life Cover and remaining Benefit levels, and where appropriate will be applicable to both lives in the case of a joint life Policy.

The Policy has no surrender value at any time.

2.2 **Life Cover**

The amount of the Life Cover will be shown in the Policy Schedule (or any subsequent Change Notification Advice if the Life Cover has been changed – see Condition 2.7). For joint life policies, Life Cover is payable when the first of the Lives Insured dies. Once a Life Cover claim is paid, the Policy ends and all other Benefits cease.

Subject to Condition 6.1 (Claims conditions) the Company will pay the Life Cover if a Life Insured dies during the Policy Term.

2.3 **Terminal Illness Benefit**

Subject to Condition 6.3 (Claiming the Terminal Illness Benefit) the Company will pay the Terminal Illness Benefit if a Life Insured is diagnosed with a Terminal Illness that meets the criteria set out in these Policy Terms and Conditions, and has no more than 12 months to live. The amount paid under Terminal Illness Benefit is the lower of the Life Cover sum insured or USD1,000,000 (or currency equivalent determined by the Company).

For Terminal Illness Benefit to be paid the diagnosis of the Terminal Illness must be confirmed before the start of the last 18 months of the Policy Term.

2.4 **Critical Illness Benefit**

This is an optional Benefit and will only apply if it is shown in the Policy Schedule (or any subsequent Change Notification Advice if the critical illness has been changed – see Condition 2.7). Claims under this Benefit will only be accepted where the Claim Event occurs 90 days or more after the On Risk Date, or 90 days or more after any reinstatement or 90 days or more after the On Risk Date of any increase in, or addition to, a Benefit.

Subject to Condition 6.1 (Claims conditions) the Company will pay the Critical Illness Benefit if a Life Insured is diagnosed with a Critical Illness as set out in Condition 22 of these Policy Terms and Conditions.

The Critical Illness Benefit includes provision for a Partial Payment. A Partial Payment is made if a Life Insured suffers a medical condition as defined in Condition 21 of these Policy Terms and Conditions. A Partial Payment is only payable once per Policy (on the first claim).

2.5 **Permanent and Total Disability Benefit**

This is an optional Benefit and will only apply if it is shown in the Policy Schedule (or any subsequent Change Notification Advice) if the Permanent and Total Disability Benefit has been changed – see Condition 2.7. Subject to Condition 6.1 (Claims conditions) the Company will pay the Permanent and Total Disability Benefit if a Life Insured is diagnosed as being permanently and totally disabled as set out in these Policy Terms and Conditions, and has been so disabled for a continuous period of 180 days.

No Benefit shall be paid before the end of the 180 day period though the Company at its discretion, may elect to pay the Claim Proceeds before the 180 day period concludes.

Permanent and total disability at the time of claim means:

Lives Insured aged 70 or younger in gainful employment

A Life Insured shall be regarded as being permanently and totally disabled if he is unlikely to ever work (for reward or otherwise) in his/her own occupation, profession, business as well as engage in any other occupation to which he/she is fitted by education, training and experience for the rest of his/her life, as a result of the disability.

Lives Insured aged 70 or younger not in gainful employment

A Life Insured shall be regarded as being permanently and totally disabled if he is unable to perform at least two activities of daily working. The activities of daily working are:

- i) **Walking** – the ability to walk more than 200 metres on the flat without stopping or severe discomfort.
- ii) **Bending** – the ability to get into or out of a standard saloon car, or the ability to bend or kneel to pick up a tea cup from the floor and straighten up again.
- iii) **Communicating** – the ability to answer the telephone and take a message.
- iv) **Reading** – having the eyesight required to be able to read a daily newspaper.
- v) **Writing** – having the physical ability to write legibly using a pen or pencil.

Lives Insured aged 71 or more

A Life Insured shall be regarded as being permanently and totally disabled if he is unable to perform at least three activities of daily living. The activities of daily living are:

- i) **Feeding/Eating** – cutting meat, buttering bread, getting food and drink to the mouth using fingers or utensils.
- ii) **Dressing** – dressing oneself including fastening zips and buttons, getting clothes from wardrobes and drawers.
- iii) **Bathing/Grooming** – turning on taps, getting in and out of bath/shower, washing face/hands, etc. drying oneself, combing hair.
- iv) **Using the toilet** – moving into and out of the bathroom, getting on and off the toilet unaided, recognising the need or urge to void bladder or bowel in time to get to the toilet.
- v) **Mobility/Transfer** – getting into and out of bed, transferring from one place to another e.g. chair to bed, chair to standing, chair to chair.
- vi) **Walking/Using a wheelchair:** moving from one location to another – walking or using an unpowered wheelchair propelled by the Life Insured or using a frame.

2.6 **Waiver of Premium Benefit**

This is an optional Benefit and will only apply if it is shown in the Policy Schedule (or any subsequent Change Notification Advice if the premium has increased as a result of an increase in Benefits – see Condition 2.7). Where applicable, the amount of the Waiver of Premium Benefit will be shown in the Policy Schedule.

Subject to Condition 6.1 (Claims Conditions) if at any Premium Due Date a Life Insured is totally disabled as set out in these Policy Terms and Conditions for a continuous period of at least 26 weeks the Company will waive the regular premium for so long as the disability continues. For the purposes of Waiver of Premium the commencement of the disability will be the actual date of disability or 6 months prior to notification of the disability to the Company, whichever is the later.

Total disability at the time of claim means:

Lives Insured aged 70 or younger in gainful employment

A Life Insured shall be regarded as being totally disabled if he is unable to (for reward or otherwise) engage in his/her own occupation, profession, business as well as unable to engage in any other occupation to which he/she is fitted by education, training and experience, as a result of the disability.

Lives Insured aged 70 or younger not in gainful employment

A Life Insured shall be regarded as being totally disabled if he is unable to perform at least two activities of daily working. The activities of daily working are:

- i) **Walking** – the ability to walk more than 200 metres on the flat without stopping or severe discomfort.
- ii) **Bending** – the ability to get into or out of a standard saloon car, or the ability to bend or kneel to pick up a tea cup from the floor and straighten up again.
- iii) **Communicating** – the ability to answer the telephone and take a message.
- iv) **Reading** – having the eyesight required to be able to read a daily newspaper.
- v) **Writing** – having the physical ability to write legibly using a pen or pencil.

Lives Insured aged 71 or more

A Life Insured shall be regarded as being totally disabled if he is unable to perform at least three activities of daily living. The activities of daily living are:

- i) **Feeding/Eating** – cutting meat, buttering bread, getting food and drink to the mouth using fingers or utensils.
- ii) **Dressing** – dressing oneself including fastening zips and buttons, getting clothes from wardrobes and drawers.
- iii) **Bathing/Grooming** – turning on taps, getting in and out of bath/shower, washing face/hands, etc. drying oneself, combing hair.
- iv) **Using the toilet** – moving into and out of the bathroom, getting on and off the toilet unaided, recognising the need or urge to void bladder or bowel in time to get to the toilet.

- v) **Mobility/Transfer** – getting into and out of bed, transferring from one place to another e.g. chair to bed, chair to standing, chair to chair.
- vi) **Walking/Using a wheelchair:** moving from one location to another – walking or using an unpowered wheelchair propelled by the Life Insured or using a frame.

2.7 **Changing the Benefit amounts** It is not possible for the Policy Owner to reduce any of the Benefit amounts under the Policy.

The Company may reduce any of the Benefit amounts under the Policy in accordance with these Policy Terms and Conditions.

Subject to the receipt of any underwriting evidence requested and acceptance by the Company the Policy Owner can increase the amount of any Benefit and the increase will take effect from the next anniversary of the Policy Commencement Date.

If Cover is increased, the Company will calculate the new premium based on the age and gender of the Life Insured, whether or not they smoke, their current health, occupation, country of residence and any recreational activities they undertake, as well as the number of years of the Policy Term remaining.

3. **Termination of the Policy**

The Policy will terminate on the occurrence of the earliest of one of the following events:

- i) At the end of the Policy Term;
- ii) Upon payment of Benefits equivalent in value to the Life Cover, as a result of a valid claim for Life Cover, Terminal Illness Benefit, Critical Illness Benefit or Permanent and Total Disability Benefit,
- iii) If the Policy Owner fails to pay the premiums and the Policy lapses;
- iv) The Policy Owner requests in writing to end the Policy.

4. **When a claim will not be paid**

These are circumstances that will result in a claim not being paid, including exclusion clauses.

Any exclusion clause removes the Company's commitment to pay any claim caused by the circumstances described in the clause.

4.1 **Exclusions applicable to all Covers:**

The Company will not pay a claim if it arises directly or indirectly as a result of:

- i) **The Life Insured's active involvement in:**
 - a) war or warlike operations (whether war is declared or not),
 - b) invasion, hostilities, mutiny, riot, civil commotion, civil war, rebellion, insurrection or the usurping of government power,
 - c) an act committed by a foreign enemy,
 - d) any activity (military or otherwise) or conspiracy that causes or leads to the proclamation of martial law or a state of siege.
- ii) **The Life Insured's active involvement in terrorism or conspiracy to commit terrorism which includes any activity that jeopardises the continuance of human life or causes damage to property.**
- iii) **A criminal act perpetrated by the Life Insured.**

4.2 **Exclusions applicable to Life Cover**

The Company will not pay a Life Cover claim if it directly or indirectly is attributable to:

- i) **The Life Insured committing suicide (whether sane or insane) within:**
 - a) 12 months of the Commencement Date of the Policy,
 - b) within 12 months of the date of reinstatement of the Policy,
 - c) within 12 months of an increase in the sum insured.
- ii) **The Company not receiving written notification of death within 28 days of the date of death of the Life Insured.**

4.3 Exclusions for Terminal Illness Benefit

The Company will not pay a Terminal Illness Benefit claim if it is directly or indirectly attributable to:

- i) The Life Insured being diagnosed with a Terminal Illness within the last 18 months of the Policy Term.
- ii) The Company not receiving written notification of the Terminal Illness Benefit claim within 60 days of the date of confirmation of the Terminal Illness.

4.4 Exclusions applicable to Critical Illness Benefit

The Company will not pay a Critical Illness Benefit claim if it is directly or indirectly attributable to:

- i) A medical condition, medical or surgical procedure or injuries caused by an accident that is not described in these Terms and Conditions.
- ii) A medical condition/medical procedure/illness suffered that does not exactly meet the definition set out in Condition 22.
- iii) The Company not receiving written notification of the claim within 60 days of the Claim Event.
- iv) Intentional self-inflicted injury or attempted suicide whilst sane or insane.
- v) Any medical condition which originated prior to the later of 90 days from:
 - a) the date on which Critical Illness Benefit was most recently added to the Policy,
 - b) the On Risk Date stated in the Policy Schedule,
 - c) the date of any Policy reinstatement or,
 - d) for an increase in Critical Illness Benefit, the date of increase

unless the medical condition was disclosed to, underwritten and accepted by the Company as part of the application, or an increase or in any reinstatement process.

4.5 Exclusions applicable to Permanent and Total Disability Benefit

The Company will not pay a Permanent and Total Disability Benefit claim if it is directly or indirectly attributable to:

- i) A diagnosis of Permanent and Total Disability that does not exactly meet the definition set out in Condition 2.5.
- ii) The Company not receiving written notification of a claim within 60 days of the Claim Event.
- iii) The addiction to, abuse or misuse of alcohol or non-prescribed drugs.
- iv) Mental, nervous or psychiatric disorders, without demonstrable brain disease.
- v) The Life Insured being found to be infected by any Human Immunodeficiency Virus (HIV) or to be carrying any antibodies to such a virus.
- vi) Intentional self-inflicted injury or attempted suicide whilst sane or insane.
- vii) Any medical condition which originated prior to the later of:
 - a) the date on which Permanent and Total Disability Benefit was most recently added to the Policy,
 - b) the On Risk Date stated in the Policy Schedule,
 - c) the date of any Policy reinstatement or,
 - d) for an increase in Benefit, the date of increase

unless the medical condition was disclosed to, underwritten and accepted by the Company as part of the application, or an increase or in any reinstatement process.

4.6 Exclusions applicable to Waiver of Premium Benefit

The Company will not pay a Waiver of Premium Benefit claim if it is directly or indirectly attributable to:

- i) A diagnosis of Total Disability that does not exactly meet the definition set out in Condition 2.6.
- ii) The Company not receiving written notification of a claim within 60 days of the Claim Event.
- iii) The Life Insured being found to be infected by any Human Immunodeficiency Virus (HIV) or to be carrying any antibodies to such a virus.
- iv) The addiction to, abuse or misuse of alcohol or non-prescribed drugs.
- v) Mental, nervous or psychiatric disorders, without demonstrable brain disease.
- vi) Intentional self-inflicted injury or attempted suicide whilst sane or insane.
- vii) Any medical condition which originated prior to the later of:
 - a) the date on which Waiver of Premium Benefit was most recently added to the Policy,
 - b) the On Risk Date stated in the Policy Schedule,
 - c) the date of any Policy reinstatement or,
 - d) for an increase in Waiver of Premium Benefit, the date of increase

unless the medical condition was disclosed to, underwritten and accepted by the Company as part of the application, or an increase or in any reinstatement process.

4.7 Other circumstances in which a claim will not be paid

The Company will not pay a claim if it is directly or indirectly attributable to:

- i) The Policy Owner failing to make all premium payments that were due.
- ii) The Life Insured knowingly or recklessly fails to disclose or deliberately misrepresents any fact when he or she applies for a Policy, or an increase to the Cover, or for a reinstatement of the Policy. The non-disclosure or misrepresentation is such that it would cause the Company either to:
 - a) Totally decline the Cover or,
 - b) Accept the Cover in whole or in part with an additional premium payable and/or an exclusion clause on certain Covers or,
 - c) Accept Life Cover on some terms but to decline one or more of Critical Illness Benefit, Permanent or Total Disability Benefit or Waiver of Premium Benefit.

The Life Insured must disclose all matters which he knows, or would reasonably be expected to know, are relevant to the acceptance of the risk by the Company.

5. Premiums

The Policy will not commence until the first premium payment is received by the Company. If this premium payment is not received, the Policy will not become effective and no Cover will be provided.

The first premium is due on the date shown in the Policy Schedule, and subsequent regular premiums must be paid throughout the Policy Term on the Premium Due Date. The amount of each premium and the due date of final payment are shown in the Policy Schedule.

The amount of premium payments will change if an increase the amount of Cover is requested and accepted by the Company.

In the event of Life Cover being paid in advance as a result of a Critical Illness Benefit, Permanent and Total Disability Benefit or Terminal Illness Benefit claim, the premium is not reduced.

The Company reserves the right to refuse to accept premiums or changes to premiums to avoid breaching any Anti-Money Laundering Regulations, or other applicable laws and regulations in the Isle of Man or any other relevant jurisdiction.

5.1 **Premium Currency**

All premiums should be paid in the Policy Currency. The Policy Owner may choose to pay the premiums in any freely convertible currency, however, this will be converted to the Policy Currency on receipt and will be subject to the exchange rates applied by the Company at the relevant time.

5.2 **Premium calculation**

Premiums are calculated at outset, or at reinstatement, or at the time of an increase to or addition of any Benefit, based on the type and amount of Life Cover selected, any Additional Benefits included, the Policy Term, the age and gender of the Life Insured, whether they smoke, the health of the Life Insured, their occupation and any recreational activities any of which may result in an increase to the premium amount. Any such increase will be shown on or included in the premium payment shown on the Policy Schedule.

5.3 **Guaranteed premiums**

Premium payments in respect of Life Cover and, if selected, Permanent and Total Disability Benefit and/or Waiver of Premium Benefit (unless your Waiver of Premium Benefit increases as a result of an increase in Critical Illness Benefit premium as described in Condition 5.4 below) will remain unchanged throughout the Policy Term, unless any Benefit amounts have increased, in which case the new premium will appear in the Change Notification Advice.

5.4 **Reviewable premiums**

Premium payments in respect of Critical Illness Benefit, if selected, will remain unchanged for five years from the Policy Commencement Date. At the fifth Policy anniversary date the premium amount will be reviewed and then further premium reviews will occur every five years thereafter for the remainder of the Policy Term. The Company reserves the right to increase the premium payment amount for the Critical Illness Benefit at each five year review date. In the event that premiums are not increased, the amount of Critical Illness Benefit may be reduced at the Company's discretion.

5.5 **Credit Card Charge**

The Company reserves the right to levy an additional charge for premiums paid by credit card. The charge will be added to the amount deducted from the Policy Owner's credit card and the charge can be varied at the Company's reasonable discretion to cover increases in the cost of providing this method of payment.

5.6 **Non-Payment of premiums**

All premiums must be paid within three months of the Premium Due Dates. If a premium payment is not made within three months from a Premium Due Date the Policy will lapse without any value and all Cover will cease.

If the Company accepts a claim which occurs during the three month grace period, the Company reserves the right to deduct any unpaid premiums from the amount of the claim.

If the Policy has lapsed because premiums have remained unpaid for three months or more, the Policy Owner can ask the Company to reinstate the Policy provided all of the following requirements are received by the Company within 12 months of the due date of the first unpaid premium:

- i) A reinstatement application from the Policy Owner(s) and,
- ii) Payment of all the outstanding premiums and,
- iii) Any underwriting evidence required by the Company.

Reinstatement of the Policy is at the discretion of the Company.

6. **Claims**

6.1 **Claim conditions**

In the event of a claim under the Policy, the claimant should contact their financial professional or the Company at any office address listed in the Policy Terms and Conditions.

The Company will provide the claimant with a claim form and any other requirements which must be completed and returned to the Company before the claim will be processed.

The Company reserves the right to require (but is not limited to) the following before processing a claim:

- i) A completed claim form,
- ii) Information from the treating doctor, consultant or any other third party at the request of the Company,
- iii) At the request of the Company the Life Insured to attend a medical examination, where a Terminal Illness Benefit, Critical Illness Benefit, Permanent and Total Disability Benefit or Waiver of Premium Benefit claim is being made,
- iv) Proof of identity of the Policy Owner,
- v) Proof of the age of the Life Insured,
- vi) Proof of the identity of the claimant (if different from the Policy Owner),
- vii) The Policy Schedule,
- viii) Death certificate of the Life Insured (where applicable).

The Company reserves the right to require that any documents are legally attested. The Company will advise when this is required.

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

6.2 **Claiming Life Cover**

The Policy Owner or their representatives must notify the Company in writing within 28 days of the date of death of the Life Insured.

Upon receipt of the completed claim form, the Company will confirm the evidence required before the claim payment will be made.

After a claim has been admitted and the Life Cover has been paid, the Policy will terminate and all other Benefits under the Policy will cease.

6.3 **Claiming the Terminal Illness Benefit**

The Policy Owner or their representatives must notify the Company in writing if a Life Insured has been diagnosed with a Terminal Illness and the life expectancy of the Life Insured is no more than 12 months.

Upon receipt of the completed claim form, the Company will confirm the evidence required before the claim can be considered. In order for the Company to pay a Terminal Illness Benefit claim, an Appropriate Medical Specialist and the Company Medical Officer must both agree that the criteria for Terminal Illness has been fully met.

When the Life Cover is USD1,000,000 (or currency equivalent determined by the Company) or less, and a Terminal Illness Benefit claim is admitted, then the Policy will terminate and all other Benefits will cease.

When the Life Cover exceeds USD1,000,000 (or currency equivalent determined by the Company) and a Terminal Illness Benefit claim is admitted, then:

- i) The Terminal Illness Benefit claim is limited to USD1,000,000 (or currency equivalent determined by the Company).
- ii) Following such a payment, the Life Cover will be reduced by USD1,000,000 (or currency equivalent determined by the Company).
- iii) Any Critical Illness Benefit or Permanent and Total Disability Benefit included on the Policy may remain, but if the remaining Life Cover is less than the Critical Illness Benefit cover or the Permanent and Total Disability Benefit, then either or both of these will be reduced to the amount of remaining Life Cover.
- iv) Waiver of Premium Benefit (if included in the Policy) will continue on the Policy.
- v) The Company will issue a Change Notification Advice showing the reduced Benefits.
- vi) The premium amount will not change.

In the case of a joint life Policy where the Life Cover exceeds USD1,000,000 (or currency equivalent determined by the Company) it is possible for each Life Insured to claim separately under Terminal Illness Benefit. In this case:

1. The Terminal Illness Benefit payment for each relevant Life Insured is limited to USD1,000,000 (or currency equivalent determined by the Company),

2. After the admission of the first Terminal Illness Benefit claim and payment of the Benefit:
 - i) The Life Cover on the Policy will be reduced by USD1,000,000 or (currency equivalent determined by the Company).
 - ii) Any Critical Illness Benefit or Permanent and Total Disability Benefit included on the Policy may remain, but if the remaining Life Cover is less than the Critical Illness Benefit Cover or Permanent and Total Disability Benefit, then either or both of these will be reduced to the amount of remaining Life Cover.
 - iii) The Company will issue a Change Notification Advice showing the reduced Benefits.
 - iv) Waiver of Premium Benefit (if included in the Policy) will continue.
 - v) The premium amount will not change.
3. When the second Terminal Illness Benefit claim is admitted then:
 - i) The amount paid will be the lesser of the remaining Life Cover or USD1,000,000 (or currency equivalent determined by the Company).
 - ii) When the payment is less than USD1,000,000 (or currency equivalent determined by the Company), the policy will terminate and all Benefits will cease.
 - iii) If the amount paid is USD1,000,000 (or currency equivalent determined by the Company), then:
 - a) The Life Cover will be separately reduced by USD1,000,000 (or currency equivalent determined by the Company).
 - b) Any Critical Illness Benefit or Permanent and Total Disability Benefit included on the Policy may remain, but if the remaining Life Cover is less than the Critical Illness Benefit or Permanent and Total Disability Benefit, either or both of these will be reduced to the amount of the remaining Life Cover.

- c) Waiver of Premium Benefit (if included in the Policy) will continue.
- d) The Company will issue a Change Notification Advice showing the reduced benefits.
- e) The premium amount will not change.

6.4 **Claiming for Critical Illness Benefit**
The Policy Owner or their representatives must notify the Company in writing within 60 days of the Life Insured being diagnosed with a Critical Illness. Upon receipt of the completed claim form, the Company will confirm the evidence required before the claim can be considered. In order for the Company to pay a Critical Illness Benefit claim, an Appropriate Medical Specialist and the Company Medical Officer must both agree that the criteria for that condition has been fully met. In the case of a surgical condition, confirmation that the surgery has been performed will be required from the treating doctor.

When a Critical Illness Claim, has been admitted and the Benefit paid, then:

1. If the Critical Illness Benefit is the same as the Life Cover, the Policy will terminate and all other Benefits will cease,
2. If the Critical Illness Benefit is less than the Life Cover, then:
 - i) The Life Cover will be reduced by the amount of Benefit paid.
 - ii) If the Policy includes Permanent and Total Disability Benefit, this may remain on the Policy but if the Permanent and Total Disability Benefit exceeds the Life Cover, it will be reduced to the amount of the remaining Life Cover.
 - iii) In the case of a Joint Life Policy, as Critical Illness Benefit is paid on a first event basis, then such Benefit is cancelled by payment of the first claim.
 - iv) Waiver of Premium (if included in the Policy) can continue.
 - v) The Company will issue a Change Notification Advice showing the reduced Benefits.
 - vi) The premium amount will not change.

3. If a Partial Payment is made under Critical Illness Benefit, then:
 - i) The Life Cover and Critical Illness Benefit will be reduced by the Partial Payment claim amount.
 - ii) If the Policy includes Permanent and Total Disability Benefit, this may remain on the Policy but if the Permanent and Total Disability Benefit exceeds the Life Cover, it will be reduced to the amount of the remaining Life Cover.
 - iii) In all cases, a Partial Payment under Critical illness Benefit is only payable once for each applicable condition for each Policy, on the first valid claim for that condition.
 - iv) Waiver of Premium (if included in the Policy) can continue.
 - v) The Company will issue a Change Notification Advice showing the reduced Benefits.
 - vi) The premium amount will not change.

6.5 **Claiming for Permanent and Total Disability Benefit**

The Policy Owner or their representatives must notify the Company in writing within 60 days of the Life Insured being diagnosed with Permanent and Total Disability. Upon receipt of the completed claim form, the Company will confirm the evidence required before the claim can be considered. In order for the Company to pay a Permanent and Total Disability Benefit claim, an Appropriate Medical Specialist and the Company Medical Officer must both agree that the criteria for Permanent and Total Disability Benefit has been fully met. The Company reserves the right to ask for independent confirmation that any medical treatment is necessary and appropriate and for an opinion on the level of disability.

When a Permanent and Total Disability claim has been admitted and the Benefit paid, then:

1. If the Permanent and Total Disability Benefit is the same as the Life Cover, the Policy will terminate and all other Benefits will cease,
2. If the Permanent and Total Disability Benefit is less than the Life Cover, then:
 - i) The Life Cover will be reduced by the amount of Benefit paid.

- ii) If the policy includes Permanent and Total Disability Benefit, this may remain on the Policy but if the Permanent and Total Disability Benefit exceeds the Life Cover, it will be reduced to the amount of the remaining Life Cover.
- iii) In the case of a Joint Life Policy, as Permanent and Total Disability Benefit is paid on a first event basis, then such Benefit is cancelled by payment of the first claim.
- iv) Waiver of Premium (if included in the Policy) can continue.
- v) The Company will issue a Change Notification Advice showing the reduced Benefits.
- vi) The premium amount will not change.

6.6 **Claiming Both Critical Illness Benefit and Permanent and Total Disability Benefit ('Both Benefits')**

When the Policy includes both Critical Illness Benefit and Permanent and Total Disability Benefit, consideration will be given to paying both Benefits due to the severe ramifications of an illness or injury suffered by a Life Insured.

An Appropriate Medical Specialist and the Company Medical Officer must both agree that the criteria for the relevant Critical Illness definition and the definition for Total and Permanent Disability has been fully met. The Company reserves the right to ask for independent confirmation that any medical treatment is necessary and appropriate, and for an opinion on the level of disability.

For the purposes of this Condition, Total Cover means the sum of the amounts shown in the Policy Schedule for Critical Illness Benefit and Permanent and Total Disability Benefit.

If after consideration of a joint claim for both of these Benefits, it is possible to admit a claim for one Benefit but not the other, the provisions of Condition 6.4 or 6.5 will apply to whichever of Critical Illness Benefit or Permanent and Total Disability is admitted.

When a claim for Both Benefits has been admitted and paid, then:

1. If the Total Cover for Both Benefits is equal to or greater than the Life Cover, then the Company will pay the Life Cover amount only (as both Critical Illness Benefit and Permanent and Total Disability are considered advance payments of the Life Cover as defined in Condition 2.1) and the Policy will terminate and all Benefits will cease,
2. If the Total Cover for Both Benefits is less than the Life Cover, then:
 - i) The Life Cover will be reduced by the amount of Total Cover paid.
 - ii) In the case of a Joint Life Policy, as both Critical Illness Benefit and Permanent and Total Disability Benefit are paid on a first event basis, then both Benefits are cancelled by payment of the first claim.
 - iii) Waiver of Premium (if included in the Policy) can continue.
 - iv) The Company will issue a Change Notification Advice showing the reduced Benefits.
 - v) The premium amount will not change.

6.7 **Claiming for Waiver of Premium Benefit**

The Policy Owner or their representatives must notify the Company in writing within 60 days of the Life Insured being diagnosed with total disability. Upon receipt of the completed claim form, the Company will confirm what evidence is required before the claim can be considered. In order for the Company to waive premiums under the Waiver of Premium Benefit, an Appropriate Medical Specialist and the Company Medical Officer must both agree that the criteria for total disability has been fully met.

The Company reserves the right at any time to request evidence to support the ongoing disability of the Life Insured and at the Company's discretion, the Life Insured shall, when requested by the Company supply documents, medical evidence, reports signed by a medical practitioner approved or appointed by the Company, and shall submit themselves to be examined by a medical practitioner approved or appointed by the Company. The Life Insured must take every reasonable action, including

having any appropriate medical or surgical procedure and without limitation take every reasonable step to lessen the disability in order that the Life Insured no longer meets the criteria for total disability applicable to their circumstances at the time.

The Company reserves the right to ask for independent confirmation that any medical treatment is necessary and appropriate and on the level of total disablement.

7. **Beneficiary Nomination**

The Policy Owner may nominate in writing a Beneficiary to receive the Life Cover subject to the Company's consent and to any terms, conditions or restrictions which the Company may reasonably, from time to time, impose.

The Policy Owner may revoke the nomination of a Beneficiary or may nominate a different Beneficiary in the place of a previously nominated Beneficiary.

Any assignment or transfer of the Policy to a third party shall automatically revoke any existing Beneficiary nomination.

In the event of a valid claim for Terminal Illness Benefit, Critical Illness Benefit or Permanent and Total Disability Benefit, subject to the Policy Terms and Conditions the claim shall be paid to the Policy Owner and not the nominated Beneficiary. In the event of a valid claim for Waiver of Premium Benefit, Policy premiums are waived by the Company and no payment is made to the Policy Owner or Beneficiary.

Any Beneficiary who becomes entitled to payment of the Life Cover shall have the right to enforce the terms of the Policy as a third party as set out in the provisions of the Isle of Man Contracts (Rights of Third Parties) Act 2001 or the laws of the United Arab Emirates. The terms of the Policy and the Cover may be amended or varied without the Beneficiary's consent.

8. Law and Interpretation

The Policy is governed by, and shall be construed in accordance with, the laws of the United Arab Emirates and the Company will submit to the non-exclusive jurisdiction of any competent legal authority in United Arab Emirates in respect of any litigation arising out of the Policy.

Except where provided for in Condition 7, the Policy and its Terms and Conditions shall not be enforceable by virtue of the United Arab Emirates applicable laws or the Isle of Man Contracts (Rights of Third Parties) Act 2001, or any other similar law in any other jurisdiction, by any person or party who is not a party to it.

This Policy has been designed to meet legal and regulatory requirements for customers resident in the country in which the Policy was purchased. Should the Policy Owner or the Life Insured move to another country during the term of the Policy, it may no longer be suitable. Laws and regulations in a different country may affect the Company's ability to continue to service the Policy in accordance with these Policy Terms and Conditions and the Company may no longer be able to provide the Cover under the Policy.

The Policy Owner must advise the Company of any change to country of residence during the term of the Policy prior to such change becoming effective. In these circumstances, and subject to the Policy Owner's consent, the Company may provide contact details to another Company within the Zurich Insurance Group in order to check whether there is an alternative product suited to the new situation and country of residence.

The Company does not offer tax or financial advice and recommends that independent advice is obtained in respect of any tax or financial consequences which may arise from a change in country of residence.

9. Right to Cancel

Policy Owners resident in the United Arab Emirates have the right to cancel a Policy and obtain a refund of any premiums paid by giving written notice to the Company to the registered office of the Company. This notice must be received by the Company no more than 30 days from the date of issue of the Policy documents.

10. Assignments

To assign the Policy, the Policy Owner must send the Company a completed assignment form and provide any information and evidence the Company reasonably requests to confirm the identity of the Policy Owner and the assignee. No assignment will be processed unless and until it is agreed by the Company in writing. Any assignment to a person resident in a different country from the Policy Owner may be subject to Condition 8.

11. Anti-Money Laundering Regulations

The Policy Owner will supply the Company with any such information or documents that the Company requests in order to comply with the Anti-Money Laundering Regulations in the Isle of Man or any other relevant jurisdiction. The Company can only proceed with the allocation of premiums or the payment of any amounts due to the Policy Owner or his representative when the information provided complies with the Regulations. Failure to provide such information will delay or prohibit the allocation of premiums or the payment of any Cover.

All payments from the Policy will be subject to any applicable trade or economic sanctions.

12. Changes to the Policy Terms and Conditions

To the extent that any change is proportionate and reasonably required, the Company may alter the Policy Terms and Conditions to take into account a decision by a court, governmental body, ombudsman, regulator, industry body or other similar body or to take account of changes to law, taxation, official guidance, or applicable codes of practice.

The Company will give notice to the Policy Owner of any changes to the Terms and Conditions 30 days before the change takes place where it is possible to do so. Where this is not possible, the Company will give notice to the Policy Owner as soon as it reasonably can.

13. Policy Owner/Life Insured changes of contact details

The Company will use the address shown in the application form for all correspondence until it is notified otherwise. **The Policy Owner must inform the Company in writing of any change in name or contact details and the Company may require documentary evidence to substantiate such a change.**

14. Notices to the Company

The Company will not be affected by notice of any assignment, Beneficiary nomination or exercise of any right relating to the Policy unless notice in writing of that assignment, nomination or exercise has been received by the Company.

15. Incorrect date of birth of the Life Insured

If the date of birth of the Life Insured stated in the Policy Schedule is not correct due to information provided on the application form, an adjustment may be made by the Company to the Cover.

16. Force Majeure

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

17. Context

Throughout the Policy where the context allows, words in the singular shall include the plural, the masculine gender shall include the feminine, and vice versa.

18. Data Protection and Disclosure Information

The personal information, including health information, that is supplied or is derived from relevant background checks may be held and used by Zurich International Life Limited (the Company) in the following ways:

- to process, evaluate and administer the contracts/policies/claims
- to prevent and detect fraud and financial crime
- to comply with any legal and/or regulatory obligations
- to disclose to any relevant tax authority or governmental, regulatory or other bodies as required by law, regulation, codes or guidelines
- to perform accounting, statistical and research activities.

In order to carry out the above the Company may need to pass the information, including personal sensitive data, to:

- Zurich Insurance Group companies, re-insurers, reference agencies, auditors, third parties who provide relevant services to the Company and relevant financial professionals
- any appointed third party to the policy such as trustee (including trust Administrator)
- countries outside the Isle of Man (or the Company's regional branches) that may not have equivalent levels of data protection; however the Company would be responsible for ensuring that equivalent levels of protection are maintained
- public bodies including the police, or insurers' database.

The company shall not be liable for any loss or damage where the Company exercises its right to disclose or withhold information pursuant to lawful order or otherwise in accordance with the applicable regulations.

The Company will communicate as appropriate using the contact details that have been supplied. Where more than one form of contact details has been provided, the most appropriate method of communication will be used depending on the urgency and sensitivity of the information as determined by the Company.

Telephone calls may be recorded or monitored in order to offer additional security, resolve complaints and for training, administrative and quality purposes.

Where third party personal information (including, but not limited to, account signatories), has been provided, prior authorisation must have been received from the third party to disclose such information to the Company, to consent on their behalf to the processing of their personal data, including sensitive data (where applicable) and, specifically, any overseas transfers of such data within and outside the European Economic Area, and also to receive any data protection notices on their behalf.

Individuals are entitled to receive (from the Company's Data Protection Officer) a copy of their personal data held by the Company (and may be charged the statutory fee for this) and to have any errors corrected.

19. Compensation Schemes

The Policy Owner is protected under the Isle of Man (Compensation of Policyholders) Regulations 1991. If the Company is unable to meet its liabilities under the Policy, the Scheme will provide the Policy Owner with compensation of up to 90% of the liability of the Company under the Policy.

20. Complaints

If you ever need to complain about your Policy, please contact us in the first instance, using the address or the contact numbers in the 'How to contact us' section. Details of our complaint handling process are available on our website www.zurichinternational.com.

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

United Arab Emirates regulator:

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

You also have the option to refer your complaint to the Isle of Man dispute resolution service, the Isle of Man Financial Services Ombudsman Scheme (FSOS) to formally review your case. The FSOS details are:

The Financial Services Ombudsman Scheme
Isle of Man Office of Fair Trading
Government Building Lord Street,
Douglas Isle of Man, IM1 1LE British Isles

Telephone: +44 1624 686500
Email: ombudsman@iomoft.gov.im
Website: www.gov.im/oft

Complaining to the Ombudsman will not affect your legal rights. You should note that companies and trusts are not eligible to refer a complaint to the Ombudsman.

21. Critical Illness definitions

'Critical Illness' means any one of the following:

i) **Aorta graft surgery – for disease and trauma**

The undergoing of surgery for disease or following traumatic injury to the aorta with excision and surgical replacement of a portion of the diseased aorta with a graft.

The term aorta includes the thoracic and abdominal aorta but not its branches.

For the above definition, the following are not covered:

- Any other surgical procedures, for example the insertion of stents or endovascular repair.

ii) **Aplastic anaemia – resulting in permanent symptoms**

Bone marrow failure that results in permanent anaemia, neutropenia and thrombocytopenia requiring as a minimum one of the following treatments:

- marrow stimulating agents,
- bone marrow transplant,
- blood transfusion,
- immunosuppressive agents.

The diagnosis must be confirmed by a haematologist.

For the above definition the following are not covered:

- Other forms of anaemia.

iii) **Bacterial meningitis – resulting in permanent symptoms**

The unequivocal diagnosis of bacterial meningitis resulting in permanent neurological deficit with persisting clinical symptoms or physical deficit.

For the above definition, the following are not covered:

- Other forms of meningitis, including viral meningitis.

iv) **Benign brain tumour – resulting in permanent symptoms**

A non-malignant tumour or cyst in the brain, cranial nerves or meninges within the skull, resulting in permanent neurological deficit with persisting clinical symptoms.

The requirement for permanent neurological deficit with persisting clinical symptoms will be waived if the benign brain tumour is surgically removed.

For the above definition, the following are not covered:

- Tumours in the pituitary gland.
- Angiomas.

v) **Blindness – permanent and irreversible**

Permanent and irreversible loss of sight to the extent that even when tested with the use of visual aids, vision is measured at 3/60 or worse in the better eye using a Snellen eye chart.

For the above definition, the following are not covered:

- Deliberate injury to the Life Insured by a Policy Owner.
- Intentional self-inflicted injury.

vi) **Cancer – excluding less advanced cases**

Any malignant tumour positively diagnosed with histological confirmation and characterised by the uncontrolled growth of malignant cells and invasion of tissue.

The term malignant tumour includes leukaemia, sarcoma and lymphoma except cutaneous lymphoma (lymphoma confined to the skin).

For the above definition, the following are not covered:

All cancers which are histologically classified as any of the following:

- pre-malignant;
- non-invasive;

- cancer in situ;
- having either borderline malignancy; or having low malignant potential.

All tumours of the prostate unless histologically classified as having a Gleason score greater than 6 or having progressed to at least clinical TNM classification T2N0M0.

Chronic lymphocytic leukaemia unless histologically classified as having progressed to at least Binet Stage A.

Any skin cancer (including cutaneous lymphoma) other than malignant melanoma that has been histologically classified as having caused invasion beyond the epidermis (outer layer of skin).

vii) **Coma – with permanent symptoms**

A state of unconsciousness with no reaction to external stimuli or internal needs which:

- requires the use of life support systems for a continuous period of at least 96 hours; and
- results in permanent neurological deficit with persisting clinical symptoms; and
- is not an artificial (medically induced) coma for therapeutic reasons.

For the above definition the following are not covered:

- Coma secondary to alcohol, drug or chemical abuse.

viii) **Coronary artery bypass grafts – with surgery to divide the breastbone**

The undergoing of surgery requiring median sternotomy (surgery to divide the breastbone) on the advice of a consultant cardiologist to correct narrowing or blockage of one or more coronary arteries with bypass grafts.

If you are included on an official waiting list in a specified country (for the list of countries please refer to the specified country list below), solely for coronary artery bypass surgery, up to 20% of the Critical Illness Cover amount can be advanced to enable the surgery to be performed.

Specified country list:

Andorra, Australia, Austria, Bahrain, Belgium, Bulgaria, Canada, Channel Islands, Croatia, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Estonia, Finland, France, Germany, Gibraltar, Greece, Hong Kong, Hungary, Isle of Man, Iceland, Italy, Japan, Kuwait, Latvia, Liechtenstein, Lithuania, Luxembourg, Macau, Malaysia, Malta, Monaco, Netherlands, New Zealand, Norway, Oman, Poland, Portugal, Qatar, Republic of Ireland, Republic of Macedonia, Romania, San Marino, Saudi Arabia, Singapore, Slovakia, Slovenia, Spain, South Africa, Sweden, Switzerland, Turkey, United Arab Emirates, United Kingdom, United States of America.

If you are included on an official waiting list in India solely for coronary artery bypass surgery, the lower of 20% of the Critical Illness Cover amount or USD15,000 (or currency equivalent determined by the Company) can be advanced to enable the surgery to be performed.

ix) **Creutzfeldt-Jakob disease – requiring continuous assistance**

The unequivocal diagnosis of Creutzfeldt- Jakob disease, made by a consultant neurologist, evidenced by a significant reduction in mental and social functioning such that continuous supervision or assistance by a third party is required.

x) **Deafness – permanent and irreversible**

Permanent and irreversible loss of hearing to the extent that the loss is greater than 95 decibels across all frequencies in the better ear using a pure tone audiogram.

For the above definition, the following are not covered:

- Deliberate injury to the Life Insured by a Policy Owner.
- Intentional self-inflicted injury.

xi) **Dementia (including Alzheimer's disease) before age 65 – resulting in permanent symptoms**

A definite diagnosis before age 65 of Dementia or Alzheimer's disease by a consultant neurologist.

The diagnosis must confirm permanent irreversible failure of brain function resulting in significant cognitive impairment for which no other recognizable cause has been identified. Significant cognitive impairment means a deterioration or loss of intellectual capacity including the ability to:

- remember;
- reason; and
- perceive, understand, express and give effect to ideas,

that results in a requirement for continual supervision to protect the Life Insured or others.

For the above definition, the following is not covered:

- Dementia relating to alcohol, drug abuse or AIDS.

xii) **Ductal Carcinoma in Situ of the Breast – with specific treatment (Partial Payment)**

The Company will pay the lower of 12.5% of the Critical Illness Sum Insured shown in the Policy Schedule (or any subsequent Change Notification Advice), or USD20,000

(or currency equivalent determined by the Company), if the Life Insured is diagnosed with a Ductal Carcinoma in Situ (DCIS) of the breast, which is histologically confirmed, and as a result requires total mastectomy, segmentectomy or lumpectomy. The need for the procedure must be confirmed by an oncologist or a breast surgeon.

DCIS of the breast treated by other methods and lobular carcinoma in situ of the breast are specifically excluded.

This benefit is only payable once in the policy lifetime and after payment, the Critical Illness sum insured and Life Cover will be reduced by the amount of the payment.

xiii) **Encephalitis**

A definite diagnosis of encephalitis by a consultant neurologist resulting in permanent neurological deficit with persisting clinical symptoms.

For the above definition, the following is not covered:

- Chronic fatigue syndrome and myalgic encephalomyelitis.

xiv) **Liver failure – end stage**

End stage liver failure due to cirrhosis and resulting in all of the following:

- Permanent jaundice.
- Ascites.
- Encephalopathy.

For the above definition the following is not covered:

- Liver disease secondary to alcohol, drug or chemical abuse.

xv) **Lung disease – end stage/
respiratory failure – of
specified severity**

Confirmation by a consultant physician of severe lung disease which is evidenced by all of the following:

- the need for continuous daily oxygen therapy on a permanent basis;
- evidence that oxygen therapy has been required for a minimum period of six months;
- FEV1 being less than 40% of normal;
- vital capacity less than 50% of normal; and
- dyspnea at rest.

xvi) **Heart attack – of specified severity**

Death of heart muscle, due to inadequate blood supply, that has resulted in all of the following evidence of acute myocardial infarction:

- New characteristic electrocardiographic changes.
- The characteristic rise of cardiac enzymes or Troponins recorded at the following levels or higher:
 - Troponin T > 1.0 ng/ml
 - AccuTnl > 0.5 ng/ml or equivalent threshold with other Troponin I methods.

The evidence must show a definite acute myocardial infarction.

For the above definition, the following are not covered:

- Other acute coronary syndromes including but not limited to angina.

xvii) **Heart valve replacement or
repair – with surgery to divide
the breastbone**

The undergoing of surgery requiring median sternotomy (surgery to divide the breastbone) on the advice of a consultant cardiologist to replace or repair one or more heart valves.

xviii) **HIV infection – caught in a
specified country* from a blood
transfusion, a physical assault or
work in an eligible occupation**

Infection by Human Immunodeficiency Virus resulting from:

- a blood transfusion given as part of medical treatment;
- a physical assault; or
- an incident occurring during the course of performing normal duties of employment from the eligible occupations listed below after the Date Risk Assumed of the Policy and satisfying all of the following:

- The incident must have been reported to appropriate State and professional authorities and have been investigated in accordance with the established procedures.

- Where HIV infection is caught through a physical assault or as a result of an incident occurring during the course of performing normal duties of employment, the incident must be supported by a negative HIV antibody test taken within 10 days of the incident.

- There must be a further HIV test within 12 months confirming the presence of HIV or antibodies to the virus.

- The incident causing infection must have occurred in a specified country (as defined in the Policy Conditions).

For the above definition, the following is not covered:

- HIV infection resulting from any other means, including sexual activity or drug abuse.

The eligible occupations are:

- a member of the medical or dental professions;
- a police, prison or fire officer;
- a pharmacist, laboratory assistant or an employee in a medical facility.

***Specified country list:**

Andorra, Australia, Austria, Bahrain, Belgium, Bulgaria, Canada, Channel Islands, Croatia, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Estonia, Finland, France, Germany, Gibraltar, Greece, Hong Kong, Hungary, Isle of Man, Iceland, Italy, Japan, Kuwait, Latvia, Liechtenstein, Lithuania, Luxembourg, Macau, Malaysia, Malta, Monaco, Netherlands, New Zealand, Norway, Oman, Poland, Portugal, Qatar, Republic of Ireland, Republic of Macedonia, Romania, San Marino, Saudi Arabia, Singapore, Slovakia, Slovenia, Spain, South Africa, Sweden, Switzerland, Turkey, United Arab Emirates, United Kingdom, United States of America.

xix) **Kidney failure – requiring dialysis**

End stage kidney disease presenting as chronic irreversible failure of both kidneys to function. This must be evidenced by the undergoing of regular renal dialysis or undergoing a renal transplantation.

xx) **Loss of independent existence – resulting in permanent symptoms**

A condition which means that the Life Insured is, as a result of a disease, illness or accident, permanently, totally and irreversibly unable to perform the activities in four of the six following categories, without the assistance of someone else:

- i. Personal hygiene – washing or bathing to the extent needed to maintain personal cleanliness.
- ii. Dressing – putting on and taking off all necessary clothes.
- iii. Mobility – moving from one room to another or getting in and out of a bed or chair.
- iv. Eating and drinking – eating and drinking once food and drink has been prepared and made available.

v. Using the lavatory – getting on and off the lavatory and maintaining personal hygiene.

vi. Continence – controlling bowel and bladder functions.

xxi) **Loss of hands or feet – permanent physical severance**

Permanent physical severance of any combination of two or more hands or feet at or above the wrist or ankle joints.

For the above definition, the following are not covered:

- Deliberate injury to the life insured by a Policy Owner.
- Intentional self-inflicted injury.

xxii) **Loss of speech – total, permanent and irreversible**

Total, permanent and irreversible loss of the ability to speak as a result of physical injury or disease.

For the above definition, the following is not covered:

- loss of speech arising from a psychiatric or psychological disorder.

xxiii) **Major organ transplant**

The undergoing as a recipient of a transplant, to replace a diseased or damaged organ, of bone marrow including human bone marrow using haematopoietic stem cells preceded by total bone marrow ablation or of one of the following complete human organs: heart, kidney, liver, lung or pancreas or inclusion on an official waiting list in a specified country (for the list of countries refer to specified country list below), solely for such a procedure.

For the above definition, the following are not covered:

- Other than the above, stem cell transplants are excluded.
- Transplant of parts of organs, tissues or cells or any other organs.

Specified country list:

Andorra, Australia, Austria, Bahrain, Belgium, Bulgaria, Canada, Channel Islands, Croatia, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Estonia, Finland, France, Germany, Gibraltar, Greece, Hong Kong, Hungary, Isle of Man, Iceland, Italy, Japan, Kuwait, Latvia, Liechtenstein, Lithuania, Luxembourg, Macau, Malaysia, Malta, Monaco, Netherlands, New Zealand, Norway, Oman, Poland, Portugal, Qatar, Republic of Ireland, Republic of Macedonia, Romania, San Marino, Saudi Arabia, Singapore, Slovakia, Slovenia, South Africa, Spain, Sweden, Switzerland, Turkey, United Arab Emirates, United Kingdom, United States of America.

xxiv) **Motor neurone disease – resulting in permanent symptoms**

A definite diagnosis of motor neurone disease by a consultant neurologist.

There must be permanent clinical impairment of motor function and definitive evidence of appropriate and relevant clinical examination findings (e.g. Electromyography, Electroneurography, Nerve Conduction Velocity).

xxv) **Multiple sclerosis – with persisting symptoms**

A definite diagnosis of multiple sclerosis by a consultant neurologist. There must be current clinical impairment of motor or sensory function, which must have persisted for a continuous period of at least six months.

xxvi) **Open heart surgery – with surgery to divide the breastbone**

The undergoing of surgery requiring median sternotomy (surgery to divide the breastbone) on the advice of a consultant cardiologist, to correct a structural abnormality of the heart.

xxvii) **Paralysis of limbs – total, permanent and irreversible**

Total, permanent and irreversible loss of muscle function to the whole of any two limbs as a result of physical injury or disease.

For the above definition, the following is not covered:

- loss of function arising from a psychiatric or psychological disorder.

xxviii) **Parkinson’s disease before age 65 – resulting in permanent symptoms**

A definite diagnosis of Parkinson’s disease before age 65 by a consultant neurologist.

There must be permanent clinical impairment of motor function with associated tremor, and muscle rigidity.

For the above definition, the following are not covered:

- Parkinson’s disease secondary to drug, alcohol or chemical abuse.
- Other Parkinsonian syndromes.

xxix) **Primary pulmonary arterial hypertension – resulting in permanent symptoms**

Primary pulmonary arterial hypertension with substantial right ventricular enlargement established by investigations including cardiac catheterisation, resulting in permanent irreversible physical impairment to the degree of at least Class III of the New York Heart Association Classification of cardiac impairment.

For the purposes of this condition, NYHA Class III (as classified):

- a marked limitation of physical activity of the person covered due to symptoms of less than ordinary activity causing fatigue, palpitations, dyspnoea or anginal pain. The person covered is only comfortable at rest.

xxx) **Stroke – with permanent symptoms**

Death of brain tissue due to inadequate blood supply or haemorrhage within the skull resulting in permanent neurological deficit with persisting clinical symptoms.

The diagnosis has to be confirmed by a Consultant Neurologist with the evidence of new changes on a CT or MRI scan or other reliable imaging techniques.

For the above definition, the following are not covered:

- traumatic injury to brain tissue or blood vessels.
- cerebral symptoms due to transient ischaemic attacks, reversible neurological deficit, migraine, cerebral injury resulting from trauma or hypoxia, disturbances of vision or balance due to disease of the eye, nerve or vestibular apparatus of the ear.

xxxii) **Systemic lupus erythematosus – of specified severity**

A definite diagnosis of systemic lupus erythematosus (SLE) by a consultant rheumatologist where either of the following are also present:

Severe kidney involvement with SLE as evidenced by:

- permanent impaired renal function with a glomerular filtration rate (GFR) below 30 ml/min/1.73m² and
- abnormal urinalysis showing proteinuria or haematuria,

or

Severe Central Nervous System (CNS) involvement with SLE as evidenced by:

- permanent deficit of the neurological system as evidenced by at least any one of the following symptoms, which must be present on clinical examination and expected to last for the remainder of the claimant's life:
 - paralysis
 - localised weakness
 - dysarthria (difficulty with speech)
 - aphasia (inability to speak)
 - dysphagia (difficulty in swallowing)
 - difficulty in walking, lack of coordination
 - severe dementia where the insured needs constant supervision
 - permanent coma.

For the purposes of this definition:

- seizures, headaches, fatigue, lethargy or any symptoms of psychological or psychiatric origin will not be accepted as evidence of permanent deficit of the neurological system.

To avoid doubt, all other forms of SLE are specifically excluded from the cover provided by this Policy.

xxxiii) **Terminal illness**

A definite diagnosis by an appropriate attending consultant of an illness that satisfies both of the following:

- The illness either has no known cure or has progressed to the point where it cannot be cured; and
- In the opinion of the attending consultant, the illness is expected to lead to death within 12 months.

xxxiii) **Third-degree burns – covering 20% of the body’s surface area or 50% of the face’s surface area**

Burns that involve damage or destruction of the skin to its full depth through to the underlying tissue and covering at least 20% of the body’s surface area or covering 50% of the face’s surface area.

For the above definition, the following are not covered:

- Deliberate injury to the Life Insured by a Policy Owner.
- Intentional self-inflicted injury.

xxxiv) **Traumatic head injury – with permanent symptoms**

Death of brain tissue due to traumatic injury caused by external means and confirmed by new changes on a CT or MRI scan, resulting in permanent neurological deficit with persisting clinical symptoms assessed and confirmed by a Consultant Neurologist no later than 6 weeks from the traumatic injury.

22. How to contact us

Your relevant financial professional will normally be your first point of contact. If you wish to contact us, you can phone us, fax, email or write to us:



Phone: + 971 4 363 4567
Sunday to Thursday between
8am and 5pm.



Email: helppoint.uae@zurich.com



Write to:
Zurich HelpPoint
Zurich International Life
P.O. Box 50389,
Level 4
Building 3
Emaar Square,
Dubai,
United Arab Emirates

Zurich International Life Limited is registered (Registration No. 63) under UAE Federal Law Number 6 of 2007, and its activities in the UAE are governed by such law.

Zurich International Life is a business name of Zurich International Life Limited which provides life assurance, investment and protection products and is authorised by the Isle of Man Financial Services Authority.

Registered in the Isle of Man number 20126C.

Registered office: 43-51 Athol Street, Douglas, Isle of Man, IM99 1EF, British Isles.
Telephone +44 1624 662266 Telefax +44 1624 662038 www.zurichinternational.com

زوريخ انترناشيونال لايف ليمتد مسجلة بموجب القانون الاتحادي رقم 6 لسنة 2007 لدولة الإمارات العربية المتحدة) رقم التسجيل 63 (وتخضع أنشطتها في الإمارات العربية المتحدة لهذا القانون. قد يتم تسجيل أو مراقبة المكالمات لتقديم المزيد من الأمان وحل الشكاوى ولأغراض التدريب والجودة. وللأغراض الإدارية.

زوريخ انترناشيونال لايف هو اسم تجاري لزوريخ انترناشيونال لايف ليمتد والتي تقدم منتجات تأمين على الحياة. واستثمار وحماية، وهي مفوضة من قبل هيئة الخدمات المالية في آيل أوف مان.

مسجلة في جزيرة مان برقم 20126C.

Registered office: 43-51 Athol Street, Douglas, Isle of Man, IM99 1EF, British Isles.
Telephone +44 1624 662266 Telefax +44 1624 662038 www.zurichinternational.com

23. كيفية الاتصال بنا

يرجى تذكر أن المتخصص المالي المعني الخاص بك عادة ما يكون هو أول نقطة اتصال إذا رغبت في التواصل معنا، يمكنك الاتصال أو إرسال رسالة بريد إلكتروني أو الكتابة إلينا

الهاتف: + 971 4 363 4567 
من الأحد إلى الخميس، من 8 صباحاً
وحتى 5 مساءً.

البريد الإلكتروني: 
helppoint.uae@zurich.com

عنوان المراسلة: 
زيورخ إنترناشيونال لايف،
فريق HelpPoint لدى زيورخ،
صندوق بريد 50389،
المستوى 4، المبنى 3، إعمار سكوير،
دبي، الإمارات العربية المتحدة.

أو

(xxxiii) حروق من الدرجة الثالثة – تغطي 20% من سطح الجسم أو 50% من سطح الوجه

الحروق التي تتسبب في إتلاف أو تدمير البشرة حتى عمقها الكامل عبر الأنسجة الداخلية والتي تغطي 20% على الأقل من سطح الجسم أو 50% من سطح الوجه وبالنظر للتعريف أعلاه، فإنه لا يتم تغطية ما يلي:

- الإصابة المتعمدة للمؤمن له على الحياة من قبل أحد المشتركين في الوثيقة.
- الإصابة الذاتية المتعمدة.

(xxxiv) إصابة الدماغ الرضية – مع أعراض دائمة

موت الأنسجة الدماغية بسبب إصابة رضية ناتجة عن عوامل خارجية وتؤكد ذلك من خلال تصوير التغيرات عبر أشعة مقطعية أو أشعة رنين مغناطيسي، وتسبب ذلك في خلل عصبي دائم مصاحب بأعراض سريرية مستمرة تم تقييمها وتأكيدها من قبل استشاري أمراض عصبية في موعد لا يتعدى 6 أسابيع من الإصابة الرضية.

أعراض حادة بالجهاز العصبي المركزي مصاحبة للذنبية الحمراء الجهازية الثابتة من خلال:

- خلل دائم بالجهاز العصبي يثبتته واحد على الأقل من الأعراض التالي ذكرها والتي يتحتم وجودها عند الفحص السريري ويتوقع أن تستمر لما تبقى من عمر المطالب.

– الشلل

– الضعف الموضعي

– الرثة (صعوبة الكلام)

– الحبسة (عدم القدرة على الكلام)

– عسر البلع (صعوبة في البلع)

– صعوبة المشي، عدم تناسق الخطوات

– خرف حاد يحتاج المؤمن له على الحياة معه إلى الرعاية الدائمة.

– غيبوبة دائمة

لأغراض هذا التعريف:

- لن تقبل النوبات، الصداع، الإجهاد، الخمول أو أي أعراض ترجع لسبب عقلي أو نفسي كدليل على وجود خلل دائم بالجهاز العصبي.

ولتجنب الشك، تستبعد على وجه الخصوص كافة الأشكال الأخرى من الذنبية الحمراء الجهازية من التغطية التي توفرها هذه الوثيقة.

(xxxii) المرض المميت

تشخيص قاطع يجريه استشاري مختص مباشر للحالة يفيد أنه قد تحقق ما يلي:

- ليس للمرض علاج معروف أو أنه وصل إلى مرحلة اللاعلاج.

- التوقع أن يفضي المرض إلى الوفاة في غضون 12 شهراً بحسب رأي الاستشاري المباشر للحالة.

لأعراض هذا الشرط، تشمل الفئة الثالثة من تصنيف جمعية أطباء القلب في نيويورك (بحسب ما جاء في التصنيف):

– القصور الواضح في النشاط البدني للشخص الخاضع للتغطية جراء أعراض تسبب النشاط الأقل من الاعتيادي في الإجهاد أو الخفقان أو البحة في الصوت أو ألم الذبحة الصدرية. لا يشعر الشخص الخاضع للتغطية بالارتياح إلا عند الاستراحة وعدم القيام بأي نشاط.

(xxx) **السكتة الدماغية – ذات الأعراض الدائمة**

موت الأنسجة الدماغية جراء نقص تدفق الدم أو حدوث نزيف في الجمجمة مما ينتج عنه عجز عصبي دائم مصاحب لأعراض سريرية مستمرة.

يتحتم أن يؤكد أحد استشاريي الأعصاب هذا التشخيص مع إثبات التغيرات الجديدة عن طريق الأشعة المقطعية أو أشعة الرنين المغناطيسي أو غير ذلك من آليات التصوير الموثوقة.

وبالنظر للتعريف أعلاه، فإنه لا يتم تغطية ما يلي:

• الإصابة الرضية في الأنسجة الدماغية أو الأوعية الدموية.

• الأعراض الدماغية الناتجة عن النوبات الإقفارية العابرة، الأمراض العصبية القابلة للعلاج، الصداع النصفي، الجرح الدماغى الناتج عن صدمة أو نقص الأكسجين في الدم، أو اضطرابات الرؤية أو التوازن بسبب مرض بالعين أو بالعصب أو بالجهاز الدهليزي للأذن.

(xxxi) **الذئبة الحمراء الجهازية – ذات الخطورة المحددة**

تشخيص قاطع للإصابة بداء الذئبة الحمراء الجهازية يجريه استشاري روماتيزم حيث يصاحبها أي مما يلي:

أعراض كلوية حادة مصاحبة للذئبة الحمراء الجهازية تثبت من خلال:

• خلل دائم بوظيفية الكلية حيث تقل سرعة الترشيح الكبيبي عن 30 مل/دقيقة/1.73 م².

• تحليل غير عادي للبول يوضح وجود البيلة البروتينية أو الدموية

(xxv) **التصلب المتعدد – المصاحب بأعراض مزمنة**

تشخيص قاطع لمرض التصلب المتعدد يجريه استشاري أمراض عصبية. يتحتم وجود عجز سريري قائم للوظيفة الحركية أو الحسية، ويتوجب استمراره طوال فترة ستة أشهر على الأقل.

(xxvi) **جراحة القلب المفتوح – تشتمل على فصل عظم القص**

الخضوع لجراحة تتطلب شقاً بطول عظم القص (عملية جراحية لفصل عظم القص) بناء على مشورة استشاري أمراض القلب لتغيير أو إصلاح خلل بنوي في القلب.

(xxvii) **شلل الأطراف – كلي ودائم ولا يرجى علاجه**

فقد كلي ودائم ولا يرجى علاجه لوظيفة عضلية في أي طرفين بالكامل نتيجة ضرر بدني أو مرض.

وبالنظر للتعريف أعلاه، فإنه لا يتم تغطية ما يلي:

• فقدان الوظيفة الناتج عن اضطراب عقلي أو نفسي.

(xxviii) **مرض باركنسون قبل سن 65 – المتسبب في أعراض دائمة**

تشخيص قاطع للإصابة بمرض باركنسون قبل سن 65 يجريه استشاري أمراض عصبية.

يتحتم وجود عجز سريري دائم لوظيفة حركية يصاحبه بارتجاج وتيبس عضلي.

وبالنظر للتعريف أعلاه، فإنه لا يتم تغطية ما يلي:

• مرض باركنسون الثانوي الناجم عن شرب الكحوليات أو تعاطي المخدرات أو سوء استخدام المواد الكيميائية.

• المتلازمات الأخرى لمرض باركنسون.

(xxix) **ارتفاع ضغط الشريان الرئوي الأولي – المتسبب في أعراض دائمة**

ارتفاع ضغط الشريان الرئوي الأولي المصاحب بتضخم كبير في البطين الأيمن الثابت من الفحوصات بما في ذلك قسطرة القلب والذي ينتج عنه عجز بدني دائم لا يرجى علاجه مع تصنيف قصور القلب في الفئة الثالثة على الأقل حسب تصنيف جمعية أطباء القلب في نيويورك.

- (xx) **عدم القدرة على الاعتماد على النفس – المتسبب في أعراض دائمة**
- هي حالة تعني أن الشخص المؤمن له على الحياة غير قادر نهائيًا وبشكل كلي ومزمن على القيام بأربعة من الأنشطة الستة التالية – نتيجة لمرض أو علة أو حادث – دون مساعدة من احد:
- (i) النظافة الشخصية - الاغتسال أو الاستحمام للحفاظ على النظافة الشخصية اللازمة.
- (ii) ارتداء الملابس – ارتداء أو خلع جميع الملابس الضرورية.
- (iii) التحرك – الانتقال من حجرة إلى أخرى أو الجلوس على كرسي أو سرير والنهوض منهما.
- (iv) المأكل والمشرب – الأكل والشرب بمجرد الانتهاء من إعداد الطعام وتوافره.
- (v) استخدام المراض – الدخول والخروج من المراض والحفاظ على النظافة الشخصية.
- (vi) الحصر – التحكم في التبول والتبرز.
- (xxi) **فقد اليدين أو القدمين – بتر بدني دائم**
- هو بتر بدني دائم ليدين أو قدمين أو أكثر من عند المعصم أو الكاحل أو فوقهما.
- وبالنظر للتعريف أعلاه، فإنه لا يتم تغطية ما يلي:
- الإصابة المتعمدة للمؤمن عليه من قبل أحد المشتركين في الخطة التأمينية.
 - الإصابة الذاتية المتعمدة.
- (xii) **عدم القدرة على الكلام – بشكل كلي ودائم ولا يرجى علاجه**
- فقد كلي ودائم ولا يرجى علاجه للقدرة على الكلام نتيجة ضرر بدني أو مرض.
- وبالنظر للتعريف أعلاه، فإنه لا يتم تغطية ما يلي:
- فقدان النطق الناتج عن اضطراب عقلي أو نفسي.
- (xiii) **زراعة عضو رئيسي**
- الخضوع لعملية زرع لاستبدال عضو مريض أو تالف، بما في ذلك نخاع العظام البشري باستخدام زرع خلايا الدم الجذعية المسبوقه باستخدام كامل لنخاع العظام أو أحد الأعضاء البشرية الكاملة التالية: القلب أو الكلية أو الكبد أو الرئة أو البنكرياس أو الإدراج في قائمة الانتظار الرسمية في دولة معينة (للاطلاع على قائمة الدول يرجى الرجوع إلى قائمة الدول المعنية أدناه)، لغرض هذا الإجراء فقط.
- وبالنظر للتعريف أعلاه، فإنه لا يتم تغطية ما يلي:
- تُستبعد أي عملية زرع خلايا جذعية غير الواردة أعلاه.
 - زراعة أجزاء الأعضاء أو الأنسجة أو الخلايا أو أعضاء أخرى.
- قائمة الدول المعنية:**
- أندورا، أستراليا، النمسا، البحرين، بلجيكا، بلغاريا، كندا، جزر القنال، كرواتيا، قبرص، جمهورية التشيك، الدنمرك، فنلندا، فرنسا، ألمانيا، جبل طارق، اليونان، هونج كونج، المجر، أيل أوف مان، آيسلندا، إيطاليا، اليابان، الكويت، لاقتيا، ليختنشتاين، ليتوانيا، لوكسمبورج، مالطا، موناكو، هولندا، نيوزيلندا، النرويج، عمان، بولندا، البرتغال، قطر، جمهورية أيرلندا، جمهورية مقدونيا، رومانيا، سان مارينو، المملكة العربية السعودية، سنغافورة، سلوفاكيا، سلوفينيا، أسبانيا، السويد، سويسرا، تركيا، الإمارات العربية المتحدة، المملكة المتحدة، الولايات المتحدة الأمريكية.
- (xxiv) **مرض العصبون الحركي – المتسبب في أعراض دائمة**
- تشخيص قاطع لمرض العصبون الحركي يجريه استشاري أمراض عصبية.
- يُحتم وجود عجز سريري دائم للوظائف الحركية مع تقديم دليل دامغ على سلامة نتائج الفحص السريري ذات الصلة (مثل: تخطيط كهربية العضل وتخطيط كهربية العصب وسرعة توصيل العصب).

ويجب أن يظهر الدليل الاحتشاء الحاد لعضلة القلب بشكل قطعي.

لا يخضع ما يلي للتغطية وفق التعريف أعلاه:

- المتلازمات التاجية الحادة الأخرى – وهذا يشمل على سبيل المثال وليس الحصر – الذبحة الصدرية.

(xvii) تغيير صمام القلب وإصلاحه – عن طريق جراحة لفصل عظم القص

الخضوع لجراحة تتطلب شق بطول عظم القص (عملية جراحية فصل عظم القص) بناء على مشورة استشاري أمراض القلب لتغيير أو إصلاح صمام قلبي أو أكثر.

(xviii) عدوى فيروس نقص المناعة المكتسبة – التي يصاب بها المرء في دولة معينة* عن طريق نقل الدم أو الاعتداء الجسدي أو العمل في وظيفة مستوفية للشروط.

عدوى فيروس نقص المناعة المكتسبة ناجمة عن ما يلي:

- نقل الدم كجزء من المعالجة الطبية؛
- الاعتداء الجسدي؛

• وقوع حادث أثناء أداء المهام الوظيفية للمهن المستوفية للشروط المدرجة أدناه بعد تاريخ بدء المخاطر المفترض في وثيقة التأمين شريطة أن يستوفي ذلك كل ما يلي:

– التبليغ عن الحادث إلى الجهة المعنية والسلطات المهنية والتحقيق فيه وفقاً للإجراءات الموضوعية لذلك.

– حيثما تكون الإصابة بعدوى فيروس نقص المناعة المكتسبة عن طريق الاعتداء الجسدي أو عن طريق حادث أثناء القيام بواجبات العمل الاعتيادية، يجب تدعيم الحادث باختبار سالب للأجسام المضادة لفيروس نقص المناعة المكتسبة في غضون 10 أيام من وقوع الحادث.

– يجب إجراء اختبار آخر لفيروس نقص المناعة المكتسبة في غضون 12 شهراً للتأكد من وجود فيروس نقص المناعة المكتسبة أو الأجسام المضادة.

– يجب أن يكون الحادث المسبب للإصابة قد وقع في دولة محددة (وفقاً لما هو منصوص عليه في شروط وثيقة التأمين).

وبالنظر للتعريف أعلاه، فإنه لا يتم تغطية ما يلي:

- العدوى بفيروس نقص المناعة المكتسبة عن طريق أية وسيلة أخرى، بما في ذلك نشاط جنسي أو تعاطي المخدرات.

الوظائف المستوفية للشروط هي:

– عضو في الهيئات الصحية للطب العام أو طب الأسنان.

– رجل شرطة أو موظف في مصلحة السجون أو رجل مطافي.

– صيدلي أو مساعد في مختبر أو موظف في منشأة طبية.

*قائمة الدول المحددة:

أندورا، أستراليا، النمسا، البحرين، بلجيكا، بلغاريا، كندا، جزر القنال، كرواتيا، قبرص، جمهورية التشيك، الدنمرك، فنلندا، فرنسا، ألمانيا، جبل طارق، اليونان، هونج كونج، المجر، أيل أوف مان، أيسلندا، إيطاليا، اليابان، الكويت، لاتفيا، ليختنشتاين، ليتوانيا، لوكسمبورج، مالطا، موناكو، هولندا، نيوزيلندا، النرويج، عمان، بولندا، البرتغال، قطر، جمهورية أيرلندا، جمهورية مقدونيا، رومانيا، سان مارينو، المملكة العربية السعودية، سنغافورة، سلوفاكيا، سلوفينيا، أسبانيا، السويد، سويسرا، تركيا، الإمارات العربية المتحدة، المملكة المتحدة، الولايات المتحدة الأمريكية.

(xix) الفشل الكلوي – الذي يتطلب غسيل الكلى

هو المرحلة الأخيرة من الفشل الكلوي التي تكون فيها الكليتان غير قادرتين بشكل حاد ومزمن على أداء وظائفهما. ويجب أن يُثبت ذلك عن طريق الخضوع لجلسات غسيل كلوي منتظمة أو الخضوع لعملية زرع كلى.

<p>(xiv) الفشل الكبدي – المرحلة النهائية المرحلة النهائية من الفشل الكبدي الناجم عن التليف والذي يسبب جميع ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • اليرقان الدائم • الاستسقاء • اعتلال دماغي <p>لا يخضع ما يلي للتغطية وفق التعريف أعلاه:</p> <ul style="list-style-type: none"> • أمراض الكبد الثانوية الناجمة عن شرب الكحوليات أو تعاطي المخدرات أو سوء استخدام المواد الكيميائية. 	<p>وهذا يؤدي إلى ضرورة وجود إشراف مستمر لحماية المؤمن له على الحياة أو لحماية الآخرين. وبالنظر للتعريف أعلاه، فإنه لا يتم تغطية ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الخرف الناجم عن شرب الكحوليات وتعاطي المخدرات أو الإصابة بالإيدز. <p>(xii) السرطان القنوي الموضوعي في الثدي – مع علاج خاص (الدفعات الجزئية)</p>
<p>(xv) أمراض الجهاز التنفسي – المرحلة النهائية/ توقف التنفس – ذات الخطورة المحددة تأكيد طبيب استشاري الإصابة بمرض حاد في الرئة يثبت ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الحاجة إلى جلسات أو كسجين يومية على نحو دائم. • إثبات بأن جلسات الأوكسجين مطلوبة لمدة ستة أشهر كحد أدنى. • إثبات أن الجريان الزفيرى الأقصى فى الثانية الأولى أقل بـ 40% من المستوى الطبيعى، • إثبات أن السعة الحيوية أقل بـ 50% من المستوى الطبيعى، • ضيق النفس عند الاستلقاء 	<p>تدفع الشركة %12.5 من مبلغ مزية "المرض الخطير" الموضح في جدول وثيقة التأمين (أو أي إشعار تعديل لاحق) أو 20,000 دولار أمريكي (أو ما يعادله بعملة أخرى تقررهما الشركة)، أيهما أقل، في حالة تشخيص إصابة المؤمن له على الحياة بسرطان قنوي موضعي تم تأكيده عن طريق فحوصات الأنسجة ويتطلب استئصال الثدي بالكامل أو استئصال جزء منه أو استئصال الكتلة الورمية. يجب تأكيد الحاجة لمثل هذا الإجراء من قبل أخصائي أورام أو جراح ثدي يُستثنى بشكل خاص السرطان القنوي الموضوعي بالثدي المُعالج بواسطة وسائل أخرى وسرطان الفصيص الموضوعي في الثدي.</p> <p>تُدفع هذه المزية مرة واحدة فقط خلال مدة الوثيقة وسيتم بعد الدفع تخفيض مبلغ مزية "المرض الخطير" و"التغطية التأمينية على الحياة" بمقدار المبلغ المدفوع.</p>
<p>(xvi) النوبات القلبية – ذات الخطورة الخاصة موت عضلة القلب نتيجة عدم كفاية إمدادات الدم مما ترتب عليه ظهور جميع الأدلة التالية التي تثبت الاحتشاء الحاد لعضلة القلب:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تغيرات جديدة مميزة في مخطط القلب الكهربائي، • صعود خواص إنزيمات القلب أو التروبونين المسجلة عند المستويات التالية أو أعلى منها: <p>– التروبونين T أكبر من 1.0 نانوجرام/مل – نتائج فحص AccuTnl أكبر من 0.5 نانوجرام/مل أو حد معادل مع أساليب فحص التروبونين الأخرى.</p>	<p>(xiii) التهاب الدماغ تشخيص قاطع للإصابة بالتهاب الدماغ من قبل استشاري أمراض عصبية نجم عنه عجز عصبي دائم مصاحب بأعراض سريرية مزمنة. وبالنظر للتعريف أعلاه، فإنه لا يتم تغطية ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • متلازمة الإجهاد المزمن والتهاب الدماغ و النخاع المؤلم للعضل.

- (vii) **الغيبوبة المرضية – ذات الأعراض الدائمة**
 هي حالة من فقدان الوعي مصاحبة بعدم وجود رد فعل للمنبهات الخارجية أو الاحتياجات الداخلية والتي:
 • تتطلب استخدام أجهزة دعم الحياة لمدة مستمرة تصل حتى 96 ساعة على الأقل؛
 • يترتب عليها عجز عصبي دائم مصاحب بأعراض سريرية مزمنة.
 • ليست غيبوبة اصطناعية (مستحثة طبيًا) لأسباب علاجية.
 وبالنظر للتعريف أعلاه فلا يتم تغطية ما يلي:
- (ix) **مرض كروتزفلد-جاكوب – الذي يتطلب عناية دائمة**
 التشخيص القاطع بوجود مرض كروتزفلد - جاكوب يجريه استشاري أمراض الجهاز العصبي والذي يثبت انخفاض كبير في الوظائف النفسية والاجتماعية التي تتطلب مراقبة مستمرة أو مساعدة من طرف ثالث.
- (x) **السمم – الدائم والذي لا يرجى علاجه**
 هو الفقد الدائم للسمع الذي لا يرجى علاجه إلى درجة تجاوز معدل فقدان السمع 95 ديسبل عبر كل الترددات في الأذن الجيدة باستخدام مخطط سمع النغمات النقية.
 لا يخضع ما يلي للتغطية وفق التعريف أعلاه:
- (viii) **ترقيق الشريان التاجي التجاوزي – مصاحب بجراحة لفصل عظم القص**
 الخضوع لجراحة تتطلب شق بطول عظم القص (عملية جراحية لفصل عظم القص) بناء على مشورة استشاري أمراض القلب لتصحيح ضيق أو انسداد شريان تاجي أو أكثر بالترقيق.
 وبالنسبة لعملية الشريان التاجي التجاوزي فقط، إذا كنت مدرجًا بقائمة الانتظار الرسمية في دولة محددة (للاطلاع على قائمة الدول يرجى الرجوع إلى قائمة الدول المحددة أدناه)، فيمكن التعجيل بدفع ما يصل إلى 20% من مبلغ تأمين المرض الخطير حتى يمكن إجراء مثل هذا النوع من العمليات الجراحية.
- (xi) **قائمة الدول المحددة:**
 أندورا، أستراليا، النمسا، البحرين، بلجيكا، بلغاريا، كندا، جزر الفنتال، كرواتيا، قبرص، جمهورية التشيك، الدنمرك، فنلندا، فرنسا، ألمانيا، جبل طارق، اليونان، هونغ كونج، المجر، أيل أوف مان، آيسلندا، إيطاليا، اليابان، الكويت، لاتفيا، ليختنشتاين، ليتوانيا، لوكسمبورج، مالطا، موناكو، هولندا، نيوزيلندا، النرويج، عمان، بولندا، البرتغال، قطر، جمهورية أيرلندا، جمهورية مقدونيا، رومانيا، سان مارينو، المملكة العربية السعودية، سنغافورة، سلوفاكيا، سلوفينيا، أسبانيا، السويد، سويسرا، تركيا، الإمارات العربية المتحدة، المملكة المتحدة، الولايات المتحدة الأمريكية.
- (ix) **مرض كروتزفلد-جاكوب – الذي يتطلب عناية دائمة**
 التشخيص القاطع بوجود مرض كروتزفلد - جاكوب يجريه استشاري أمراض الجهاز العصبي والذي يثبت انخفاض كبير في الوظائف النفسية والاجتماعية التي تتطلب مراقبة مستمرة أو مساعدة من طرف ثالث.
- (x) **السمم – الدائم والذي لا يرجى علاجه**
 هو الفقد الدائم للسمع الذي لا يرجى علاجه إلى درجة تجاوز معدل فقدان السمع 95 ديسبل عبر كل الترددات في الأذن الجيدة باستخدام مخطط سمع النغمات النقية.
 لا يخضع ما يلي للتغطية وفق التعريف أعلاه:
- الإصابة المتعمدة للمؤمن عليه من قبل أحد المشتركين في الوثيقة.
 • الإصابة الذاتية المتعمدة.
- (viii) **الخرف (بما في ذلك داء الزهايمر) قبل سن 65 – المتسبب في أعراض دائمة.**
 تشخيص قاطع لداء الخرف أو الزهايمر قبل سن 65 عن طريق استشاري أمراض عصبية.
 ويجب أن يؤكد التشخيص خلال الدائم الذي لا يرجى علاجه لوظائف المخ على نحو يترتب عليه خلل إدراكي كبير لم يتم التوصل إلى تحديد سبب آخر له معروف. الخلل الإدراكي الكبير يعني تدهور أو فقد القدرة على التفكير بما في ذلك فقد القدرة على ما يلي:
- التنكر؛
 • التفكير المنطقي؛
 • الوعي والفهم والتعبير وتنفيذ الأفكار.

- (ii) فقر الدم اللاتنسجي – المتسبب في أعراض الدائمة.
- ضعف نخاع العظام الناجم عن فقر الدم الدائم ونقص كرات الدم البيضاء (وخاصة العدلات) ونقص الصفائح الذي يتطلب أحد العلاجات التالية كحد أدنى:
- عوامل محفزة للنخاع،
 - زرع نخاع العظام،
 - نقل الدم،
 - عوامل كابطة للمناعة.
- ويجب التثبت من التشخيص عن طريق أخصائي أمراض الدم.
- وبالنظر للتعريف أعلاه، لا يتم تغطية ما يلي:
- الأشكال الأخرى من فقر الدم
- (iii) التهاب السحايا الجرثومي – المتسبب في أعراض الدائمة.
- هو التشخيص القاطع بوجود مرض التهاب السحايا الجرثومي المتسبب في عجز عصبي دائم مصاحب بعجز جسدي أو أعراض سريرية مزمنة
- وبالنظر للتعريف أعلاه، لا يتم تغطية ما يلي:
- الأشكال الأخرى من مرض التهاب السحايا بما في ذلك التهاب السحايا الفيروسي.
- (iv) الورم الحميد في المخ – المسبب لأعراض دائمة
- هو ورم غير خبيث أو تكيس في المخ أو الأعصاب القحفية أو السحايا في داخل الجمجمة المسبب لعجز عصبي دائم مصاحب بأعراض سريرية مزمنة.
- ويتم التنازل عن شرط العجز العصبي الدائم المصاحب بالأعراض السريرية الدائمة إذا ما تم إزالة الورم الحميد من المخ جراحياً.
- وبالنظر للتعريف أعلاه، فإنه لا يتم تغطية ما يلي:
- أورام الغدة النخامية
 - الأورام الوعائية
- (v) العمى – الدائم والذي لا يرجى علاجه
- هو الفقد الدائم للبصر الذي لا يرجى علاجه إلى درجة أنه عند قياس النظر بالمساعدات البصرية تكون الرؤية 3/60 أو أسوأ في العين الجيدة باستخدام مخطط سنيلين لقياس النظر.
- وبالنظر للتعريف أعلاه، فإنه لا يتم تغطية ما يلي:
- الإصابة المتعمدة للمؤمن عليه من قبل أحد المشتركين في الوثيقة.
 - الإصابة الذاتية المتعمدة.
- (vi) السرطان – باستثناء الحالات الأقل تطوراً
- تشخيص الإصابة بورم خبيث تم تأكيده عن طريق فحوصات الأنسجة حينما يتسم المرض بنمو خارج عن السيطرة للخلايا السرطانية وغزو الأنسجة.
- ويدخل ضمن مصطلح الورم الخبيث حالات اللوكيميا والساركومة والورم الليمفاوي باستثناء الورم الليمفاوي الجدي (الورم الليمفاوي الذي يصيب الجلد فقط).
- وبالنظر للتعريف أعلاه، فإنه لا يتم تغطية ما يلي:
- جميع حالات السرطانات التي تصنفها فحوصات الأنسجة على أنها واحدة من الحالات الآتية.
- ورم محتلم الخبثاء،
 - ورم غير منتشر؛
 - سرطان كامن؛
 - أورام حدية خبيثة؛ أو وجود احتمال منخفض للإصابة بورم خبيث.
- جميع حالات أورام البروستاتا ما عدا ما تصنفها فحوصات الأنسجة على أنها ذات درجة جليسون أكبر من 6 أو التي تطورت حسب تصنيف TNM السريري للأورام الخبيثة لتصل إلى T2N0M0 على الأقل.
- حالات ابيضاض الدم الليمفاوي المزمن ما عدا ما تصنفها فحوصات الأنسجة على أنها تطورت إلى المرحلة A على الأقل في نظام بينيت.
- أي حالة من حالات سرطان الجلد (بما في ذلك الأورام الليمفاوية الجلدية) بخلاف ورم ميلانيني الخبيث التي أشارت فحوصات الأنسجة إلى أنها اخترقت البشرة (الطبقة الخارجية للجلد).

حادث المطالبة

هو حادث يقع للمؤمن له على الحياة يتفق مع تعريف مزية التأمين الملائم ضمن الشروط والأحكام الحالية وينتج عنه دفع قيمة المطالبة. وهو يشمل - على سبيل المثال وليس الحصر - وفاة المؤمن له على الحياة أو تشخيص الإصابة بأمراض مميتة أو خطيرة أو تشخيص العجز الكلي الدائم أو الخضوع لإجراءات طبية.

المسؤول الطبي بالشركة

هو الطبيب المعين من قبل الشركة كاستشاري طبي.

التغطية التأمينية

هي نطاق أي حماية متاحة بموجب وثيقة التغطية التأمينية على الحياة أو مزية "المرض المميت" أو مزية "المرض الخطير" أو مزية "العجز الكلي الدائم" أو مزية "الإعفاء من الأقساط".

مزية "المرض الخطير"

هي المزية التي تدفعها الشركة في حالة إصابة المؤمن له على الحياة بأي مرض منصوص عليه في الوثيقة ووفقاً لما هو محدد في الشرط 22 من الوثيقة أثناء سريانها وفي حالة اختيار هذه التغطية.

التغطية التأمينية على الحياة

هي المبلغ الذي تدفعه الشركة في حالة وفاة المؤمن له على الحياة أثناء سريان وثيقة التأمين.

المؤمن له على الحياة

هو الشخص المؤمن له على الحياة بموجب هذه الوثيقة.

وثيقة التأمين على حياة الغير

هي وثيقة تأمين مملوكة لشخص غير المؤمن له على الحياة. وهذا يشمل الحالات التي تكون فيها وثيقة التأمين مملوكة لجهة اعتبارية.

تاريخ بدء المخاطر

هو التاريخ الذي تبدأ فيه التغطية بموجب أي مزية محددة.

الدفع الجزئي

في حالة وجود مطالبة صحيحة بمزية "المرض الخطير" لسرطان قنوي موضعي في الثدي (انظر تعريفات "المرض الخطير" (Xii)) يقتصر مبلغ المطالبة على مبلغ محدد بدلاً من مبلغ التأمين الكامل للمرض الخطير.

مزية "العجز الكلي الدائم"

هي المزية التي تدفعها الشركة إذا تم تشخيص إصابة المؤمن له على الحياة بعجز كلي دائم تغطيه هذه الوثيقة.

حامل وثيقة التأمين

هو الفرد أو الكيان الذي يكون طرفاً في عقد التأمين مع الشركة، وهو حامل الوثيقة الذي له الحق في مزاوله جميع الامتيازات المنصوص عليها في الوثيقة.

تاريخ استحقاق القسط

هو التاريخ المقرر لدفع الأقساط بدءاً من تاريخ استحقاق القسط الأول ثم ما يليه من دفعات.

عملة وثيقة التأمين

هي العملة التي تُدفع بها الأقساط والمزايا كما هو موضح في جدول وثيقة التأمين.

مدة وثيقة التأمين

هي المدة الزمنية التي تكون فيها وثيقة التأمين سارية المفعول - من تاريخ بدء الوثيقة وحتى تاريخ انتهائها - وكلاهما موضح في جدول وثيقة التأمين.

المرض المميت

هو المرض العضال المتطور أو المتسارع في تطوره حيثما يرى الطبيب الممارس الذي يعتني بالمريض - المقبول لدى الشركة - والمسؤول الطبي بالشركة أن حياة المؤمن له على الحياة لن تدوم أكثر من 12 شهر بسبب ذلك المرض. "الطبيب الممارس" هو الطبيب المؤهل والمرخص له قانوناً أو الجراح الذي يعمل في نطاق هذا الترخيص على أن لا يكون هو نفسه المؤمن له على الحياة أو قريب الصلة للمؤمن له على الحياة أو زوجه - أو حامل وثيقة التأمين أو زوجه.

الشركة

زبوربخ إنترناشيونال لايف ليميتد.

تعريفات المرض الخطير .22

"المرض الخطير" يعني أي مما يلي ذكره:

(أ) جراحات الشريان الأورطي - بسبب مرض وإصابة رضية

هو الخضوع لعملية جراحية عقب الإصابة بمرض أو عقب إصابة رضية للشريان الأورطي يتم خلالها استئصال الجزء المصاب من الشريان الأورطي واستبداله جراحياً بقرعة.

ويدخل ضمن تعريف مصطلح الشريان الأورطي الأورطي البطيني والأورطي الصدري ولكن لا يدخل في تعريفه تشعباتهما.

وبالنظر إلى التعريف أعلاه، فإنه لا يتم تغطية ما يلي:

- أي إجراء جراحي آخر مثل تركيب دعامة أو إصلاح الأوعية الدموية الطرفية.

- دول خارج أيل أوف مان (أو فروع الشركة الإقليمية) التي قد لا يكون لديها مستويات مماثلة لحماية البيانات؛ مع ذلك تكون الشركة مسؤولة عن ضمان المحافظة على مستويات حماية بيانات مماثلة.
- الجهات العامة بما في ذلك الشرطة أو قاعدة بيانات شركات التأمين

لن تكون الشركة مسؤولة عن أي خسارة أو ضرر عندما تمارس حقها في الإفصاح أو حجب المعلومات بموجب أمر قانوني أو خلاف ذلك وفقاً للوائح المعمول بها.

سوف تتواصل الشركة بالشكل الذي تراه مناسباً باستخدام تفاصيل الاتصال التي قمت بتقديمها. إذا قمت بتقديم أكثر من تفاصيل اتصال واحدة، يتم استخدام الطريقة الأكثر ملائمة للتواصل استناداً إلى عجلة وحساسية المعلومات حسب تحديد الشركة.

قد يتم تسجيل المكالمات الهاتفية أو مراقبتها من أجل توفير حماية إضافية ولأغراض حل الشكاوى والتدريب وضمان الجودة وللأغراض الإدارية

عند تقديم معلومات عن طرف ثالث (بما في ذلك ودون تحديد، المخولين بالتوقيع على الحساب) يجب أن يكون قد تم الحصول على تفويض مسبق من الطرف الثالث بالإفصاح عن هذه المعلومات للشركة للموافقة على القيام نيابة عنهم بمعالجة بياناتهم الشخصية، بما في ذلك البيانات الحساسة (حيث ينطبق ذلك) وعلى وجه الخصوص، أي تحويل خارجي لهذه المعلومات خارج المنطقة الاقتصادية الأوربية، وأيضاً القيام نيابة عنهم باستلام أي إخطارات حماية بيانات.

يحق للأفراد الحصول على نسخة من بياناتهم الشخصية المحفوظ بها لدينا (من مسئول حماية البيانات لدينا) وتصحيح أية أخطاء (قد يتم فرض رسم قانوني على ذلك).

19. برامج التعويض

حامل الوثيقة محمي بموجب لوائح أيل أوف مان (مزية حاملي وثائق التأمين) لعام 1991. وإذا لم تتمكن الشركة من الوفاء بالتزاماتها بموجب وثيقة التأمين، فسوف يوفر الوثيقة لحامل الوثيقة مزية تصل إلى 90% من مسؤولية الشركة بموجب وثيقة التأمين.

20. الشكاوى

إذا احتجت في أي وقت إلى تقديم شكوى حول البوليصة الخاصة بك، يرجى الاتصال بنا في المقام الأول، باستخدام العنوان أو أرقام الاتصال في القسم "كيفية الاتصال بنا". وتتوافر تفاصيل عملية معالجة الشكاوى على موقعنا على الإنترنت www.zurichinternational.com.

في حال كنت مقيماً بالامارات العربية المتحدة ولم تكتفى باجابتنا لشكواك فلك الحق بالاتصال بالجهة التامنية المنظمة على العنوان الموضح في ادناه.

الجهة التنظيمية بدولة الإمارات العربية المتحدة:

هيئة التأمين صندوق بريد 113332،

أبوظبي الإمارات العربية المتحدة

رقم الهاتف: +971 2 499 0111

الموقع الإلكتروني: www.ia.gov.ae

تتمتع أيضاً بخيار إحالة شكاوك إلى خدمة تسوية المنازعات في جزيرة مان، التابعة لنظام ديوان المظالم الخاص بالخدمات المالية (FSOS) في جزيرة مان لاستعراض حالتك رسمياً. وفيما يلي تفاصيل الاتصال بنظام ديوان المظالم الخاص بالخدمات المالية:

نظام ديوان المظالم الخاص بالخدمات المالية

مكتب التجارة النزيهة في جزيرة أيل أوف مان
Government Building Lord Street,
Douglas 1LE Isle of Man, IM1 British Isles

الهاتف: +44 1624 686500

البريد الإلكتروني: ombudsman@iomoft.gov.im

موقع الويب: www.gov.im/oft

لن يؤثر تقديم الشكاوى إلى ديوان المظالم على حقوقك القانونية. وينبغي أن نلاحظ أن الشركات والمؤسسات الائتمانية ليست مؤهلة لإحالة شكاوى إلى ديوان المظالم.

21. مسرد المصطلحات – تعريف الكلمات المستخدمة في هذه الوثيقة

المزية الإضافية

هي المزية عن "مرض خطير" أو المزية عن "عجز دائم وكلي" أو مزية "الإعفاء من قسط التأمين" التي قد يتم اختيارها في وثيقة التأمين.

الطبيب المختص

هو أخصائي طبي ذو مؤهلات طبية ذات صلة بالحالة المرضية التي هي موضوع المطالبة، وهو مسجل باعتباره أخصائي طبي في الدولة التي يُطلب فيها رأيه الطبي.

المستفيد

هو الشخص المعين من قبل حامل وثيقة التأمين لاستلام مبلغ التغطية التأمينية على الحياة بعد وفاة المؤمن له على الحياة.

المزية

هي أية مبالغ مالية واجبة الدفع من قبل الشركة بموجب التغطية التأمينية على الحياة أو مزية "المرض المميت" أو مزية "المرض الخطير" أو مزية "العجز الكلي الدائم" أو مزية "الإعفاء من قسط التأمين" أثناء سريان وثيقة التأمين. ويظهر مبلغ أو مبالغ التغطية التأمينية في جدول وثيقة التأمين.

إشعار التغيير

وثيقة تصدر لتأكيد أي تغيير يطرأ على أقساط التأمين أو على مستويات التغطية التأمينية.

12. تغيير شروط وأحكام وثيقة التأمين

إلى المدى الذي يكون معه أي تغيير متناسب ومطلوب بشكل معقول، يجوز للشركة تغيير أحكام وشروط وثيقة التأمين مراعاة لقرار صادر عن محكمة أو هيئة حكومية أو محقق شكاوى أو جهة تنظيمية أو هيئة متخصصة أو غيرها من الهيئات المماثلة أو مراعاة لأية تغييرات في القانون أو الضرائب أو التوجيه الرسمي أو مدونات السلوكيات المعمول بها.

وستقدم الشركة إشعاراً لحامل الوثيقة بأية تغييرات تطرأ على الشروط والأحكام قبل 30 يوماً من حدوث التغيير متى أمكن ذلك. وإذا تعذر ذلك فستقدم الشركة إشعاراً لحامل الوثيقة في أسرع وقت بحسب ما يمكن بشكل معقول.

16. القوة القاهرة

لا تتحمل الشركة أية مسؤولية قانونية تنشأ عن عجز الشركة عن الوفاء بالتزاماتها بمقتضى هذه الوثيقة بسبب أي ظروف واقعة خارج نطاق سيطرتها المعقولة والتي يمكن تفسيرها على أنها حادث قوة القاهرة بموجب القوانين المعمول، به بما في ذلك على سبيل المثال وليس الحصر (القضاء والقدر أو الحروب أو الطوارئ الوطنية أو الحرائق أو الفيضانات أو الزلازل أو إضرابات العمال أو الإجراءات الصناعية أو غيرها من الأحداث ذات الطبيعة المماثلة أو المختلفة) والمشار إليها في هذه الوثيقة باسم "حادث القوة القاهرة". وفي حالة وقوع حادث قوة القاهرة، يجب إعفاء الشركة لفترة تعادل التأخير الذي سببه حادث القوة القاهرة وأي فترة إضافية قد تكون ضرورية بشكل معقول لتمكين الشركة من استئناف أداؤها لأعمالها.

13. تغيير بيانات اتصال حامل وثيقة التأمين/المؤمن له على الحياة.

تستخدم الشركة العنوان الموضح في نموذج الطلب في جميع المراسلات إلى حين إشعارها بخلاف ذلك. ويجب على حامل الوثيقة إخبار الشركة كتابياً بأي تغيير في الاسم أو تفاصيل الاتصال ويجوز للشركة طلب دلائل موثقة لإثبات مثل هذا التغيير.

17. السياق

جميع الألفاظ الواردة في هذه الوثيقة بصيغة المفرد تشمل الجمع والعكس صحيح، كما تشمل الألفاظ الواردة بصيغة المذكر المؤنث والعكس صحيح، متى أجاز السياق ذلك.

18. حماية البيانات والإفصاح عن المعلومات

قد يتم الاحتفاظ واستخدام المعلومات الشخصية (بما في ذلك المعلومات المتعلقة بالصحة) التي تم تقديمها أو الحصول عليها من إجراءات التحقق عن الخلفية من قبل زيوريخ انترناشيونال لايف ليمتد (الشركة) بالطرق التالية:

- معالجة وتقييم وإدارة العقود/وثائق التأمين/المطالبات
- منع واكتشاف جرائم الاحتيال والجرائم المالية
- الامتثال لأي التزامات قانونية و/أو تنظيمية؛
- الإفصاح عنها لأي سلطة ضريبية أو حكومية أو تنظيمية أو جهات أخرى حسبما يكون مطلوباً بموجب القانون أو اللوائح أو النظم أو التوجيهات
- القيام بأنشطة المحاسبة والإحصاء والبحث

من أجل القيام بذلك فإن الشركة قد تحتاج إلى إرسال هذه المعلومات بما في ذلك البيانات الشخصية الحساسة إلى:

- الشركات التابعة لزيوريخ إنشورانس جروب وشركات إعادة التأمين والوكالات المرجعية والمدققين والأطراف الثالثة التي تقدم خدمات ذات صلة للشركة والمتخصصين الماليين المعنيين.
- أي طرف ثالث تم تعيينه للوثيقة مثل الوصي (بما في ذلك مدير الاستئمان)

14. الإشعارات المرسله للشركة

لن تتأثر الشركة بأي إشعار يخص أي تنازل أو تسمية مستفيد أو ممارسة أي حق متعلق بالوثيقة إلا إذا تسلمت الشركة إشعاراً مكتوباً بالتنازل أو التسمية أو الممارسة.

15. الخطأ في تاريخ ميلاد المؤمن له على الحياة

إذا كان تاريخ ميلاد المؤمن له على الحياة الوارد في جدول وثيقة التأمين غير صحيح وفقاً للمعلومات المقدمة في نموذج الطلب، فيجوز للشركة أن تجري تعديلات على التغطية التأمينية.

.8

القانون المعمول به وتفسيره

تخضع وثيقة التأمين هذه وتُفسر وفقاً لقوانين الإمارات العربية المتحدة إذا كان حامل وثيقة التأمين مقيماً في دولة الإمارات العربية المتحدة، فسوف تخضع الشركة للاختصاص غير الحصري لأية سلطة قانونية مختصة في دولة الإمارات العربية المتحدة فيما يتعلق بأي دعوى تنشأ عن وثيقة التأمين هذه.

وفيما عدا ما هو منصوص عليه في الشرط 7، لا تكون وثيقة التأمين وشروطها وأحكامها نافذة المفعول بمقتضى القوانين السارية في دولة الإمارات العربية المتحدة أو بموجب قانون عقود أيل أوف مان لعام 2001 (حقوق الطرف الثالث)، أو بمقتضى أي قانون آخر مماثل في أي اختصاص قضائي آخر، من قبل أي شخص أو جهة ليست طرفاً في الوثيقة.

تم إعداد هذه الوثيقة لتلبية المتطلبات القانونية والتنظيمية للعملاء المقيمين في الدولة التي يتم فيها شراء هذه الوثيقة. أما في حالة انتقال حامل الوثيقة أو المؤمن له على الحياة إلى دولة أخرى أثناء فترة سريان هذه الوثيقة، فربما لا تصبح الوثيقة ملائمة له في تلك الدولة. قد تؤثر القوانين واللوائح المعمول بها في دولة مختلفة على قدرة الشركة على الاستمرار في تقديم مزايا وثيقة التأمين وفقاً لشروط وأحكام الوثيقة وقد لا تصبح الشركة قادرة على توفير التغطية التأمينية بموجب هذه الوثيقة.

يتعين على حامل الوثيقة إبلاغ الشركة بأي تغيير في بلد الإقامة خلال فترة الوثيقة قبل سريان ذلك التغيير. وفي ظل هذه الظروف ورهنًا بموافقة حامل الوثيقة، يجوز للشركة أن تقدم تفاصيل الاتصال لشركة أخرى ضمن زيورخ انشورانس جروب للتحقق مما إذا كان هناك منتج بديل يتناسب مع الوضع الجديد وبلد الإقامة.

لا تقدم الشركة مشورة ضريبية أو مالية، كما توصي بالحصول على مشورة مستقلة فيما يتعلق بأي ضريبة أو تبعات مالية قد تنشأ نتيجة تغيير بلد الإقامة.

.9

حق الإلغاء

يحق لحامل الوثيقة المقيم في البحرين أو دولة الإمارات العربية المتحدة أن يلغي وثيقة التأمين ويسترد أية أقساط قام بدفعها عن طريق تقديم إشعار كتابي إلى المكتب المسجل للشركة ويجب تسليم الإشعار للشركة في فترة لا تزيد عن 30 يوماً من تاريخ إصدار وثائق التأمين.

.10

التنازلات

للتنازل عن وثيقة التأمين، يجب على حامل الوثيقة أن يرسل نموذج تنازل مستوفى البيانات للشركة ويقدم أي معلومات وإثباتات تطلبها الشركة بشكل معقول للتأكد من هوية حامل الوثيقة والمتنازل له. ولن يتم إجراء أي تنازل إلا إذا وافقت الشركة عليه كتابياً. ويجوز أن يخضع أي تنازل لشخص يقيم في دولة مختلفة عن دولة حامل الوثيقة للشرط الثامن.

.11

لوائح مكافحة غسيل الأموال

يقدم حامل وثيقة التأمين للشركة أية معلومات أو وثائق تطلبها لكي تمتثل للوائح مكافحة غسيل الأموال في أيل أوف مان أو غيرها من الاختصاصات القضائية ذات الصلة. ولا يمكن للشركة أن تباشر تحديد الأقساط أو دفع أية مبالغ مستحقة لحامل الوثيقة أو ممثله إلا عند امتثال المعلومات المقدمة للوائح. وعدم تقديم تلك المعلومات سوف يؤخر أو يمنع تحديد الأقساط أو دفع أي تغطية تأمينية.

سوف تخضع جميع المدفوعات من البوليصات لأي عقوبات تجارية أو اقتصادية مطبقة.

عند قبول مطالبة بكتا المزييتين وسدادها:

1. إذا كانت التغطية الإجمالية لكلا نوعي الفوائد تساوي أو أكبر من تغطية التأمين على الحياة، فسوف تدفع الشركة مبلغ تغطية التأمين على الحياة فقط (حيث أن فائدة المرض الخطير والعجز الدائم والكلّي تعتبر مبالغ مدفوعة مقدماً من تغطية التأمين الحياة حسب التعريف الوارد في الشرط 2.1) وسوف تنتهي صلاحية البوليصا وتتوقف جميع الفوائد.

2. إذا كان إجمالي التغطية لككتا المزييتين أقل من مبلغ التغطية التأمينية على الحياة:

(i) تُخفّض قيمة التغطية التأمينية على الحياة بمبلغ إجمالي التغطية المدفوع.

(ii) في حالة وثيقة التأمين المشتركة على الحياة – حيث تدفع مزية “المرض الخطير” و”العجز الكلّي الدائم” على أساس الحدث الأول – فسوف يتم إلغاء ككتا المزييتين عند سداد المطالبة الأولى.

(iii) يمكن أن تستمر مزية “الإعفاء من قسط التأمين” (حال إدراجها في الوثيقة).

(iv) تصدر الشركة إشعاراً بالتعديل موضعاً فيه المزايا التي تم خفضها.

(v) لن تتغير قيمة قسط التأمين.

المطالبة بمزية “الإعفاء من قسط التأمين”

يتعين على حامل الوثيقة أو من يمثله إرسال إشعار كتابي للشركة في غضون 60 يوماً من تشخيص إصابة المؤمن له على الحياة بعجز كلّي. وبعد استلام الشركة للمطالبة مكتملة البيانات فسوف تؤكد الدليل المطلوب قبل النظر في المطالبة. وحتى تقوم الشركة بإسقاط الأقساط بموجب مزية “الإعفاء من قسط التأمين” فيتعين أن يصادق طبيب مختص مع المسؤول الطبي بالشركة على أن المعايير الخاصة بالعجز الكلّي الدائم قد تم الوفاء بها على أتم وجه.

تحتفظ الشركة بالحق في المطالبة بدليل على استمرار عجز المؤمن له على الحياة في أي وقت على النحو الذي تراه الشركة، ويتعين على المؤمن له على الحياة بناء على طلب من الشركة أن يقدم الوثائق والأدلة الطبية والتقارير الموقعة من قبل طبيب ممارس معتمد لدى الشركة أو تعيينه الشركة، ويتعين عليه الخضوع لفحص طبي من قبل طبيب ممارس معتمد لدى الشركة أو معين من قبلها. يتعين على المؤمن له على الحياة القيام بكل ما يلزم بشكل معقول، من إجراءات طبية أو جراحية مناسبة

واتخاذها دون حصر أي خطوة معقولة للحد من عجزه بحيث لا تتطابق حالته مع معايير العجز الكلّي المطبقة على حالته في حينه.

تحتفظ الشركة بالحق في طلب تأكيد جهة مستقلة ما يفيد لزوم أي معالجة طبية أو ملاءمتها أو مستوى العجز.

7. تسمية المستفيدين

يحق لحامل الوثيقة تسمية المستفيد الذي له أن يتلقى مبلغ التغطية التأمينية على الحياة بشكل كتابي رهناً بقبول الشركة ومع التقيد بجميع الشروط والأحكام والضوابط التي تفرضها الشركة بشكل معقول من أن لاخر.

يحق لحامل الوثيقة الرجوع في تسمية المستفيد ويحق له تسمية مستفيد آخر بديل عن المستفيد المسمى قبله.

ينسخ التنازل عن الوثيقة أو تحويلها إلى طرف ثالث التسمية القائمة للمستفيد بشكل تلقائي.

في حالة تقديم مطالبة صحيحة للحصول على مزية “المرض المميت” أو مزية “المرض الخطير” أو مزية “العجز الكلّي الدائم” وفقاً لشروط وأحكام وثيقة التأمين فيجب دفع المطالبة إلى حامل وثيقة التأمين وليس للمستفيد المسمى. وفي حالة تقديم طلب صحيح للحصول على مزية “الإعفاء من قسط التأمين”، تتنازل الشركة عن أقساط وثيقة التأمين ولا تدفع أية مبالغ إلى حامل الوثيقة أو إلى المستفيد.

يحق لأي مستفيد يصبح مؤهلاً لدفع التغطية التأمينية على الحياة تنفيذ أحكام وثيقة التأمين كطرف ثالث كما هو مبين في أحكام قانون عقود أيل أوف مان لعام 2001 (حقوق الطرف الثالث)، ويجوز تعديل شروط وثيقة التأمين والتغطية التأمينية على الحياة أو تغييرها بواسطة حامل الوثيقة دون موافقة المستفيد.

6.7

3. في حالة تقديم دفعات جزئية بموجب مزية "المرض الخطير":

(i) يتم تخفيض التغطية التأمينية على الحياة ومزية "المرض الخطير" بمبلغ المطالبة بالدفعات الجزئية.

(ii) إذا تضمنت وثيقة التأمين مزية "العجز الكلي الدائم"، فيمكن أن تظل في الوثيقة لكن إذا تجاوزت مزية "العجز الكلي الدائم" التغطية التأمينية على الحياة، فسوف تنخفض إلى المبلغ المتبقي من التغطية التأمينية على الحياة.

(iii) في جميع الحالات، يكون الدفع الجزئي بموجب فوائد المرض الخطير مستحقة الدفع مرة واحدة فقط لكل حالة ملائمة لكل بوليصة، في أول مطالبة صالحة لهذا الشرط.

(iv) يمكن أن تستمر مزية التنازل عن القسط (في حالة إدراجها في الوثيقة)

(v) سوف تُصدر الشركة إشعار تعديل يوضح المزايا المنخفضة.

(vi) لن يتغير مبلغ القسط

(ii) إذا اشتملت وثيقة التأمين على مزية "العجز الكلي الدائم" فيجوز أن تبقى في وثيقة التأمين، ولكن إذا زادت قيمة مزية "العجز الكلي الدائم" عن مبلغ التأمين فسوف يتم خفضها إلى القيمة المتبقية من مبلغ التأمين.

(iii) بالنسبة لوثيقة التأمين المشتركة - حال سداد مزية "العجز الكلي الدائم" بناء على قاعدة الحدث الأول - فسوف تلغى قيمة المزية المذكورة عند سداد المطالبة الأولى.

(iv) يمكن أن تستمر مزية "الإعفاء من قسط التأمين" (حال إدراجها في الوثيقة).

(v) تصدر الشركة إشعارًا بالتعديل موضعاً فيه المزايا التي تم خفضها.

(vi) لن تتغير قيمة قسط التأمين.

المطالبة بمزية "المرض الخطير" ومزية "العجز الكلي الدائم" مجتمعتين (يشار إليهما فيما يلي بـ "كلتا المزييتين")

حين تشتمل وثيقة التأمين على مزية "المرض الخطير" و "العجز الكلي الدائم" فسوف يراعى سداد كلتا المزييتين وذلك بسبب حدة تبعات المرض أو الإصابة التي تعرض لها مؤمّن له على الحياة.

يتعين أن يصادق طبيب مختص مع المسؤول الطبي بالشركة على أن المعايير الخاصة بتعريف المرض الخطير وتعريف العجز الكلي الدائم قد تم الوفاء بها على أتم وجه. تحتفظ الشركة بالحق في طلب تأكيد جهة مستقلة ما يفيد لزوم أي معالجة طبية أو ملاءمتها أو الحصول على رأي بشأن مستوى العجز.

تحقيقاً لغايات هذا الشرط، يقصد بإجمالي التغطية مجموع المبالغ الواردة في جدول وثيقة التأمين الخاصة بمزية "المرض الخطير" و "العجز الكلي الدائم".

إذا تبين بعد النظر في المطالبة التي تجمع بين كلتا المزييتين المذكورتين أنه يمكن قبول مزية واحدة منهما دون الأخرى، فسوف تطبق أحكام الشرط 6.4 أو 6.5 حيال المزية المقبولة سواء مزية "المرض الخطير" أو "العجز الكلي الدائم".

6.6

المطالبة بمزية "العجز الكلي الدائم"

6.5

يتعين على حامل الوثيقة أو من يمثله إرسال إشعار كتابي للشركة في غضون 60 يوماً من تشخيص إصابة المؤمّن له على الحياة بعجز دائم كلي. وبعد استلام الشركة للمطالبة مكتملة البيانات فسوف تؤكد الدليل المطلوب قبل النظر في المطالبة. وحتى تقوم الشركة بسداد مزية "العجز الكلي الدائم" يتعين أن يصادق طبيب مختص مع المسؤول الطبي بالشركة على أن المعايير الخاصة بالعجز الكلي الدائم قد تم الوفاء بها على أتم وجه. تحتفظ الشركة بالحق في طلب تأكيد من جهة مستقلة يفيد لزوم أي معالجة طبية أو ملاءمتها أو الحصول على رأي بشأن مستوى العجز.

عند قبول المطالبة بمزية "العجز الكلي الدائم" وسداد المزية:

1. في حال مساواة مزية "العجز الكلي الدائم" لمبلغ التغطية التأمينية على الحياة فسوف تنتهي وثيقة التأمين وتتوقف كافة المزايا الأخرى.

2. إذا كانت مزية "العجز الكلي الدائم" أقل من مبلغ التغطية التأمينية على الحياة:

(i) تُخفّض قيمة التغطية التأمينية على الحياة بمبلغ المزية المدفوع.

2. بعد قبول المطالبة الأولى بمزية "المرض المميت" وسدادها: (3) في جميع الحالات، تُدفع الدفعات الجزئية بموجب مزية "المرض الخطير" مرة واحدة لكل وثيقة تأمين (عند المطالبة الأولى).

6.4

(i) يُخفّض التغطية التأمينية على الحياة الوارد في الوثيقة بمبلغ 1000000 دولار أمريكي (أو ما يعادله من عملة أخرى تحددها الشركة).

(ii) يجوز أن تبقى مزايا "المرض الخطير" أو "العجز الكلي الدائم" المدرجة في وثيقة التأمين، ولكن إذا كان مبلغ التغطية التأمينية على الحياة المتبقي يقل عن تغطية مزية "المرض الخطير" أو "العجز الكلي الدائم" فعند ذلك يتم تخفيض أي من هاتين المزييتين أو كليهما بمقدار المبلغ المتبقي من مبلغ التغطية التأمينية على الحياة.

(iii) تصدر الشركة إشعارًا بالتعديل موضحاً فيه المزايا التي تم خفضها.

(iv) تستمر مزية "الإعفاء من قسط التأمين" (حال إدراجها في الوثيقة).

(v) لن تتغير قيمة قسط التأمين.

3. عند قبول المطالبة الثانية بمزية "المرض المميت":

(i) يكون المبلغ المدفوع هو الأقل من مبلغ التغطية التأمينية على الحياة المتبقي أو 1000000 دولار أمريكي (أو ما يعادله من عملة أخرى تحددها الشركة).

(ii) عندما يقل المبلغ المدفوع عن 1000000 دولار أمريكي (أو ما يعادله من عملة أخرى تحددها الشركة) فسوف تنتهي وثيقة التأمين وتتوقف المزايا.

(iii) عندما يكون المبلغ المدفوع 1000000 دولار أمريكي (أو ما يعادله من عملة أخرى تحددها الشركة) فعند ذلك:

(a) يتم تخفيض التغطية التأمينية على الحياة بشكل منفصل بمبلغ 1000000 دولار أمريكي (أو ما يعادله من عملة أخرى تحددها الشركة).

(b) يجوز أن تبقى مزايا "المرض الخطير" أو "العجز الكلي الدائم" المدرجة في وثيقة التأمين، ولكن إذا كان مبلغ التغطية التأمينية على الحياة المتبقي يقل عن مزية "المرض الخطير" أو "العجز الكلي الدائم" فعند ذلك يتم تخفيض أي من هاتين المزييتين أو كليهما بمقدار المبلغ المتبقي من مبلغ التغطية التأمينية على الحياة.

(c) تستمر مزية "الإعفاء من قسط التأمين" (حال إدراجها في الوثيقة).

(d) تصدر الشركة إشعارًا بالتعديل موضحاً فيه المزايا التي تم خفضها.

(e) لن تتغير قيمة قسط التأمين.

المطالبة بمزية "المرض الخطير"

يتعين على حامل الوثيقة أو من يمثله إرسال إشعار كتابي للشركة في غضون 60 يوماً من تشخيص إصابة المؤمن له على الحياة بمرض خطير. وبعد استلام الشركة للمطالبة مكتملة البيانات فسوف تؤكد الدليل المطلوب قبل النظر في المطالبة. وحتى تقوم الشركة بسداد مزية "المرض الخطير" يتعين أن يصادق طبيب مختص مع المسؤول الطبي بالشركة على أن المعايير الخاصة بالمرض المذكور قد تم الوفاء بها على أتم وجه. بالنسبة للحالة الجراحية فسوف يتم طلب تأكيد لإجراء الجراحة من الطبيب المعالج.

إذا قُبلت المطالبة بمزية "المرض الخطير" وتم سدادها:

1. في حال مساواة مزية "المرض الخطير" لمبلغ التغطية التأمينية على الحياة فسوف تنتهي وثيقة التأمين وتتوقف جميع المزايا الأخرى.

2. إذا كانت مزية "المرض الخطير" أقل من مبلغ التغطية التأمينية على الحياة:

(i) تُخفّض قيمة التغطية التأمينية على الحياة بمبلغ المزية المدفوع.

(ii) إذا اشتملت وثيقة التأمين على مزية "العجز الكلي الدائم" فيجوز أن تبقى في وثيقة التأمين، ولكن إذا زادت قيمة مزية "العجز الكلي الدائم" عن مبلغ التغطية التأمينية على الحياة فسوف يتم خفضها إلى القيمة المتبقية من مبلغ التأمين.

(iii) بالنسبة لوثيقة التأمين المشتركة - حال سداد مزية "المرض الخطير" بناء على قاعدة الحدث الأول - فسوف تلغى قيمة المزية المذكورة عند سداد المطالبة الأولى.

(iv) يمكن أن تستمر مزية "الإعفاء من قسط التأمين" (حال إدراجها في الوثيقة).

(v) تصدر الشركة إشعارًا بالتعديل موضحاً فيه المزايا التي تم خفضها.

(vi) لن تتغير قيمة قسط التأمين.

وبعد استلام الشركة للمطالبة مكتملة البيانات فسوف تؤكد الدليل المطلوب قبل النظر في المطالبة. وحتى تقوم الشركة بسداد مزية "المرض المميت" يتعين أن يصادق طبيب مختص مع المسؤول الطبي بالشركة على أن المعايير الخاصة بالمرض المميت قد تم الوفاء بها على أكمل وجه.

عندما يكون مبلغ التغطية التأمينية على الحياة 1000000 دولار أمريكي (أو ما يعادله من عملة أخرى تحددها الشركة) أو أقل وتم قبول المطالبة بمزية "المرض المميت" فسوف تنتهي الوثيقة وتتوقف كافة المزايا.

عندما تزيد التغطية التأمينية على الحياة على 1000000 دولار أمريكي (أو ما يعادله من عملة أخرى تحددها الشركة) وتم قبول المطالبة بمزية "المرض المميت"، فحينها:

(i) تقتصر قيمة مزية "المرض المميت" على مبلغ 1000000 دولار أمريكي (أو ما يعادله من عملة أخرى تحددها الشركة).

(ii) عقب سداد المبلغ المذكور يتم خصم مبلغ 1000000 دولار أمريكي (أو ما يعادله من عملة أخرى تحددها الشركة) من مبلغ التغطية التأمينية على الحياة.

(iii) يجوز أن تبقى مزايا "المرض الخطير" أو "العجز الكلي الدائم" المدرجة في وثيقة التأمين، ولكن إذا كان مبلغ التغطية التأمينية على الحياة المتبقي يقل عن تغطية مزية "المرض الخطير" أو "العجز الكلي الدائم" فعند ذلك يتم تخفيض أي من هاتين المزييتين أو كليهما بمقدار المبلغ المتبقي من مبلغ التغطية التأمينية على الحياة.

(iv) تستمر مزية "الإعفاء من قسط التأمين" بالوثيقة (حال إدراجها في تلك الوثيقة).

(v) تصدر الشركة إشعاراً بالتعديل موضحاً فيه المزايا التي تم خفضها.

(vi) لن تتغير قيمة قسط التأمين.

بالنسبة لوثيقة التأمين المشترك التي يزيد فيها مبلغ التأمين عن 1000000 دولار أمريكي (أو ما يساوي ذلك بعملة أخرى) فيحق لكل مؤمن له على الحياة أن يطالب بمزية "المرض المميت" بشكل مستقل. وفي هذه الحالة:

1. تقتصر قيمة مزية "المرض المميت" الخاصة بكل مؤمن له على الحياة معني على مبلغ 1000000 دولار أمريكي (أو ما يعادله من عملة أخرى تحددها الشركة).

تحتفظ الشركة بالحق في المطالبة بما يلي (على سبيل المثال لا الحصر) قبل معالجة المطالبة.

(i) استمارة مطالبة مستوفية البيانات.

(ii) معلومات من الطبيب المعالج أو الاستشاري أو أي طرف ثالث بناء على طلب الشركة.

(iii) خضوع المؤمن له على الحياة للفحص الطبي بناء على طلب الشركة في حال اختيار مزية "المرض المميت" أو "المرض الخطير" أو "العجز الكلي الدائم" أو "الإعفاء من قسط التأمين".

(iv) إثبات هوية حامل الوثيقة

(v) إثبات سن المؤمن له على الحياة

(vi) إثبات هوية مقدم المطالبة (إن لم يكن هو حامل الوثيقة).

(vii) جدول وثيقة التأمين.

(viii) شهادة وفاة المؤمن له على الحياة (إذا انطبق ذلك).

تحتفظ الشركة بالحق في المطالبة بتوثيق أية مستندات. وسوف تخطر الشركة بشأن ذلك عند الحاجة.

يتعين على حامل الوثيقة - أثناء النظر في أي مطالبة - الاستمرار في سداد أقساط الوثيقة لتلافي خطر توقفها.

المطالبة بالتغطية التأمينية على الحياة

يتعين على حامل الوثيقة أو ممثله إرسال إشعار كتابي للشركة في غضون 28 يوماً من وفاة المؤمن له على الحياة. وبعد استلام الشركة للمطالبة مكتملة البيانات فسوف تؤكد الدليل المطلوب قبل سداد المطالبة.

بعد قبول المطالبة وسداد مبلغ التغطية التأمينية على الحياة تنتهي وثيقة التأمين، وتتوقف كافة المزايا الأخرى الواردة ضمن الوثيقة.

المطالبة بمزية "المرض المميت"

يتعين على حامل الوثيقة أو من يمثله إرسال إشعار كتابي للشركة في حال تشخيص إصابة مؤمن له على الحياة بمرض مميت ولا يتعدى الأجل المتوقع له في الحياة 12 شهراً.

- 5.5 تحتفظ الشركة بحقها في رفض قبول الأقساط أو التغييرات في الأقساط لتجنب خرق أي من قواعد مكافحة غسل الأموال، أو القوانين واللوائح الأخرى المعمول بها في جزيرة مان أو أي ولاية قضائية أخرى ذات صلة.
- 5.1 العملة التي يُدفع بها القسط**
تدفع كافة الأقساط بالعملة المنصوص عليها في وثيقة التأمين. ويحق لحامل الوثيقة اختيار سداد الأقساط بأي عملة يمكن التحويل إليها بسهولة – ومع ذلك – فسوف يتم تحويل المبلغ إلى عملة وثيقة التأمين عند استلامه مع التقيد بأسعار الصرف المعمول بها لدى الشركة في الوقت الذي يتم فيه ذلك.
- 5.2 حساب القسط**
يتم حساب الأقساط في البداية أو عند إعادة وثيقة التأمين أو زيادة مزية أو إضافتها وذلك بناء على نوع وقيمة التغطية التأمينية على الحياة الذي تم اختيارها وأي مزايا إضافية تم إدراجها ومدة الوثيقة وسن وجنس المؤمن له على الحياة وموقفه من التدخين وصحة المؤمن له على الحياة ووظيفته وأي أنشطة ترفيهية قد تؤدي بدورها إلى زيادة قيمة الأقساط. يتم النص على أي زيادة أو إدراجها في بند سداد الأقساط في جدول وثيقة التأمين.
- 5.3 الأقساط الثابتة**
تظل الأقساط المتعلقة بالتغطية التأمينية على الحياة في حال اختيار مزية "العجز الكلي الدائم" و/أو "الإعفاء من قسط التأمين" (ما لم تزد مزية "الإعفاء من قسط التأمين" نتيجة لزيادة قسط مزية "المرض الخطير" على النحو الموضح في الشرط 5.4 أدناه) كما هي بدون تغيير أثناء مدة وثيقة التأمين – ما لم تزد قيمة أي مزية – وفي هذه الحالة يكتب القسط الجديد في إشعار التعديل.
- 5.4 الأقساط القابلة للمراجعة**
تبقى دفعات الأقساط المتعلقة بمزية "المرض الخطير" – في حال اختيارها – كما هي لمدة خمس سنوات من تاريخ بدء وثيقة التأمين. وتتم مراجعة قيمة القسط في السنة الخامسة ومن ثم تجرى مراجعات لاحقة للقسط كل خمس سنوات بعد ذلك فيما تبقى من مدة وثيقة التأمين تحتفظ الشركة بالحق في زيادة قيمة القسط بالنسبة لمزية "المرض الخطير" عند كل تاريخ مراجعة في السنة الخامسة. في حال عدم زيادة الأقساط يجوز تخفيض قيمة مزية "المرض الخطير" على النحو الذي تراه الشركة.
- 5.6 **الرسوم على بطاقات الائتمان**
تحتفظ الشركة بالحق في فرض أية رسوم إضافية على الأقساط التي تُدفع ببطاقات الائتمان. تتم إضافة الرسم إلى المبلغ المخصص من بطاقة ائتمان حامل الوثيقة ويجوز تعديل الرسم بنحو معقول لتغطية زيادة التكلفة في توفير طريقة الدفع المعنية.
- 5.6 عدم دفع أقساط التأمين**
يجب دفع أي قسط في غضون ثلاثة أشهر من تاريخ استحقاق دفع كل قسط. في حال عدم سداد القسط في غضون ثلاثة أشهر من تاريخ استحقاقه فسوف تتوقف وثيقة التأمين دون أن يكون لها أي قيمة مع توقف جميع التغطيات.
- في حال قبول الشركة لأي مطالبة تقع في فترة السماح المكونة من ثلاثة شهور فإن الشركة تحتفظ بالحق في خصم أية أقساط غير مدفوعة من قيمة المطالبة.
- في حال توقف وثيقة التأمين بسبب عدم سداد الأقساط لمدة ثلاثة أشهر أو يزيد، يحق لحامل الوثيقة أن يطلب من الشركة أن تعيد الوثيقة شريطة توفر المتطلبات التالية للشركة في غضون 12 شهرًا من تاريخ استحقاق أول قسط غير مدفوع:
- (i) تقديم حامل (حامل) الوثيقة طلب لإعادة الوثيقة.
(ii) سداد كافة الأقساط القائمة.
(iii) تقديم أي سندات تعهد تطلبها الشركة.
- تكون إعادة وثيقة التأمين وفق ما تقررته الشركة.
- 6. المطالبات**
- 6.1 شروط المطالبة**
في حال تقديم مطالبة بموجب هذه الوثيقة فينبغي على مقدّم المطالبة التواصل مع المختص المالي المعني أو مع الشركة على أي عنوان مدرج في شروط وأحكام وثيقة التأمين.
- سوف تقدم الشركة للمطالب استمارة مطالبة وأي مستلزمات أخرى يجب استكمالها وإعادتها إلى الشركة قبل معالجة المطالبة.

4.6

الاستثناءات السارية على مزية "الإعفاء من قسط التأمين"

لن تدفع الشركة المطالبة بمزية "الإعفاء من قسط التأمين" حال ارتباطها بشكل مباشر أو غير مباشر بما يلي:

(i) عدم مطابقة تشخيص العجز الكلي للتعريف الوارد في 2.6.

(ii) عدم استلام الشركة إشعار كتابي بالمطالبة في غضون 60 يومًا من وقوع الحدث المتسبب في المطالبة.

(iii) اكتشاف إصابة المؤمن له على الحياة بعدوى فيروس نقص المناعة أو حمله أجسامًا مضادة لهذا الفيروس.

(iv) إدمان الكحوليات أو الأدوية غير المقررة بموجب وصفة طبية أو إساءة استعمالها.

(v) حدوث اضطرابات عقلية أو عصبية أو نفسية دون وجود دليل واضح على الإصابة بمرض عقلي.

(vi) الإصابة الذاتية المتعمدة أو الانتحار أو محاولة الانتحار سواء كان الشخص في حالة عقلية سليمة أو غير سليمة.

(vii) أي حالة صحية نشأت قبل التاريخ اللاحق مما يلي:

(a) تاريخ إضافة مزية "الإعفاء من قسط التأمين" إلى وثيقة التأمين.

(b) تاريخ بدء المخاطر الوارد في جدول وثيقة التأمين.

(c) تاريخ أي إعادة لوثيقة التأمين.

(d) بالنسبة لزيادة مزية "الإعفاء من قسط التأمين"، تاريخ الزيادة إلا في حالة إخطار الشركة بالحالة الصحية وتغطيتها وقبولها لذلك كجزء من الطلب أو الزيادة أو أي عملية لإعادة التأمين.

4.7

الحالات الأخرى التي لا يتم سداد المطالبة فيها

لن تدفع الشركة المطالبة حال ارتباطها بشكل مباشر أو غير مباشر بما يلي:

(i) عدم سداد حامل وثيقة التأمين لجميع الأقساط عند استحقاقها.

(ii) عدم إفصاح المؤمن له على الحياة سواء عن عمد أو إهمال عن أي معلومة أو تحريفها بشكل متعمد عند تقديمه طلب الحصول على وثيقة التأمين أو زيادة التغطية أو إعادة الوثيقة. عدم الإفصاح أو التحريف من شأنه أن يدفع الشركة أن تقوم بما يلي:

(a) رفض التغطية بالكامل،

(b) قبول التغطية بشكل كلي أو جزئي مع طلب سداد قسط إضافي و/أو تطبيق فقرات استثنائية على تغطيات معينة،

(c) قبول التغطية التأمينية على الحياة بناء على بعض الشروط على أن ترفض مزية أو أكثر من مزايا "المرض الخطير" أو "العجز الكلي الدائم" أو "الإعفاء من قسط التأمين".

يتعين على المؤمن له على الحياة الإفصاح عن كافة الأمور التي يعلمها - أو التي يتوقع علمه بها بشكل معقول - والتي لها صلة بقبول الشركة للمخاطرة.

الأقساط

5.

لا تبدأ وثيقة التأمين إلا بعد تسلم الشركة للقسط الأول. في حال عدم تسلم القسط المذكور فلن تسري وثيقة التأمين ولن يتم تقديم أي تغطية.

يستحق القسط الأول في التاريخ الموضح بجدول وثيقة التأمين، ويتعين سداد الأقساط المنتظمة اللاحقة أثناء مدة الوثيقة في التاريخ المحدد للسداد. توضح قيمة كل قسط وتاريخ استحقاق الدفعة النهائية في جدول وثيقة التأمين.

يتم تعديل قيمة الأقساط عند طلب زيادة قيمة التغطية وقبول الشركة لذلك.

في حال سداد مبلغ التغطية التأمينية على الحياة مقدمًا نتيجة للمطالبة بمزية "المرض الخطير" أو "العجز الكلي الدائم" أو "المرض المميت" فلن يتم تخفيض قيمة القسط.

4.3 استثناءات مزية "المرض المميت"

لن تدفع الشركة المطالبة بمزية "المرض المميت" حال ارتباطها بشكل مباشر أو غير مباشر بما يلي:

- تشخيص إصابة المؤمن له على الحياة بمرض مميت خلال الثمانية عشر شهراً السابقة لانتهاؤ وثيقة التأمين.
- عدم استلام الشركة إشعار كتابي للمطالبة بمزية "المرض المميت" في غضون 60 يوماً من تاريخ تأكيد الإصابة بالمرض المميت.

4.4 الاستثناءات السارية على مزية "المرض الخطير"

لن تدفع الشركة المطالبة بمزية "المرض الخطير" حال ارتباطها بشكل مباشر أو غير مباشر بما يلي:

- وقوع حالة صحية أو إجراء صحي أو جراحي أو جرح جراء حادث غير منصوص عليه في شروط وأحكام هذه الوثيقة.
- الإصابة بحالة صحية/مرض/الخضوع لإجراء طبي لا يتطابق بالضبط مع التعريف المنصوص عليه في الشرط 22.

(iii) عدم استلام الشركة إشعار كتابي بالمطالبة في غضون 60 يوماً من وقوع الحدث المتسبب في المطالبة.

(iv) الإصابة الذاتية المتعمدة أو الانتحار أو محاولة الانتحار سواء كان الشخص في حالة عقلية سليمة أو غير سليمة.

(v) أي حالة طبية نشأت قبل مرور 90 يوماً على:

(a) تاريخ إضافة مزية "العجز الكلي الدائم" إلى وثيقة التأمين،

(b) تاريخ بدء المخاطر الوارد في جدول وثيقة التأمين،

(c) تاريخ أي إعادة لوثيقة التأمين،

(d) تاريخ الزيادة، بالنسبة لزيادة مزية "المرض الخطير".

إلا في حالة إخطار الشركة بالحالة الصحية وتغطيتها وقبولها لذلك كجزء من الطلب أو الزيادة أو أي عملية لإعادة التأمين.

4.5 الاستثناءات السارية على مزية "العجز الكلي الدائم"

لن تدفع الشركة المطالبة بمزية "العجز الكلي الدائم" حال ارتباطها بشكل مباشر أو غير مباشر بما يلي:

(i) عدم مطابقة تشخيص العجز الكلي الدائم للتعريف الوارد في البند 2.5.

(ii) عدم استلام الشركة إشعار كتابي بالمطالبة في غضون 60 يوماً من وقوع الحدث المتسبب في المطالبة.

(iii) إدمان الكحوليات أو الأدوية غير المقررة بموجب وصفة طبية أو إساءة استعمالها.

(iv) حدوث اضطرابات عقلية أو عصبية أو نفسية دون وجود دليل واضح على الإصابة بمرض عقلي.

(v) اكتشاف إصابة المؤمن له على الحياة بعدوى فيروس نقص المناعة أو حملة أجساماً مضادة لهذا الفيروس.

(vi) الإصابة الذاتية المتعمدة أو الانتحار أو محاولة الانتحار سواء كان الشخص في حالة عقلية سليمة أو غير سليمة.

(vii) أي حالة صحية نشأت قبل التاريخ اللاحق مما يلي:

(a) تاريخ إضافة مزية "العجز الكلي الدائم" إلى وثيقة التأمين مؤخراً.

(b) تاريخ بدء المخاطر الوارد في جدول وثيقة التأمين.

(c) تاريخ أي إعادة لوثيقة التأمين.

(d) تاريخ الزيادة، بالنسبة لزيادة المزية.

إلا في حالة إخطار الشركة بالحالة الصحية وتغطيتها وقبولها لذلك كجزء من الطلب أو الزيادة أو أي عملية لإعادة التأمين.

v) **التحرك/الانتقال** – اعتلاء السرير والنزول منه، الانتقال من مكان إلى آخر مثلاً: من الكرسي إلى السرير أو من كرسي إلى كرسي أو الوقوف من الكرسي.

vi) **السير/استخدام الكرسي المتحرك**: الانتقال من موضع إلى آخر – السير بكرسي متحرك لا يعمل بالكهرباء أو استخدامه بحيث يدفعه المؤمن له على الحياة أو استخدام إطار.

تغيير قيمة المزايا

غير مسموح لحامل وثيقة التأمين بتقليل أي من قيمة المزايا التي تشملها هذه الوثيقة.

يحق للشركة تقليل أي من قيمة المزايا التي تشملها هذه الوثيقة وفق شروط وأحكام هذه الوثيقة.

بعد استلام أي من أوراق سند التأمين المطلوبة وقبول الشركة يحق لحامل الوثيقة زيادة مقدار أي مزية بحيث تسري الزيادة في السنة التالية من تاريخ بدء وثيقة التأمين.

في حال زيادة التغطية تحسب الشركة القسط الجديد بناء على سن وجنس المؤمن له على الحياة وموقفه من التدخين وحالته الصحية الحالية ووظيفته والبلد الذي يقيم فيه ونشاطات الترفيه التي يقوم بها إلى جانب عدد السنوات المتبقي على نهاية وثيقة التأمين.

إنهاء وثيقة التأمين

تنتهي وثيقة التأمين عند وقوع أي من الأحداث التالية:

(i) عند نهاية مدة وثيقة التأمين؛

(ii) عند دفع مزايا تُعادل قيمتها قيمة التغطية التأمينية على الحياة – من واقع مطالبة صحيحة بالتغطية التأمينية على الحياة أو مزية "المرض المميت" أو "المرض الخطير" أو "العجز الكلي الدائم".

(iii) إذا أخفق حامل وثيقة التأمين في دفع الأقساط وانقضت وثيقة التأمين.

(iv) عند مطالبة حامل وثيقة التأمين كتابياً بإنهاء الوثيقة.

4. عند تقرير عدم سداد المطالبة

فيما يلي الحالات التي ينتج عنها عدم سداد المطالبة، بما في ذلك فقرات الاستثناء.

تعفي أي فقرة استثناء الشركة من التزامها بسداد أي مطالبة تنشأ عن الحالات الموضحة في الفقرة المشار إليها.

4.1 الاستثناءات السارية على كافة التغطيات التأمينية:

لن تدفع الشركة أي مطالبة نشأت بشكل مباشر أو غير مباشر مما يلي:

(i) اشتراك المؤمن له على الحياة في:

(a) عمليات حربية أو شبه حربية (سواء تم إعلان الحرب أم لا)،

(b) غزو، قتال، تمرد، شغب، عصيان مدني، حرب أهلية، ثورة، عصيان مسلح، اغتصاب السلطة الحكومية، أفعال ارتكبتها عدو أجنبي،

(c) أي نشاط (عسكري أو خلافه) أو تأمر يفضي إلى إعلان الأحكام العرفية أو حالة حصار.

(ii) مشاركة المؤمن له على الحياة بشكل فاعل في الإرهاب أو التأمر لارتكاب أعمال إرهابية بما في ذلك أي نشاط يعرض استمرار حياة الإنسان للخطر أو يلحق الضرر بالممتلكات.

(iii) ارتكاب المؤمن له على الحياة لعمل إجرامي.

4.2 الاستثناءات السارية على التغطية التأمينية على الحياة

لن تدفع الشركة مطالبة التغطية التأمينية على الحياة حال ارتباطها بشكل مباشر أو غير مباشر بما يلي:

(i) ارتكاب المؤمن له على الحياة جريمة الانتحار (سواء في حالة عقلية سليمة أو غير سليمة) في غضون:

(a) 12 شهراً من تاريخ بدء وثيقة التأمين.

(b) 12 شهراً من تاريخ إعادة وثيقة التأمين.

(c) 12 شهراً من تاريخ زيادة مبلغ التأمين.

(ii) عدم استلام الشركة إشعار خطي بالوفاة في غضون 28 يوماً من وفاة المؤمن له على الحياة.

المؤمن لهم على الحياة الذين تبلغ أعمارهم 71 سنة أو أكثر

يعتبر المؤمن على حياته عاجزاً بشكل كلي إذا كان غير قادر على أداء ثلاثة من أنشطة الحياة اليومية على الأقل. وتتمثل أنشطة الحياة اليومية فيما يلي:

(i) **الإطعام/الأكل** – تقطيع اللحم، حشو الخبز، إيصال الطعام والشراب إلى الفم باستخدام الأصابع أو الأنيبة.

(ii) **اللبس** – ارتداء الملابس بما في ذلك غلق السوست والأزرار، التقاط الملابس من الدواليب والأدراج.

(iii) **الاستحمام/التزين** – فتح الصنابير، دخول الحمام/الدش والخروج منه، غسل الوجه/الأيدي الخ، التنشيف، تمشيط الشعر.

(iv) **استخدام المراض** – دخول الحمام والخروج منه، دخول المراض والخروج منه دون مساعدة، إدراك ضرورة قضاء الحاجة في الوقت المناسب بما يسمح له بالذهاب إلى المراض.

(v) **التحرك/الانتقال** – اعتلاء السرير والنزول منه، الانتقال من مكان إلى آخر مثلاً: من الكرسي إلى السرير أو من كرسي إلى كرسي أو الوقوف من الكرسي.

(vi) **السير/استخدام الكرسي المتحرك**: الانتقال من موضع إلى آخر – السير بكرسي متحرك لا يعمل بالكهرباء أو استخدامه بحيث يدفعه المؤمن له على الحياة أو استخدام إطار.

2.6

مزية "الإعفاء من قسط التأمين"

هذه مزية اختيارية ولا تسري إلا في حال النص عليها في جدول وثيقة التأمين (أو أي إشعار بتعديل لاحق في حال زيادة القسط نتيجة لزيادة المزايا - انظر الشرط 2.7). توضح قيمة مزية "الإعفاء من قسط التأمين" حيثما كانت سارية في جدول وثيقة التأمين.

فيما يخص الشرط 6.1 (شروط المطالبة) في حال إصابة مؤمن له على الحياة بعجز دائم وكلي في أي موعد يستحق فيه القسط على النحو الموضح في شروط وأحكام هذه الوثيقة ولمدة استمرت لما لا يقل عن 26 أسبوعاً فسوف تسقط الشركة القسط المنتظم ما دام العجز قائماً. ولأغراض الإعفاء من قسط التأمين فسوف تعتبر بداية العجز هي التاريخ الفعلي للعجز أو قبل 6 أشهر من إخطار الشركة بالعجز، أيهما كان متأخراً.

ويقصد بالعجز الكلي وقت المطالبة:

المؤمن لهم على الحياة الذين تبلغ أعمارهم 70 سنة أو أقل ويعملون في وظائف مربحة

يعتبر المؤمن على حياته عاجزاً بشكل دائم وكلي إذا كان من غير المرجح أن يعمل على الإطلاق (مقابل أجر أو غيره) في وظيفته أو مهنته أو عمله، إضافة إلى العمل في أي مهنة أخرى تناسبه بناءً على التعليم والتدريب والخبرة لبقية حياته، نتيجة لهذا العجز.

المؤمن لهم على الحياة الذين تبلغ أعمارهم 70 سنة أو أقل ولا يعملون في وظائف مربحة

يعتبر المؤمن على حياته عاجزاً بشكل دائم وكلي إذا كان غير قادر على أداء نشاطين من أنشطة العمل اليومية على الأقل. وتتمثل أنشطة العمل اليومية فيما يلي:

(i) **المشي** – القدرة على المشي لما يزيد عن 200 متر على الأرض المسطحة دون توقف أو إرهاق مفرط.

(ii) **الانحناء** – القدرة على دخول سيارة صالون قياسية أو الخروج منها أو القدرة على الانحناء أو الجثو لالتقاط فنان شاي من على الأرض والاعتدال ثانية.

(iii) **الاتصالات** – القدرة على الرد على الهاتف وتلقي الرسائل.

(iv) **القراءة** – توفر الإبصار المطلوب للقدرة على قراءة جريدة يومية.

(v) **الكتابة** – توفر القدرة البدنية على الكتابة المقروءة باستخدام قلم جاف أو رصاص.

المؤمن لهم على الحياة الذين تبلغ أعمارهم 71 سنة أو أكثر

يعتبر المؤمن على حياته عاجزاً بشكل كلي إذا كان غير قادر على أداء ثلاثة من أنشطة الحياة اليومية على الأقل. وتتمثل أنشطة الحياة اليومية فيما يلي:

(i) **الإطعام/الأكل** – تقطيع اللحم، حشو الخبز، إيصال الطعام والشراب إلى الفم باستخدام الأصابع أو الأنيبة.

(ii) **اللبس** – ارتداء الملابس بما في ذلك غلق السوست والأزرار، التقاط الملابس من الدواليب والأدراج.

(iii) **الاستحمام/التزين** – فتح الصنابير، دخول الحمام/الدش والخروج منه، غسل الوجه/الأيدي الخ، التنشيف، تمشيط الشعر.

(iv) **استخدام المراض** – دخول الحمام والخروج منه، دخول المراض والخروج منه دون مساعدة، إدراك ضرورة قضاء الحاجة في الوقت المناسب بما يسمح له بالذهاب إلى المراض.

- 2.2 **التغطية التأمينية على الحياة** 2.2
يوضح مبلغ التغطية التأمينية على الحياة في جدول وثيقة التأمين (أو أي إشعار بتعديل لاحق في حالة حدوث تغيير في التغطية التأمينية على الحياة - انظر الشرط 2.7). بالنسبة لوثائق التأمين المشتركة، تعتبر التغطية التأمينية على الحياة واجبة الدفع عند وفاة المؤمن له على الحياة الأول. بمجرد دفع المطالبة بالتغطية التأمينية على الحياة تنتهي وثيقة التأمين وتتوقف كافة المزايا الأخرى. فيما يخص الشرط 6.1 (شروط المطالبة) تدفع الشركة التغطية التأمينية على الحياة في حال وفاة مؤمن له على الحياة أثناء مدة وثيقة التأمين.
- 2.3 **مزية "المرض المميت"** 2.3
فيما يخص الشرط 6.3 (المطالبة بمزية "المرض المميت") تدفع الشركة مزية "المرض المميت" حال تشخيص إصابة مؤمن له على الحياة بمرض مميت يطابق المعايير المبينة في شروط وأحكام هذه الوثيقة، ولم يتبق له على قيد الحياة سوى 12 شهراً. المبلغ المدفوع بموجب مزية "المرض المميت" هو مبلغ التغطية التأمينية على الحياة أو 1,000,000 دولار أمريكي، أيهما أقل (أو عملة معادلة تحددها الشركة). لكي يتم دفع مزية "المرض المميت" يجب تأكيد تشخيص المرض المميت قبل بداية الثمانية عشر شهراً الأخيرة في وثيقة التأمين.
- 2.4 **مزية "المرض الخطير"** 2.4
هذه مزية اختيارية ويتم العمل بها فقط في حال النص عليها في جدول وثيقة التأمين (أو أي إشعار بتعديل لاحق في حال تغيير المرض الخطير - انظر الشرط 2.7). تقبل المطالبات بموجب هذه المزية فقط عند وقوع الحدث المتسبب في المطالبة بعد 90 يوماً أو أكثر من تاريخ بدء المخاطر أو بعد 90 يوماً أو أكثر من أي إعادة للتأمين أو بعد 90 يوماً أو أكثر من تاريخ بدء المخاطر الخاص بأي زيادة أو إضافة على المزية. فيما يخص الشرط 6.1 (شروط المطالبات) تدفع الشركة مزية "المرض الخطير" في حال تشخيص إصابة مؤمن له على الحياة بمرض خطير على النحو الموضح في الشرط 22 من شروط وأحكام هذه الوثيقة. يشمل مزية "المرض الخطير" توفير دفعات جزئية. ويتم تقديم الدفعات الجزئية إذا كان المؤمن له على الحياة يعاني من حالة طبية كما هو موضح في الشرط 21 من شروط وأحكام وثيقة التأمين الحالية. ويتم سداد الدفعات الجزئية مرة واحدة فقط لكل وثيقة تأمين (عند المطالبة الأولى).
- 2.5 **مزية "العجز الكلي الدائم"** 2.5
هذه مزية اختيارية ويتم العمل بها فقط عند النص عليها في جدول وثيقة التأمين (أو أي إشعار بتعديل لاحق في حال تغيير مزية "العجز الكلي الدائم" - انظر الشرط 2.7). ورهنأ بالشرط 6.1 (شروط المطالبات) تدفع الشركة مزية "العجز الكلي الدائم" عند تشخيص إصابة مؤمن له على الحياة بعجز دائم وكلي على النحو الموضح في شروط وأحكام هذه الوثيقة، مع إصابته بالعجز لفترة استمرت 180 يوماً. لا تُدفع المزية قبل نهاية مدة المائة وثمانين يوماً المذكورة، مع أنه يجوز للشركة وفقاً لما تراه مناسباً أن تختار دفع عائدات المطالبة قبل نهاية مدة المائة وثمانين يوماً. يقصد بالعجز الكلي الدائم وقت المطالبة: **المؤمن لهم على الحياة الذين تبلغ أعمارهم 70 سنة أو أقل ويعملون في وظائف مربحة** يعتبر المؤمن على حياته عاجزاً بشكل دائم وكلي إذا كان من غير المرجح أن يعمل على الإطلاق (مقابل أجر أو غيره) في وظيفته أو مهنته أو عمله، إضافة إلى العمل في أي مهنة أخرى تناسبه بناءً على التعليم والتدريب والخبرة لبقية حياته، نتيجة لهذا العجز. **المؤمن لهم على الحياة الذين تبلغ أعمارهم 70 سنة أو أقل ولا يعملون في وظائف مربحة** يعتبر المؤمن على حياته عاجزاً بشكل دائم وكلي إذا كان غير قادر على أداء نشاطين من أنشطة العمل اليومية على الأقل. وتتمثل أنشطة العمل اليومية فيما يلي: (i) **المشي** - القدرة على المشي لما يزيد عن 200 متر على الأرض المسطحة دون توقف أو إرهاق مفرط. (ii) **الانحناء** - القدرة على دخول سيارة صالون قياسية أو الخروج منها أو القدرة على الانحناء أو الجثو لالتقاط فنجان شاي من على الأرض والاعتدال ثانية. (iii) **الاتصالات** - القدرة على الرد على الهاتف وتلقي الرسائل. (iv) **القراءة** - توفر الإبصار المطلوب للقدرة على قراءة جريدة يومية. (v) **الكتابة** - توفر القدرة البدنية على الكتابة المقروءة باستخدام قلم جاف أو رصاص.

In these terms and conditions We have tried to use plain language but avoiding all technical terms is difficult. There is a Glossary to explain what these words mean and they are capitalised throughout this document. Where We can use Our discretion or where Our Appointed Actuary can use their discretion, make a decision, require information or evidence, use judgement, or reserve the right, it will be done acting reasonably, proportionately, fairly and in accordance with the law and regulations which govern the Policy.

1. أساس وثيقة التأمين
- 1.1 الوثيقة
- 1.2 حامل الوثيقة
- 1.3 المؤمن له على الحياة
- 1.4 وثائق التأمين على حياة الغير
- 1.5 أساس المزايا
- 1.6 مدة وثيقة التأمين
- 1.7 العملة
2. المزايا
- 2.1 خيارات المزايا
- مزية "المرض الخطير"
- مزية "العجز الكلي الدائم"
- مزية "الإعفاء من قسط التأمين"
- القيمة الإجمالية واجبة الدفع بموجب وثيقة التأمين الحالية والناجمة عن أي أو جميع المطالبات الصحيحة بالمزايا والتي تندرج تحت مزية "المرض المميت" و "المرض الخطير" و "العجز الكلي الدائم" تقتصر على مبلغ التغطية التأمينية على الحياة. وهذا يرجع إلى أن المطالبات بمزية "المرض المميت" و "المرض الخطير" و "العجز الكلي الدائم" تعتبر دفعة مقدمة من التغطية التأمينية على الحياة.
- سوف تسهم الدفعات المندرجة تحت "المرض المميت" أو أي مزايا إضافية في تقليل مبلغ التغطية التأمينية على الحياة والمستويات المتبقية من المزايا، وسوف يُعمل بها ما أمكن ذلك بالنسبة لكلا المؤمن لهما على الحياة في حالة وثيقة التأمين المشترك.
- لا تتضمن وثيقة التأمين قيمة استردادية في أي وقت.
- تسدّد جميع الدفعات المرتبطة بوثيقة التأمين بعملة الدفع المحددة في وثيقة التأمين.
- وعند الطلب يجوز للشركة تحويل الدفعات لتكون بأي عملة أخرى متاحة يمكن التحويل إليها بسهولة، بشرط تقييد جميع عمليات تحويل العملة بأسعار الصرف المعمول بها لدى الشركة وقت التحويل.
- لا يزيد عدد حاملي وثيقة التأمين عن اثنين ويجب ألا يقل عمر الواحد منهما عن 18 سنة عند بدء وثيقة التأمين، كما هو موضح في جدول وثيقة التأمين.
- لا يزيد عدد المؤمن له على الحياة عن اثنين ويجب أن يتراوح عمر الواحد منهما ما بين 18 و74 سنة من تاريخ بدء وثيقة التأمين أو من تاريخ أي زيادة في التغطية التأمينية. في حال اختيار مزية "الإعفاء من قسط التأمين" أو "المرض الخطير" و/أو "العجز الكلي الدائم" فيتعين ألا يزيد سن المؤمن له على الحياة عن 59 سنة من بداية وثيقة التأمين أو من تاريخ أي زيادة.
- يجوز استخراج وثيقة للتأمين على حياة شخص آخر طالما حصل الاتفاق بينهما وكان بمقدور حامل وثيقة التأمين إثبات احتمال مروره بضائقة مالية في حال وفاة المؤمن له على الحياة أو إصابته بمرض مميت أو خطير أو إصابته بعجز دائم كلي وقت سريان وثيقة التأمين.
- يتم إصدار وثائق التأمين استنادًا إلى تأمين فردي على الحياة أو تأمين مشترك على الحياة على أساس صرف مقابل التأمين عند وفاة الأول منهما.
- يختار حامل وثيقة التأمين مدة الوثيقة عند بدايتها ويجب أن يختار رقمًا محددًا لسنوات صحيحة يتراوح ما بين 5 و35 سنة. تنتهي مدة وثيقة التأمين قبل بلوغ المؤمن له على الحياة 80 سنة، وبالنسبة لوثائق التأمين المشتركة فقبل بلوغ أكبر المؤمن لهما على الحياة 80 سنة. تاريخ بدء وانتهاء وثيقة التأمين موضح في جدول وثيقة التأمين. ولا يجوز تغيير مدة وثيقة التأمين وتتوقف كافة المزايا التي توفرها هذه الوثيقة عند نهايتها.

المحتويات

10	الأقساط القابلة للمراجعة	5.4	4	1. أساس وثيقة التأمين
10	الرسوم على بطاقات الانتماء	5.5	4	1.1 الوثيقة
10	عدم دفع أقساط التأمين	5.6	4	1.2 حامل الوثيقة
10	المطالبات	6	4	1.3 المؤمن له على الحياة
10	شروط المطالبة	6.1	4	1.4 وثائق التأمين على حياة الغير
11	المطالبة بالتغطية التأمينية على الحياة	6.2	4	1.5 أساس المزايا
11	المطالبة بمزية "المرض المميت"	6.3	4	1.6 مدة وثيقة التأمين
12	المطالبة بمزية "المرض الخطير"	6.4	4	1.7 العملة
13	المطالبة بمزية "العجز الكلي الدائم"	6.5	4	2. المزايا
	المطالبة بمزية "المرض الخطير" ومزية "العجز الكلي الدائم" مجتمعين (يشار إليهما فيما يلي بـ "كلا المزيين")	6.6	4	2.1 خيارات المزايا
13	المطالبة بمزية "الإعفاء من قسط التأمين"	6.7	5	2.2 التغطية التأمينية على الحياة
14	تسمية المستفيدين	7	5	2.3 مزية "المرض المميت"
14	القانون المعمول به وتفسيره	8	6	2.4 مزية "المرض الخطير"
15	حق الإعفاء	9	7	2.5 مزية "العجز الكلي الدائم"
15	التنازلات	10	7	2.6 مزية "الإعفاء من قسط التأمين"
15	لوائح مكافحة غسل الأموال	11	7	2.7 تغيير قيمة المزايا
16	تغيير شروط وأحكام وثيقة التأمين	12	7	3. إنهاء وثيقة التأمين
16	تغيير بيانات اتصال حامل وثيقة التأمين/المؤمن له على الحياة	13	7	4. عند تقرير عدم سداد المطالبة
16	الإشعارات المرسله للشركة	14	8	4.1 الاستثناءات السارية على كافة التغطيات التأمينية
16	الخطأ في تاريخ ميلاد المؤمن له على الحياة	15	8	4.2 الاستثناءات السارية على التغطية التأمينية على الحياة
16	القوة القاهرة	16	8	4.3 استثناءات مزية "المرض المميت"
16	السياق	17	8	4.4 الاستثناءات السارية على مزية "المرض الخطير"
16	حماية البيانات والإفصاح عن المعلومات	18	9	4.5 الاستثناءات السارية على مزية "العجز الكلي الدائم"
17	برامج التعويض	19	9	4.6 الاستثناءات السارية على مزية "الإعفاء من قسط التأمين"
17	الشكاوى	20	9	4.7 الحالات الأخرى التي لا يتم سداد المطالبة فيها
17	مسرد المصطلحات - تعريف الكلمات المستخدمة في هذه الوثيقة	21	9	5. الأقساط
18	تعريفات المرض الخطير	22	10	5.1 العملة التي يُدفع بها القسط
26	كيفية الاتصال بنا	23	10	5.2 حساب القسط
			10	5.3 الأقساط الثابتة

وثيقة انترناشيونال تيرم أشورانس هو منتج تأميني محدد المدة متعدد المستويات، يوفر تغطية تأمينية إجبارية على الحياة بالإضافة إلى مزايا اختيارية إضافية طوال مدة محددة.

ليس لوثيقة التأمين أية قيمة استردادية وبانتهاء مدة وثيقة التأمين تتوقف كافة المزايا ولن تكون هناك مبالغ واجبة الدفع.

تستند جميع وثائق التأمين التي تصدرها شركة زيورخ إنترناشيونال لايف ليمتد (والمشار إليها فيما بعد باسم "الشركة") إلى طلب مقدم من حامل (حامل) وثيقة التأمين الواردة أسماؤهم في جدول وثيقة التأمين. يعتبر نموذج الطلب وشروط وأحكام وثيقة التأمين وجدول وثيقة التأمين وكافة الملحقات التي تصدرها الشركة جزء لا يتجزأ من وثيقة التأمين.

يجب حفظ شروط وأحكام وثيقة التأمين وجدول وثيقة التأمين الحالية في مكان آمن. تتألف هذه الوثيقة من 28 صفحة.

وثيقة إنترناشيونال تيرم أشورانس شروط وأحكام البوليصة - الإمارات العربية المتحدة