

International Term Assurance

Policy Terms and Conditions – United Arab Emirates

International Term Assurance is a level term pure protection Policy, providing compulsory Life Cover plus optional Additional Benefits over the Policy 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', 'Zurich', 'we', 'our' or 'us') and is based on an application by the Policy Owner ('you' or 'your') named in the policy schedule. The application, the Policy Terms and Conditions, the policy schedule and any Endorsements issued by the Company shall be deemed to be incorporated into the Policy.

Discretion

In these Policy Terms and Conditions, where we can use our discretion to make a decision, require information or evidence, use judgement and reserve the right or make changes, this will be done reasonably, proportionately, fairly and in accordance with laws and regulations.

These Policy Terms and Conditions and the policy schedule should be kept in a safe place for future reference.

Contents

Glossary of terms used in this document	4	6. Claims	11
1. Policy basis	5	6.1 Claim conditions	11
1.1 The Policy	5	6.2 Claiming Life Cover	12
1.2 Policy Owner	5	6.3 Claiming the Terminal Illness Benefit	12
1.3 Life Insured	5	6.4 Claiming for Critical Illness Benefit	13
1.4 'Life of Another' Policies	5	6.5 Claiming for Permanent and Total Disability Benefit	14
1.5 Benefit basis	5	6.6 Claiming Both Critical Illness Benefit and Permanent and Total Disability Benefit ('Both Benefits')	14
1.6 Policy Term	5	6.7 Claiming for Waiver of Premium Benefit	15
1.7 Policy Owner/Life Insured changes of contact details	5	7. Beneficiary Nomination	15
1.8 Incorrect date of birth of the Life Insured	5	8. Right to cancel	15
2. Benefits	6	9. Assigning your Policy	15
2.1 Benefit options	6	10. Addition of a new Policy Owner	15
2.2 Life Cover	6	11. Anti-Money Laundering Regulations	16
2.3 Terminal Illness Benefit	6	12. Notices to us	16
2.4 Critical Illness Benefit	6	13. Force Majeure	16
2.5 Permanent and Total Disability Benefit	6	14. Context	16
2.6 Waiver of Premium Benefit	7	15. General right to make changes	16
2.7 Changing the Benefit amounts	8	16. Changes to the Policy Terms and Conditions	16
3. Termination of the Policy	8	17. Laws and interpretation	16
4. When a claim will not be paid	8	18. Compliance with laws and regulations	17
4.1 Exclusions applicable to all Covers	8	19. Termination right due to regulatory exposure	18
4.2 Exclusions applicable to Life Cover	9	20. Changing tax residency	18
4.3 Exclusions for Terminal Illness Benefit	9	21. Taxation	18
4.4 Exclusions applicable to Critical Illness Benefit	9	22. Payment restrictions	19
4.5 Exclusions applicable to Permanent and Total Disability Benefit	9	23. Sanctions	19
4.6 Exclusions applicable to Waiver of Premium Benefit	9	24. Rights of third parties	19
4.7 Other circumstances in which a claim will not be paid	10	25. Disclaimer	19
5. Premiums	10	26. Data protection and disclosure information	19
5.1 Policy Currency	10	27. Isle of Man Policyholders' compensation	20
5.2 Premium calculation	10	28. Complaints	20
5.3 Guaranteed premiums	11	29. Critical Illness definitions	20
5.4 Reviewable premiums	11	30. How to contact us	28
5.5 Non-Payment of premiums	11		

Glossary of terms 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 the Life Insured, that meets the appropriate Benefit definition within these Policy Terms and Conditions and which triggers a claim payment. This could include (but is not limited to) the death of the 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 the Life Insured is diagnosed with a critical illness as defined in Condition 29 Critical Illness definitions whilst the Policy is in force and if this Cover has been chosen.

Life Cover

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

Policy

Your Policy is made up of these Policy Terms and Conditions together with the application, your policy schedule and any subsequent endorsements to your policy schedule issued by us.

Policy Currency

The currency in which premiums and any Benefits are payable as shown on the policy schedule.

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.

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.

Policy Termination Date

The date on which the Policy comes to an end.

Premium Due Date

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

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.

Waiver of Premium Benefit

Under this Benefit, Zurich will pay the regular premiums if a Life Insured is incapacitated as defined in this Policy whilst the Policy is in force and if this Cover has been chosen.

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 at the outset that they would suffer financially if the Life Insured were to die, suffer a Terminal or Critical Illness or become permanently and totally disabled.

1.5 Benefit basis

Policies are issued on either a single life or a joint life first event basis. For joint life policies a claim for Life Cover or Permanent and Total Disability Benefit will end the Policy, a claim for Critical Illness Benefit will end the Policy, or where the Critical Illness Benefit has been reduced as a result of the circumstances described in Condition 5.4 Reviewable premiums, a claim for Critical Illness Benefit will end the Benefit.

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 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.

1.8 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, we reserve the right to make an adjustment to any Benefit payable or the premium charged.

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 cash 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 on the death of the first of the lives to die. Once a Life Cover claim is paid, the Policy ends and all other Benefits cease.

Subject to Condition 6 Claims, the Company will pay the Life Cover if the 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 the Life Insured is diagnosed with a Terminal Illness that meets the criteria set out in these Policy Terms and Conditions, and has a life expectancy of no more than 12 months. 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 the 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 Claims, the Company will pay the Critical Illness Benefit if the Life Insured is diagnosed with a Critical Illness as set out in Condition 29 of these Policy Terms and Conditions.

The Critical Illness Benefit includes provision for a Partial Payment. A Partial Payment is made if the Life Insured is diagnosed with a Critical Illness as set out in Condition 29 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 Claims the Company will pay the Permanent and Total Disability Benefit if the Life Insured is diagnosed as being permanently and totally disabled as set out in these Policy Terms and Conditions, and has been 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

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

Lives Insured aged 70 or younger not in gainful employment

The 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

The 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 Claims, if at any Premium Due Date, the Life Insured is totally disabled as set out in these Policy Terms and Conditions for a continuous period of at least 180 days the Company will waive the regular premium for so long as the disability continues. For the purposes of Waiver of Premium Benefit claims the commencement of the disability will be the actual date of disability or 180 days 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:

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

Lives Insured aged 70 or younger not in gainful employment:

The 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:

The 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 accepted 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 the full Sum Insured for a valid claim;
- 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
 - a) the Life Insured,
 - b) The Policy Owner or any Beneficiary against the Life Insured.

Further exclusion clauses may be listed in the policy schedule.

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) 12 months of the date of reinstatement of the Policy,
 - c) 12 months of an increase in the sum 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.

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 procedure/illness suffered that does not exactly meet any of the definitions set out in Condition 29.
- ii) Intentional self-inflicted injury or attempted suicide whilst sane or insane.
- iii) 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 addiction to, abuse or misuse of alcohol or prescribed or non-prescribed drugs.
- iii) Mental, nervous or psychiatric disorders, without demonstrable brain disease.
- iv) The Life Insured being found to be infected by any Human Immunodeficiency Virus (HIV) or to be carrying any antibodies to such a virus.
- v) Intentional self-inflicted injury or attempted suicide whilst sane or insane.
- vi) 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 Life Insured being found to be infected by any Human Immunodeficiency Virus (HIV) or to be carrying any antibodies to such a virus.

- iii) The addiction to, abuse or misuse of alcohol, or the addiction to, or misuse of prescribed or non-prescribed drugs.
- iv) Mental, nervous or psychiatric disorders, without demonstrable brain disease.
- v) Intentional self-inflicted injury or attempted suicide whilst sane or insane.
- vi) 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 us 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 failing to disclose or deliberately misrepresenting any fact when he 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 to 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 Policy Currency

All premiums must 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 included in the premium payment shown on a Change Notification Advice.

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 **Non-Payment of premiums**

All premiums must be paid within 90 days of the Premium Due Dates. If a premium payment is not made within 90 days 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 90 day 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 90 days or more, the policy owner can ask the Company to reinstate within 12 months of the due date of the first unpaid premium, provided all of the following requirements are received by the Company:

- 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.

Death claims should be notified to us within 180 days from the date of the death of the Life Insured and all other claims should be notified to us within 90 days from the date of the Claim Event.

Failure to notify a claim in time will not invalidate the claim if a satisfactory reason for the delay in notification of the claim along with the satisfactory documents to support the Claim Event are provided to us.

The longer it takes to notify us of the Claim Event, the more difficult it may be to sufficiently investigate the claim circumstances and process the claim.

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 can 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, for 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 and residence 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 a claim for Critical Illness Benefit, Permanent and Total Disability Benefit and/or Waiver of Premium Benefit 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 180 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 on the Policy will cease.

6.3 **Claiming the Terminal Illness Benefit**

The Policy Owner or their representatives must notify the Company in writing if the 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 have 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. If a 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 90 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 have 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 amount matches the Life Cover amount, 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 90 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 have 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 Critical Illness Benefit, this may remain on the Policy but if the Critical Illness 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 the 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 have 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 90 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 have 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

You may nominate one or more Beneficiaries to receive the amount paid on the death of the Life Insured. This nomination can be revoked at a future date and you may also nominate a replacement Beneficiary at any time prior to the death of the Life Insured.

The nomination of a Beneficiary shall not affect the rights and obligations of you or us, in respect of the Policy or these Policy Terms and Conditions.

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

Any payment to a Beneficiary is subject to our consent.

8. Right to cancel

You have the right to cancel your Policy and obtain a full refund of any premiums paid by giving a written notice to us using the address in Condition 30 How to Contact Us.

The cancellation will be processed as stated below:

- The notice to cancel the Policy must be signed by all Policy Owners and returned to us within 30 days from the day you received your Policy documents
- Where applicants are at separate addresses the cancellation notice will only be issued to the address of the first applicant.

You can cancel your Policy before you receive your Policy documents by contacting us or your financial professional.

9. Assigning your Policy

You can assign your Policy at any time subject to our consent, depending on any information and evidence we reasonably ask for at the time.

If your Policy is assigned (legally transferred) to a new Policy Owner, you must give us written notice of that change.

Each new Policy Owner must promptly provide an accurate self-certification of where they live for tax purposes, and provide any evidence and information we ask for.

If the new Policy Owner does not provide the notice, self-certification, information or evidence we need, this may damage their rights under your Policy or result in us ending your Policy.

If you assign your Policy, it will cancel any Beneficiary nomination you have made.

10. Addition of a new Policy Owner

You can add a new Policy Owner to your Policy at any time subject to our consent, depending on any information and evidence we reasonably ask for at the time.

If a new Policy Owner is added to the Policy the original Policy Owner must give us prior written notice of such change to the Policy.

Each new or additional Policy Owner must promptly respond to our request for an accurate self-certification regarding the jurisdiction or jurisdictions in which the new/additional Policy Owner is a tax resident, and respond to our request for documentary evidence and a tax payer identification number or equivalent.

In addition to the actions described herein, failure to provide us with such notice, or provide us the full requested information may impair the rights of the Policy Owner under the Policy or result in the termination of the Policy.

11. Anti-Money Laundering Regulations

You must supply us with any such information or documents that we request in order to comply with the Anti-Money Laundering Regulations in the United Arab Emirates, the Isle of Man or any other relevant jurisdiction.

The Policy will only commence or pay the proceeds of a claim when you or your representative(s) have provided all the information required by us that complies with the regulations. Failure to provide such information will delay or prohibit the allocation of premiums or the payment of benefit.

12. Notices to us

We will not act on any instruction in respect of the Policy unless it is received by us in writing or other acceptable form of communication from you.

13. Force Majeure

No liability shall arise if we are prevented from fulfilling our obligations under the Policy by reason of any circumstances beyond our 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 we 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 us to resume our performance.

14. 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.

15. General right to make changes

The contract of insurance between you and us is based on the laws and regulations that applied at the time we entered into it. If any relevant law or regulation changes (particularly because your tax residency or the country you live in has changed), and as a result we cannot continue to provide the Policy without there being a substantial negative effect on us, we are entitled to:

- change these Policy Terms and Conditions as we consider necessary to meet the changed law or regulation, without your permission; or
- immediately end your Policy.

We will give you advance notice, whenever it is reasonably possible to do so, about the changes in these Policy Terms and Conditions. If we need to end your Policy in accordance with these Policy Terms and Conditions, we will send you a 'termination notice' and the contract will end in line with that termination notice.

16. Changes to the Policy Terms and Conditions

To the extent that any change is proportionate and reasonably required, we may alter these 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.

We will give notice to you of any changes to these Policy Terms and Conditions 90 days before the change takes place where it is possible to do so. Where this is not possible, we will give notice to you as soon as we reasonably can.

17. Law and interpretation

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

In the event of any conflict between the Arabic version or the English version of the Policy Terms and Conditions, the Arabic version shall prevail as stipulated in United Arab Emirates laws.

The Policy and these Policy Terms and Conditions shall not be enforceable by any person who is not a party to the Policy, except to enable a Beneficiary to make a valid claim.

Your Policy has been designed to meet legal and regulatory requirements for customers resident in the United Arab Emirates. Should you 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 our ability to continue to service the Policy in accordance with these Policy Terms and Conditions and we may no longer be able to provide any of the benefits under the Policy.

18. Compliance with laws and regulations

We may have obligations ('Legal Obligations') now or in the future in relation to this Policy:

- imposed on us by foreign or local law or regulation;
- arising from agreements and registrations we make with foreign or local governmental, regulatory and taxation agencies.

Legal Obligations can, directly or indirectly, affect a range of individuals or entities ('Affected Person') including an individual or entity who at any time in the past, present or future is or was:

- the Life Insured;
- the Policy Owner;
- a Beneficiary of the Policy;
- entitled to access the Policy's cash value or change a Beneficiary of the Policy;
- entitled to receive a payment under the Policy on its maturity, or who at any time had a vested entitlement to payment;
- connected or associated with, or capable of exercising effective control over, any of the above who is not an individual (such as a company, a partnership, an association or a trustee, settlor or Beneficiary of a trust).

Legal Obligations relating to this Policy derive from the laws of various countries addressing a range of matters including, but not limited to, taxation, social security, anti-money laundering and counter-terrorism measures, and which change over time. To comply with Legal Obligations, we may need to:

- identify and obtain information about an Affected Person's status under foreign and local law, e.g. its taxpayer status;
- supply information about Affected Persons, the Policy and its value to local or foreign governmental, regulatory and taxation agencies;
- obtain a data privacy law waiver from Affected Persons;
- withhold or deduct amounts from the value of the Policy and amounts to be credited to it, such as on account of foreign taxation;
- refuse requests to process transfers of ownership of the Policy;
- refuse to perform some of our obligations specified elsewhere in the Policy contract, including to the point that we may no longer be able to provide some or all of its Benefits;
- modify the Policy Terms and Conditions without Policy Owner consent to comply with future Legal Obligations or future changes to current Legal Obligations;
- terminate the Policy;
- take (or not take) any other action in relation to the Policy.

As an example, we are required under the U.S. Foreign Account Tax Compliance Act and the U.S. regulations issued thereunder to identify Policy Owners and other Affected Persons that are U.S. citizens, U.S. residents for U.S. tax purposes, certain specified U.S. entities or entities owned by U.S. persons and to periodically report certain information to the U.S. Internal Revenue Service.

Our Legal Obligations can apply in respect of any Affected Person who is a past, current or future resident, citizen, or tax payer as defined by the law of the country of residence of the Policy Owner or another country. A place of birth outside the country of residence of the Policy

Owner or an Affected Person advising us of a new or changed mailing address (including postal or 'in care of'), residential address, telephone or other contact details, standing funds transfer instruction, or the appointment of an attorney or agent are some of the other factors that can cause the Legal Obligations to apply.

It is a condition of this Policy that:

1. the Policy Owner must reside at the address provided on the Policy application form at the date the Policy is issued;
2. the Policy Owner must provide all information we ask for in relation to an Affected Person completely and correctly and within the timeframes we specify;
3. the Policy Owner must notify us before an Affected Person becomes a resident or citizen of another country and upon any alteration to their taxation status;
4. we have the right to charge to the Policy Owner any amounts withheld as required to comply with any Legal Obligation and any associated costs;
5. we have the right and authority to take (or not take) any action that we consider necessary to comply with all Legal Obligations (as amended from time to time) that we consider affect this Policy.

We do not provide any tax or legal advice. Please consult with your own tax or legal adviser if you have any questions or wish to receive additional information about how you may be affected by the above.

19. Termination right due to regulatory exposure

If you move to another country and/or if your tax residency changes or differs from the information provided in a self-certification of tax residency or in documentation provided in connection with your Policy, when you provide that self-certification or documentation you must give us written notice prior to such change but no later than within 30 days of such change.

Please note that should you move to another country you may no longer be eligible to make payments into your Policy or to make investment decisions relating to your Policy. The local laws and regulations of the jurisdiction to which you may move may affect our ability to continue to service your Policy in accordance with the Policy Terms and Conditions. Therefore, we reserve all rights to take any steps that we deem appropriate, including the right to cancel your Policy with immediate effect.

20. Changing tax residency

If your tax residency changes, you must give us written notice, before the change if reasonably possible, and no later than within the 30 days after the change.

If your tax residency changes, you may no longer be eligible to make payments into your Policy or to make investment decisions relating to your Policy. The local laws and regulations of your new tax residency may affect our ability to continue to provide your Policy in line with these Policy Terms and Conditions. If this happens, we can take any steps necessary, including the right to cancel your Policy immediately.

21. Taxation

We do not provide any tax advice. Any information relating to applicable tax laws and regulations is of a general nature only. This Policy is designed for Policy Owners who are resident in the United Arab Emirates. If you decide to live outside of the United Arab Emirates after this Policy has been issued, and if you have questions or wish to receive additional information with respect to any of the provisions set forth above we recommend you obtain independent advice.

We reject any responsibility or liability whatsoever for any adverse tax consequences that may arise in respect of your Policy and/or payments made under your Policy as a result of you changing the country of residency.

22. Payment restrictions

We make payments under your Policy, such as benefit claims, to you or the beneficiary. We can only make these payments by electronic transfer to a bank account that is held in your name or the beneficiary's name and is in the same place as your or their tax residency.

We may make an exception to this restriction after we have assessed the facts and circumstances.

Under no circumstances will we make any payments in cash (bank notes) to U.S. residents.

23. Sanctions

Trade or economic sanctions (penalties or restrictions set by governments), laws and regulations apply to all payments to and from the Policy. We will not provide any services or benefits, including but not limited to accepting premiums, paying claims or making other payments, if this would break any relevant trade or economic sanctions, laws and regulations.

We may end your Policy if you, or any person authorised to act for you, carry out an activity which trade or economic sanctions, laws and regulations apply to.

24. Rights of third parties

Any Beneficiary who becomes entitled to payment of any Benefit shall have the right to enforce the Terms and Conditions of your Policy as a third party in accordance with the Isle of Man Contracts (Rights of Third Parties) Act 2001. The terms of your Policy may be amended or varied between you and us without the Beneficiary's consent.

25. Disclaimer

We reject any responsibility or liability whatsoever from any cost incurred by, or liability imposed on, a Policy Owner as a result of our good faith efforts to comply with requirements regarding the identification, due diligence or reporting of information relating to Policy Owners for tax purposes.

26. Data protection and disclosure information

Privacy Notice

This Notice is a summary of our Privacy Policy which describes how we collect and use personal information as Data Controller.

For the full version please visit online www.zurichinternational.com/en/zurich-international-life/about-us/privacy or contact us for a copy.

Personal information we use

We use personal information such as name and contact details ("Personal Data") and sensitive personal information such as medical details ("Special Category Data").

What we do with personal information

We use personal information to provide financial services, for example processing in connection with:

- setting up and managing a contract of insurance,
- providing marketing information with consent,
- complying with our legal obligations,
- running our business where we have a legitimate interest to do so.

Without accurate and sufficient personal information where required, we cannot offer financial services.

Sharing of personal information

We obtain personal information from, and share personal information with other organisations such as:

- Zurich Insurance Group Ltd. or any of its affiliated companies,
- companies who supply services to us such as administration,
- healthcare service providers,
- financial advisors and employers where appropriate.

How do you transfer personal information to other countries?

As a global business we ensure that personal information is protected in all locations by complying with EU and Isle of Man data protection laws.

How long do you hold personal information for?

We retain personal information for as long as is necessary to meet the purposes for which it was originally collected or to satisfy our legal obligations.

Data Subject rights

The person who is the subject of the personal information (the "Data Subject") has the following legal rights:

- access to personal information,
- data rectification where it is inaccurate or incomplete,
- erasure or anonymising of personal information,
- to restrict the processing of personal information,
- data portability – to obtain personal information in a digital format,
- to object to the processing of personal information,
- to not be subject to automated individual decision making processes,
- to withdraw consent at any time where processing is based on consent.

If you have cause for complaint regarding our processing of personal information, you can contact the Isle of Man Information Commissioner.

Data Protection Contact

Call Zurich International Life Customer Services on + 971 4 363 4567

Email our Data Protection Officer at ZILLPrivacy@Zurich.com.

Write to our Data Protection Officer at Zurich International Life Limited, P.O. Box 50389, Unit 601, Level 6, Building 6, Emaar Square, Dubai, United Arab Emirates.

27. Isle of Man Policyholders' compensation

Under the Isle of Man's Life Assurance (Compensation of Policyholders) Regulations 1991, if we cannot meet our obligations to our Policy Owners because we have become insolvent, the Isle of Man Financial Services Authority will pay you an amount equal to 90% of our liability under the Policy, from the Policyholders' Compensation Fund. The Policyholders' Compensation Fund provides protection to all Policy Owners, no matter where they live.

The amount paid from the Policyholders' Compensation Fund would be paid from a levy (tax charge) on the assets of the Isle of Man Life Assurance Companies who are still solvent.

You can get more information on the Policyholders' Compensation Fund from us or from the Isle of Man Financial Services Authority's website at www.iomfsa.im/regulated-sectors/life-insurance/Policyholder-protection/.

28. Complaints

If you need to complain about this product, please contact us by phone, email or write to us using the contact details in Condition 30 How to Contact Us. Details of our complaint handling process are available on our website www.zurich.ae. If you are not satisfied with our response, you also have the right to refer your complaint to the regulator below:

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

Complaints that cannot be resolved can be referred to the Financial Services Ombudsman Scheme ("FSOS") for the Isle of Man. 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, it is specifically aimed at individuals. The Ombudsman's contact details are:

The Financial Services Ombudsman Scheme,
Isle of Man Office of Fair Trading,
Thie Slieau Whallian,
Foxdale Road,
St John's,
Isle of Man,
IM4 3AS.

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

29. 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 procedure, 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 assured 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 T2bN0M0.

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 the Life Insured is on an official waiting list in a Specified Country, solely for coronary artery bypass surgery, up to 20% of the Critical Illness Sum Insured can be advanced to enable the surgery to be performed. The remaining 80% would be payable after the surgery has been completed.

If the Life Insured is included on an official waiting list in India solely for coronary artery bypass surgery, the lower of 20% of the Critical Illness Sum Insured or USD 15,000 (or currency equivalent determined by us) can be advanced to enable the surgery to be performed. The remaining Critical Illness Sum Insured would be payable after the surgery has been completed.

If the Life Insured is included on a waiting list in any other country, other than those in the Specified country list or India, the full Critical Illness Sum Insured will be payable only after the surgery has been completed.

Specified country list:

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

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 assured 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 by the Policy and after payment, the Critical Illness Sum Insured and Life Cover Sum Insured will be reduced by the amount of the payment for the relevant Life Insured or all Lives Insured in case of joint life first death.

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 are 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 percent of normal; and
- vital capacity less than 50 percent of normal;
- 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 is 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.

xvii) **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 Terms and 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, Finland, France, Germany, Gibraltar, Greece, Hong Kong, Hungary, Iceland, Isle of Man, Italy, Japan, Kuwait, Latvia, Liechtenstein, Lithuania, Luxembourg, Malta, Monaco, Netherlands, New Zealand, North Macedonia, Norway, Oman, Poland, Portugal, Qatar, Republic of Ireland, Romania, San Marino, Saudi Arabia, Singapore, Slovakia, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, Turkey, UAE, 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 assured 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:

- a) Personal hygiene – washing or bathing to the extent needed to maintain personal cleanliness.
- b) Dressing – putting on and taking off all necessary clothes.
- c) Mobility – moving from one room to another or getting in and out of a bed or chair.
- d) Eating and drinking – eating and drinking once food and drink has been prepared and made available.
- e) Using the lavatory – getting on and off the lavatory and maintaining personal hygiene.
- f) 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 assured 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 is not covered:

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

If the Life Insured is included on an official waiting list in a Specified country, the full Critical Illness Sum Insured can be advanced to enable the transplant to be performed.

Specified country list:

Andorra, Australia, Austria, Bahrain, Belgium, Bulgaria, Canada, Channel Islands, Croatia, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Finland, France, Germany, Gibraltar, Greece, Hong Kong, Hungary, Iceland, Isle of Man, Italy, Japan, Kuwait, Latvia, Liechtenstein, Lithuania, Luxembourg, Malta, Monaco, Netherlands, New Zealand, North Macedonia, Norway, Oman, Poland, Portugal, Qatar, Republic of Ireland, Romania, San Marino, Saudi Arabia, Singapore, Slovakia, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, Turkey, UAE, 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 2 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 is 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
 - localized 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.

xxxiiii) **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 assured by a Policy Owner.
- Intentional self-inflicted injury.

xxxv) **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.

30. How to contact us

Your financial adviser will normally be your first point of contact for any financial advice related to your Policy. If you wish to contact us for any queries, you can call us, email or write to us.



Phone: +971 4 363 4567

We're available Sunday to Thursday between 8am and 5pm.



Email: helppoint.uae@zurich.com and benefit.claims@zurich.com for Benefit claims



Write to:

Zurich International Life,
Zurich HelpPoint,
P.O. Box 50389,
Unit 601, Floor 6, Building 6,
Emaar Square,
Dubai,
United Arab Emirates.



Website: www.zurich.ae

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: Zurich House, Isle of Man Business Park, Douglas, Isle of Man, IM2 2QZ, British Isles.
Telephone +44 1624 662266 Telefax +44 1624 662038 www.zurichinternational.com

زيورخ انترناشيونال لايف ليتمد مسجلة بموجب القانون الاتحادي لدولة الإمارات العربية المتحدة رقم 6 لسنة 2007
(رقم تسجيل 63)، وتخضع أنشطتها في الإمارات العربية المتحدة لذلك القانون.

زيورخ انترناشيونال لايف هو اسم تجاري لزيورخ انترناشيونال لايف ليتمد والتي تقدم منتجات التأمين على الحياة والاستثمار
والحماية، ومرخصة من قبل هيئة الخدمات المالية في آيل أوف مان.

مسجلة في آيل أوف مان بموجب رقم تسجيل 20126 سي

مكتبها المسجل: زيورخ هاوس، مجمع آيل أوف مان للأعمال، دوغلاس، آيل أوف مان، أي إم 2 كيو زي، الجزر البريطانية
Telephone +44 1624 662266 Telefax +44 1624 662038 www.zurichinternational.com

30. كيفية الاتصال بنا

عادة ما يكون المستشار المالي الخاص بك هو أول نقطة اتصال لأي نصيحة مالية تتعلق بالوثيقة الخاصة بك. إذا رغبت في الاتصال بنا لأية استفسارات يمكنك الاتصال بنا أو إرسال رسالة بريد إلكتروني أو الكتابة إلينا.



الهاتف: +971 4 363 4567

نحن موجودون من الأحد إلى الخميس بين الساعة 8 صباحًا و حتى الساعة 5 مساءً.



البريد الإلكتروني:

helppoint.uae@zurich.com

أو للمطالبات الخاصة بالمزايا

benefit.claims@zurich.com



عنوان المراسلة:

زيوريخ انترناشونال لايف،

صندوق بريد 50389 ،

الوحدة 601، طابق 6 ، مبنى 6،

إعمار سكوير،

دبي،

الإمارات العربية المتحدة.



الموقع الإلكتروني: www.zurich.ae

(xxxix) 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/1.73م² و

• تحليل غير عادي للبول يوضح وجود البييلة البروتينية أو الدموية،

أو

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

• خلل دائم بالجهاز العصبي يثبت على الأقل من الأعراض التالي ذكرها والتي يتحتم وجودها عند الفحص السريري ويتوقع أن تستمر لما تبقى من عمر المريض:

– 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

لأعراض 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 الذئبة الحمراء الجهازية من التغطية التي توفرها هذه الوثيقة.

(xxxii) المرض المؤدي للوفاة

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

• ليس للمرض علاج معروف أو أنه وصل إلى مرحلة اللعلاج.

• التوقع أن يفضي المرض إلى الوفاة في غضون 12 شهرًا بحسب رأي الاستشاري المباشر للحالة.

(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، فإن ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية:

• 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 وتأكيدتها من قبل استشاري أمراض عصبية في موعد لا يتعدى 6 أسابيع من الإصابة الرضية.

(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.

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، فإن ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية:

- الإصابة الرضية في الأنسجة الدماغية أو الأوعية الدموية.
- الأعراض الدماغية الناتجة عن النوبات الإقفارية العابرة، الأمراض العصبية القابلة للعلاج، الصداع النصفي، الجرح الدماغي الناتج عن صدمة أو نقص الأكسجين في الدم، أو اضطرابات الرؤية أو التوازن بسبب مرض بالعين أو بالعصب أو بالجهاز الدهليزي للأذن.

(xxiv) مرض العصبون الحركي – المتسبب في أعراض دائمة

تشخيص قاطع لمرض العصبون الحركي يجريه استشاري أمراض عصبية.

يتحتم 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).

(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 سنة 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 بنيوي 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، فإن ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية:

- 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، فإن ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية:

- مرض باركنسون الثانوي الناجم عن شرب الكحوليات أو تعاطي المخدرات أو سوء استخدام المواد الكيميائية.
- المتلازمات الأخرى لمرض باركنسون.

*قائمة الدول المحددة:

(xxii)

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.

زراعة عضو رئيسي (xxiii)

الخضوع لعملية زرع لاستبدال عضو مريض أو تالف، بما في ذلك نخاع العظام البشري باستخدام زرع خلايا الدم الجذعية المسبوقة باستئصال 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، فإن ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية:

• تُستبعد أي عملية زرع خلايا جذعية غير الواردة أعلاه.

• زراعة أجزاء الأعضاء أو الأنسجة أو الخلايا أو أعضاء أخرى.

إذا كان المؤمن له على الحياة مدرجا في قائمة انتظار رسمية في دولة محددة، يمكن دفع كامل مبلغ تأمين المرض الخطير مقدما لإتاحة إجراء عملية الزراعة.

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، أيسلندا، إيطاليا، اليابان، الكويت، لاتفيا، ليختنشتاين، ليتوانيا، لوكسمبورج، مالطا، موناكو، هولندا، نيوزيلندا، النرويج، عمان، بولندا، البرتغال، قطر، جمهورية أيرلندا، مقدونيا الشمالية، رومانيا، سان مارينو، المملكة العربية السعودية، سنغافورة، سلوفاكيا، سلوفينيا، أسبانيا، السويد، سويسرا، تركيا، الإمارات العربية المتحدة، المملكة المتحدة، الولايات المتحدة الأمريكية.

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، مقدونيا الشمالية، 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.

(xx) عدم القدرة على الاعتماد على النفس – المتسبب في أعراض دائمة

هي حالة تعني أن الشخص المؤمن له على الحياة غير قادر نهائيا 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) الأكل والشرب - 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) فقدان 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، فإن ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية:

- الإصابة المتعمدة للمؤمن عليه من قبل أحد المشتركين في الخطة التأمينية.
- الإصابة الذاتية المتعمدة.

(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؛ أو
 - 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 الموضوعة 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، فإن ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية:

- 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 السجن أو رجل مطافي،
- صيدلي أو مساعد في مختبر أو موظف في منشأة طبية.

(xv) أمراض الجهاز التنفسي - المرحلة النهائية/ توقف التنفس - ذات الخطورة المحددة

تأكيد طبيب استشاري الإصابة بمرض حاد في الرئة يثبت ما يلي:

- الحاجة إلى جلسات أوكسجين يومية على نحو دائم؛
- إثبات بأن جلسات الأوكسجين مطلوبة لمدة ستة أشهر كحد أدنى؛
- إثبات أن الجريان الزفير الأقصى في الثانية الأولى أقل بـ 40% من المستوى الطبيعي؛
- إثبات أن السعة الحيوية أقل بـ 50% من المستوى الطبيعي؛
- ضيق النفس عند الاستلقاء.

(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:

- تغيرات جديدة مميزة في مخطط القلب الكهربائي.
 - صعود خواص إنزيمات القلب أو التروبونين المسجلة عند المستويات التالية أو أعلى منها:
 - التروبونين T أكبر من 1.0 نانوجرام/مل،
 - نتائج فحص AccuTnI أكبر من 0.5 نانوجرام/مل أو حد معادل مع أساليب فحص التروبونين I الأخرى.
- ويجب أن يظهر الدليل الاحتشاء الحاد لعضلة القلب بشكل قطعي.

وبالنظر للتعريف أعلاه، فإن ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية:

- 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.

(xii) **السرطان القنوي الموضعي في الثدي - مع علاج خاص (الدفعات الجزئية)**

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 تأكيدته 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 الموضعي بالثدي المُعالج بواسطة وسائل أخرى وسرطان الفصيص الموضعي في الثدي. يستحق دفع المزية من الوثيقة مرة واحدة فقط، وبعد الدفع يتم تخفيض مبلغ تأمين المرض الخطير ومبلغ تأمين التغطية التأمينية على الحياة بمبلغ الدفعة للمؤمن له على الحياة ذي الصلة أو جميع المؤمن لهم على الحياة ذوي الصلة في حالة التأمين المشترك على الحياة بوفاة الأول.

(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، فإن ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية:

- متلازمة الإجهاد المزمن والتهاب الدماغ و النخاع المؤلم للعضل.

(xiv) **الفشل الكبدي - المرحلة النهائية**

المرحلة النهائية من الفشل الكبدي الناجم عن التليف والذي يسبب جميع ما يلي:

- اليرقان الدائم.
- الاستسقاء.
- اعتلال دماغي.

وبالنظر للتعريف أعلاه فإن ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية:

- أمراض الكبد الثانوية الناجمة عن شرب الكحوليات أو تعاطي المخدرات أو سوء استخدام المواد الكيميائية.

(x) **الصرم- 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.

وبالنظر للتعريف أعلاه، فإن ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية:

- الإصابات المتعمدة للمؤمن عليه من قبل أحد المشتركين في الوثيقة.
- الإصابات الذاتية المتعمدة.

(xi) **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 الخلل 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.
- وهذا يؤدي إلى ضرورة وجود إشراف مستمر لحماية المؤمن له على الحياة أو لحماية الآخرين.

وبالنظر للتعريف أعلاه، فإن ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية:

- الخرف الناجم عن شرب الكحوليات وتعاطي المخدرات أو الإصابة بالإيدز.

(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 والسااركومة والورم الليمفاوي باستثناء الورم الليمفاوي الجلدي (الورم الليمفاوي الذي يصيب الجلد فقط).

وبالنظر للتعريف أعلاه، فإن ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية:

جميع حالات السرطان التي تصنفها فحوصات الأنسجة على أنها واحدة من الحالات الآتية.

- ورم محتمل الخباثة؛

- 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 T2bN0M0 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).

(vii)

الغيبوبة المرضية - ذات الأعراض الدائمة

هي حالة من فقدان الوعي مصحوبة 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 طبياً) لأسباب علاجية.

وبالنظر للتعريف أعلاه فإن ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية:

- الغيبوبة الثانوية الناجمة عن شرب الكحوليات أو تعاطي المخدرات أو سوء استخدام المواد الكيميائية.

(viii)

ترقيع الشريان التاجي التجاوزي - مصاحب لجراحة 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 بالترقيع.

إذا كان المؤمن له على الحياة مدرج بقائمة انتظار رسمية في دولة محددة بالنسبة لعملية الشريان التاجي التجاوزي فقط فيمكن دفع ما يصل إلى 20% من مبلغ تأمين المرض الخطير مقدماً حتى يمكن إجراء العملية الجراحية. يستحق دفع نسبة الـ 80% المتبقية بعد إكمال الجراحة

إذا كان المؤمن له على الحياة مدرجاً بقائمة انتظار رسمية في الهند لعملية الشريان التاجي التجاوزي فقط، فيمكن دفع 20% من مبلغ تأمين المرض الخطير أو 15,000 دولار (أو ما يعادلها بالعملة الأخرى التي نحددها) أيهما أقل مقدماً، مقدماً لإتاحة إجراء العملية الجراحية. يستحق دفع المتبقي من مبلغ تأمين المرض الخطير بعد إكمال الجراحة

إذا كان المؤمن له على الحياة مدرجاً في قائمة انتظار في أي دولة أخرى بخلاف تلك المدرجة في قائمة الدول المحددة أو الهند، يستحق دفع كامل مبلغ تأمين المرض الخطير بعد إكمال الجراحة فقط

قائمة الدول المحددة:

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

مرض كروتزفالد-جاكوب - الذي يتطلب عناية دائمة

(ix)

التشخيص القاطع بوجود مرض كروتزفالد - جاكوب يجريه استشاري أمراض الجهاز العصبي والذي يثبت انخفاض كبير في الوظائف النفسية والاجتماعية التي تطلب مراقبة مستمرة أو مساعدة من طرف ثالث.

”المرض الخطير“ يعني أي مما يلي:

(i) **جراحة 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، فإن ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية:

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

(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 كابثة للمناعة.

ويجب التثبت من التشخيص عن طريق أخصائي أمراض الدم.

وبالنظر للتعريف أعلاه، فإن ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية:

- 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، فإن ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية:

- 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 الحسية 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، فإن ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية:

- 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، فإن ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية:

- الإصابة المتعمدة للمؤمن عليه من قبل أحد المشتركين في الوثيقة.
- الإصابة الذاتية المتعمدة.

28. الشكاوى

إذا احتجت لتقديم شكوى بشأن هذا المنتج، يرجى التواصل معنا عبر الهاتف أو البريد الإلكتروني أو بالكتابة إلينا باستخدام تفاصيل الاتصال المتاحة في البند 30 - كيفية الاتصال بنا. تتوفر تفاصيل إجراءات التعامل مع الشكاوى على موقعنا الإلكتروني www.zurich.ae. إذا لم تكن راضيا عن استجابتنا، فإن لديك الحق في إحالة الشكاوى الخاصة بك إلى الجهة التنظيمية أدناه:

هيئة التأمين
ص.ب. 113332
أبو ظبي
الإمارات العربية المتحدة
هاتف: +97124990111
الموقع الإلكتروني: www.ia.gov.ae

يمكن إحالة الشكاوى التي لا يمكن حلها إلى برنامج أمين المظالم للخدمات المالية لآيل أوف مان. لن يؤثر تقديم شكوى لأمين المظالم على حقوقك القانونية.

يجب عليك ملاحظة أن الشركات وأمانات الاستثمار غير مؤهلين لتقديم شكوى لأمين المظالم، فهي مخصصة تحديدا للأفراد. تفاصيل الاتصال بأمين المظالم هي كما يلي:

برنامج أمين المظالم للخدمات المالية
مكتب آيل أوف مان للتجارة الحرة
ثي سلبو واهليان
فوكسدیل روود،
سانت جون
آيل أوف مان
آي إم 43 آيه إس
هاتف: +441624686500
البريد الإلكتروني: ombudsman@omft.gov.im
الموقع الإلكتروني: www.gov.im/oft

حقوق موضوع البيانات

يمتلك الشخص موضوع المعلومات الشخصية ("موضوع البيانات") الحقوق القانونية التالية:

- الوصول للمعلومات الشخصية،
 - المصادقة على البيانات حيث تكون غير دقيقة أو غير مكتملة،
 - محو أو إخفاء الهوية من المعلومات الشخصية،
 - تقييد معالجة المعلومات الشخصية،
 - قابلية نقل المعلومات - للحصول على المعلومات الشخصية في شكل رقمي،
 - الاعتراض على معالجة المعلومات الشخصية،
 - عدم الخضوع لعمليات صنع القرار الفردية الآلية،
 - سحب الموافقة في أي وقت إذا كانت المعالجة تستند إلى موافقة.
- إذا كان لديك سبب للشكوى فيما يتعلق بمعالجتنا للمعلومات الشخصية، يمكنك التواصل مع مفوض المعلومات في آيل أوف مان.

جهة الاتصال بخصوص حماية البيانات

الاتصال بخدمة العملاء لدى زيورخ انترناشيونال لايف على الرقم +441624691111

قم بإرسال رسالة بريد إلكتروني لمسؤول حماية البيانات على ZILLPrivacy@Zurich.com

الكتابة إلى مسؤول حماية البيانات لدينا إلى العنوان زيورخ انترناشيونال لايف ليمتد، ص.ب. 50389، الوحدة 601، الطابق 6، المبنى 6، ساحة إعمار، دبي، الإمارات العربية المتحدة.

27. صندوق تعويض مالكي الوثيقة في آيل أوف مان

تدفع سلطة الخدمات المالية في آيل أوف مان بموجب لوائح التأمين على الحياة في آيل أوف مان لسنة 1991 (تعويض حاملي الوثيقة) في حالة عدم قدرتنا على الوفاء بالتزاماتنا تجاه مالكي الوثيقة التابعين لنا بسبب أننا أصبحنا معسرين، هيئة آيل أوف مان للخدمات المالية سوف تقوم بدفع مبلغ يساوي 90% لمالك الوثيقة من التزامنا بموجب الوثيقة من صندوق تعويض حاملي الوثيقة. يقدم صندوق تعويض حاملي الوثيقة حماية لجميع مالكي الوثيقة بغض النظر عن مكان إقامتهم.

يتم دفع المبلغ المدفوع من صندوق تعويض حاملي الوثيقة من ضريبة مفروضة على أصول شركات التأمين على الحياة التي لا تزال لديها الملاءة المالية.

يمكنك الحصول على معلومات إضافية عن صندوق تعويض حاملي الوثائق من الموقع الإلكتروني لسلطة الخدمات المالية في آيل أوف مان
<https://www.iomfsa.im/regulatedsectors/life-insurance/Policyholderprotection>

22. قيود الدفع

26. حماية البيانات والإفصاح عن المعلومات

إشعار الخصوصية

هذا الإشعار هو ملخص لسياسة الخصوصية لدينا والذي يبين كيفية تحصيلنا واستخدامنا للمعلومات الشخصية كمرقب للبيانات.

للحصول على النسخة الكاملة يرجى زيارة الموقع الإلكتروني <https://www.zurichinternational.com/en/zurich-international-life/about-us/privacy> أو التواصل معنا للحصول على نسخة.

المعلومات الشخصية التي نستخدمها

نقوم باستخدام المعلومات الشخصية مثل الاسم وتفاصيل الاتصال ("البيانات الشخصية") والمعلومات الشخصية الحساسة مثل التفاصيل الطبية ("بيانات الفئة الخاصة").

ما نفعله بالمعلومات الشخصية

نستخدم المعلومات الشخصية لتقديم خدمات مالية، مثل المعالجة المتصلة بما يلي:

- إعداد وإدارة عقد التأمين،
 - تقديم معلومات تسويقية مع موافقة،
 - الامتثال لالتزامنا القانوني،
 - إدارة أعمالنا حيث تكون لنا مصلحة شرعية للقيام بذلك.
- لا يمكننا تقديم خدمات مالية دون الحصول على معلومات شخصية دقيقة وكافية حيثما تكون مطلوبة.

مشاركة المعلومات الشخصية

نحن نحصل على المعلومات الشخصية من ونشاركها مع مؤسسات أخرى مثل:

- زيورخ انشورانس جروب ليمتد، أو أي من شركاتها التابعة،
- الشركات التي تقدم خدمات لنا مثل الإدارة،
- مزودي خدمة الرعاية الصحية،
- المستشارين الماليين وأصحاب العمل حسب الاقتضاء.

كيف تنقلون المعلومات الشخصية لدول أخرى؟

باعتبارنا شركة أعمال عالمية فإننا نضمن أن المعلومات الشخصية محمية في جميع المواقع بالامتثال لقوانين حماية البيانات في الاتحاد الأوروبي وأيل أوف مان.

ما هو طول مدة احتفاظكم بالمعلومات الشخصية؟

نقوم بالاحتفاظ بالمعلومات الشخصية طالما كان ذلك ضروريا لتحقيق الأغراض التي تم تجميعها في الأصل بشأنها أو للوفاء بالتزاماتنا القانونية.

نقوم بتنفيذ الدفعات بموجب الوثيقة الخاصة بك مثل مطالبات المزية لك أو للمستفيد. يمكننا إجراء هذه الدفعات فقط بالتحويل البنكي لحساب مصرفي محتفظ به باسمك أو باسم المستفيد الواقع في نفس مكان الإقامة لأغراض الضريبة الخاص بك أو بهم.

يمكن أن نجري استثناء لهذا القيد بعد تقييمنا للحقائق والظروف.

لن نقوم تحت أي ظروف بتنفيذ أي دفعات نقدية (أوراق نقدية) للمقيمين بالولايات المتحدة الأمريكية.

23. العقوبات

تطبق العقوبات التجارية أو الاقتصادية (الجزاءات أو القيود التي تضعها الحكومات) والقوانين واللوائح على جميع الدفعات في ومن الوثيقة. لن نقدم أية خدمات أو مزايا بما في ذلك ودون تحديد قبول أقساط التأمين ودفع المطالبات أو إجراء دفعات أخرى إذا كان في قيامنا بذلك انتهاك لأي عقوبات تجارية أو اقتصادية أو قوانين ولوائح ذات صلة.

يجوز لنا إنهاء الوثيقة الخاصة بك إذا قمت أنت أو أي شخص مفوض بالتصرف نيابة عنك بنشاط تطبق عليه العقوبات التجارية أو الاقتصادية والقوانين واللوائح.

24. حقوق الأطراف الثالثة

يحق لأي مستفيد يصبح مستحقا لدفع أي مزية إنفاذ شروط وأحكام الوثيقة كطرف ثالث وفقا لقانون العقود في أيل أوف مان لسنة 2001 (حقوق الأطراف الثالثة). يجوز تعديل شروط وأحكام الوثيقة الخاصة بك أو تغييرها بينك وبيننا دون الحاجة لموافقة المستفيد.

25. إخلاء مسؤولية

نرفض تحمل أي مسؤولية أو التزام مهما يكن عن أي تكلفة تتكبدها أو التزام يفرض عليك نتيجة لجهودنا بحسن نية للامتثال للمتطلبات الخاصة بالهوية أو العناية الواجبة أو الإبلاغ عن المعلومات ذات الصلة بمالكي الوثيقة للأغراض الضريبية.

19. حق الإنهاء نتيجة للتعرض التنظيمي

إذا انتقلت لدولة أخرى و/أو إذا تغيرت إقامتك لأغراض الضريبة أو اختلفت عن المعلومات التي تم تقديمها لنا في الشهادة الذاتية الخاصة بالإقامة لأغراض الضريبة أو في مستند تم تقديمه لنا فيما يتصل بالوثيقة الخاصة بك، يجب عليك عند تقديم تلك الشهادة الذاتية أو المستند أن تقدم لنا إخطاراً كتابياً قبل ذلك التغيير ولكن في موعد لا يتجاوز 30 يوماً من ذلك التغيير.

يرجى ملاحظة أنه إذا انتقلت إلى دولة أخرى قد لا تصبح مؤهلاً لإجراء دفعات في الوثيقة الخاصة بك أو اتخاذ قرار استثمار يتعلق بالوثيقة الخاصة بك. قد تؤثر القوانين واللوائح المحلية في الولاية القضائية التي قد تنتقل إليها على قدرتنا على الاستمرار في إدارة الوثيقة وفقاً لشروط وأحكام الوثيقة هذه. عليه، فإننا نحتفظ بكافة الحقوق لاتخاذ أية خطوات نعتبرها مناسبة، بما في ذلك حق إلغاء الوثيقة الخاصة بك بأثر فوري.

20. تغيير مكان الإقامة لأغراض الضريبة

إذا تغير مكان إقامتك لأغراض الضريبة يجب عليك أن تقدم لنا إخطاراً كتابياً قبل التغيير إذا كان ذلك ممكناً بشكل معقول، وفي موعد لا يتجاوز 30 يوماً بعد التغيير.

إذا تغير مكان إقامتك لأغراض الضريبة قد لا تصبح مؤهلاً لإجراء دفعات في الوثيقة الخاصة بك أو اتخاذ قرار استثمار يتعلق بالوثيقة الخاصة بك. قد تؤثر القوانين واللوائح المحلية في الولاية القضائية التي قد تنتقل إليها على قدرتنا على الاستمرار في إدارة الوثيقة بما يتماشى مع شروط وأحكام الوثيقة هذه. إذا حدث هذا، يمكننا اتخاذ أية خطوات مناسبة، بما في ذلك حق إلغاء الوثيقة الخاصة بك بأثر فوري.

الضريبة

نحن لا نقدم أي نصيحة ضريبية. أي معلومات ذات صلة بقوانين الضرائب المعمول بها هي ذات طبيعة عامة فقط. تم إعداد هذه الوثيقة لمالكي الوثيقة المقيمين في الإمارات العربية المتحدة. إذا قررت العيش خارج الإمارات العربية المتحدة بعد إصدار هذه الوثيقة وإذا كانت لديك أسئلة أو رغبت في الحصول على معلومات إضافية فيما يتعلق بأي أحكام مذكورة هنا أعلاه فإننا نوصي بالحصول على مشورة مستقلة.

نحن نرفض أي مسؤولية أو التزام مهما يكن عن أي تبعات ضريبية عكسية قد تنشأ فيما يتعلق بالوثيقة الخاصة بك و/أو دفعة تم إجرائها بموجب الوثيقة الخاصة بك نتيجة لتغييرك لبلد إقامتك.

على سبيل المثال نحن مطالبين بموجب قانون الولايات المتحدة الأمريكية الخاص بامتنال الحسابات الأجنبية للضريبة والقوانين واللوائح ذات الصلة بها، تحديد مالكي الوثيقة والأشخاص المتأثرين الآخرين من مواطني الولايات المتحدة الأمريكية والمقيمين في الولايات المتحدة الأمريكية لأغراض الضريبة في الولايات المتحدة الأمريكية وبعض الكيانات الأمريكية المحددة أو الكيانات المملوكة لأشخاص أمريكيين، والقيام دورياً بتقديم تقرير ببعض المعلومات لدائرة الإيرادات الداخلية للولايات المتحدة.

يمكن أن تنطبق التزاماتنا القانونية فيما يختص بأي شخص متأثر كان في السابق أو في الوقت الحالي أو سيكون في المستقبل مواطناً أو دافع ضرائب حسب تعريفه بموجب قوانين بلد إقامة مالك الوثيقة أو دولة أخرى. مكان الميلاد خارج بلد إقامة مالك الوثيقة أو شخص متأثر يبلغنا بتغيير عنوان البريد الخاص به (بما في ذلك الرمز البريدي أو "العناية") أو عنوان السكن أو الهاتف أو تفاصيل الاتصال الأخرى أو تعليمات تحويل أموال دائمة أو تعيين محامي أو وكيل تعد بعض من العوامل الأخرى التي يمكن أن تتسبب في تطبيق الالتزامات القانونية.

يعد شرطاً من شروط هذه الوثيقة:

1. أن يقيم مالك الوثيقة في العنوان المقدم لنا في نموذج طلب الوثيقة في تاريخ إصدار الوثيقة؛
2. يجب على مالك الوثيقة تزويدنا بكافة المعلومات التي نطلبها فيما يتعلق بشخص متأثر بشكل كامل وصحيح وخلال الأطر الزمنية التي نحددها؛
3. يجب على مالك الوثيقة إخطارنا قبل أن يصبح شخص متأثر مقيماً أو مواطناً في دولة أخرى وعند تعديل وضع الضرائب الخاص بهم؛
4. يحق لنا احتساب أي مبالغ محتجزة وأي تكاليف متصلة بها على مالك الوثيقة حسبما يكون مطلوباً للامتنال بأي التزام قانوني؛
5. يحق لنا ولدينا سلطة اتخاذ (أو عدم اتخاذ) أي إجراء نراه ضروري للامتنال بجميع الالتزامات القانونية (وتعدلاتها من وقت لآخر) التي نرى أنها تؤثر على هذه الوثيقة.

نحن لا نقدم مشورة ضريبية أو قانونية. يرجى استشارة المستشار الضريبي أو القانوني الخاص بك إذا كانت لديك أية أسئلة أو كنت ترغب في الحصول على معلومات إضافية حول إمكانية تأثرك بما ذكر أعلاه.

15. الحق العام لإجراء تعديلات

يستند عقد التأمين بينك وبيننا على القوانين واللوائح المعمول بها في وقت إبرامنا له. إذا تغير أي قانون أو لائحة ذات صلة (تحديداً بسبب إقامتك لأغراض الضريبة أو تغيرت الدولة التي تعيش فيها)، ونتيجة لذلك لا يمكننا الاستمرار في تقديم الوثيقة دون وجود أثر سلبي جوهري علينا، يحق لنا:

- تعديل شروط وأحكام الوثيقة هذه حسبما نراه ضرورياً للوفاء بمتطلبات القانون أو اللائحة المتغيرة دون الحصول على إذنك؛ أو
- إنهاء الوثيقة بأثر فوري.

سوف نمحك إخطاراً مسبقاً عندما يكون القيام بذلك ممكناً بشكل معقول، حول التعديلات التي تطرأ على شروط وأحكام الوثيقة هذه. إذا احتجنا لإنهاء الوثيقة الخاصة بك وفقاً لشروط وأحكام الوثيقة هذا، سوف نرسل لك "إشعار إنهاء" وسوف ينتهي العقد وفقاً لإشعار الإنهاء ذلك.

16. التعديلات على شروط وأحكام الوثيقة

إلى الحد الذي يكون فيه أي تغيير متناسباً ومطلوباً بشكل معقول، يجوز لنا تغيير شروط وأحكام الوثيقة هذه لمراعاة قرار صادر عن محكمة أو هيئة حكومية أو أمين مظالم أو جهة تنظيمية أو هيئة صناعية أو هيئة أخرى مماثلة أو لمراعاة التغييرات التي تطرأ على القانون، أو الضرائب أو التوجيهات الرسمية أو قواعد الممارسة المعمول بها.

سوف نقدم لك إخطاراً بأي تعديلات على شروط وأحكام الوثيقة هذه قبل 90 يوماً من نفاذ التعديل عندما يكون القيام بذلك ممكناً. إذا لم يكن ذلك ممكناً، سوف نقدم لك إخطاراً في أقرب وقت يمكننا فيه بشكل معقول القيام بذلك.

17. القانون والتفسير

تخضع الوثيقة وتفسر وفقاً لقوانين الإمارات العربية المتحدة، وستخضع للاختصاص القضائي غير الحصري لأي سلطة قانونية مختصة في الإمارات العربية المتحدة فيما يتعلق بأية دعاوى تنشأ عن الوثيقة.

في حالة وجود أي تضارب بين النسخة العربية أو النسخة الإنجليزية لشروط وأحكام الوثيقة هذه، تسود اللغة العربية كما هو منصوص عليه في قوانين الإمارات العربية المتحدة.

لن تكون الوثيقة وشروط وأحكام الوثيقة هذه قابلة للتنفيذ من قبل أي شخص ليس طرفاً في الوثيقة، إلا لتمكين مستفيد من تقديم مطالبة صالحة.

تم إعداد الوثيقة الخاصة بك للوفاء بالمتطلبات القانونية والتنظيمية للمعمول لهم في الإمارات العربية المتحدة. إذا انتقلت أنت أو المؤمن له على الحياة إلى دولة أخرى خلال مدة الوثيقة، قد لا تصبح مناسبة. قد تؤثر القوانين واللوائح في دولة مختلفة على قدرتنا في الاستمرار في إدارة الوثيقة وفقاً لشروط وأحكام الوثيقة هذه، وقد لا نصبح قادرين على تقديم أي من المزايا بموجب الوثيقة.

18. الامتثال للقوانين واللوائح

قد تكون علينا التزامات في الوقت الحالي أو في المستقبل (الالتزامات القانونية) فيما يتعلق بهذه الوثيقة:

- تم فرضها علينا بموجب قانون أو لائحة أجنبية أو محلية؛
 - تنشأ عن اتفاقيات وتسجيلات تجريها مع وكالات حكومية أجنبية أو محلية وتنظيمية وضريبية.
- يمكن للالتزامات القانونية أن تؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر على مجموعة من الأفراد أو الكيانات ("الشخص المتأثر") بما في ذلك فرد أو كيان كان في الماضي أو في الوقت الحالي أو سيكون في المستقبل:

- المؤمن له على الحياة؛
- مالك الوثيقة؛
- مستفيد من الوثيقة؛
- له حق الوصول للقيمة النقدية للوثيقة أو تغيير مستفيد من الوثيقة؛
- يحق له استلام دفعة بموجب الوثيقة عند استحقاقها، أو كان له في أي وقت استحقاق مكتسب للدفع؛
- متصل أو مرتبط أو قادر على ممارسة سيطرة فعالة على أي مما ذكر أعلاه، والذي ليس فرداً (مثل شركة أو شراكة أو اتحاد أو أمين أو مكلف بتسوية أو مستفيد من ائتمان).

الالتزامات القانونية المتعلقة بهذه الوثيقة مستمدة من قوانين عدة دول للتعامل مع العديد من الأمور والتي تشمل دون تحديد الضرائب والضمان الاجتماعي ومكافحة غسل الأموال وتدابير مجابهة الإرهاب، والتي تتغير مع مرور الوقت. للامتثال للالتزامات القانونية قد نحتاج إلى:

- تحديد والحصول على معلومات حول وضع شخص متأثر بموجب قانون أجنبي ومحلي، مثل وضع دافع الضرائب الخاص به؛
- تقديم معلومات حول الأشخاص المتأثرين والوثيقة وقيمتها للوكالات الحكومية المحلية أو الأجنبية والتنظيمية والضريبية؛
- الحصول على إعفاء من قانون خصوصية البيانات من الأشخاص المتأثرين؛
- حجز أو اقتطاع مبالغ من قيمة الوثيقة ومبالغ تم إيداعها فيها، مثل ما يكون لحساب الضرائب الأجنبية؛
- رفض طلبات لمعالجة نقل ملكية الوثيقة؛
- رفض أداء بعض التزاماتنا المحددة في مكان آخر في عقد الوثيقة، بما في ذلك إلى الحد الذي لا نعد معه قادرين على تقديم بعض من أو جميع مزاياها؛
- تعديل شروط وأحكام الوثيقة هذه دون موافقة مالك الوثيقة للامتثال للالتزامات القانونية المستقبلية أو التعديلات المستقبلية على الالتزامات القانونية الحالية؛
- إنهاء الوثيقة؛
- اتخاذ (أو عدم اتخاذ) أي إجراء آخر فيما يتعلق بالوثيقة.

8. حق الإلغاء

يحق لك إلغاء الوثيقة الخاصة بك والحصول على استرداد كامل لأي أقساط تأمين تم دفعها بتقديم إخطار كتابي لنا باستخدام العنوان الوارد في البند 30 - كيفية الاتصال بنا.

تتم معالجة الإلغاء على النحو المبين أدناه:

- يجب توقيح إخطار إلغاء الوثيقة بواسطة جميع مالكي الوثيقة وإعادته إلينا خلال 30 يوماً من يوم استلامك لمستندات الوثيقة الخاصة بك.
- إذا كان مقدمي الطلب في عناوين منفصلة، يتم إصدار إخطار الإلغاء لعنوان مقدم الطلب الأول فقط.
- يمكنك إلغاء الوثيقة الخاصة بك قبل استلام مستندات الوثيقة الخاصة بك بالتواصل معنا أو مع المتخصص المالي الخاص بك.

9. التنازل عن الوثيقة الخاصة بك

يمكنك التنازل عن الوثيقة الخاصة بك في أي وقت مع مراعاة موافقتنا استناداً إلى أي معلومات أو دليل قد نطلبه بشكل معقول في ذلك الوقت.

إذا تم التنازل عن الوثيقة الخاصة بك لمالك وثيقة جديد (تم تحويلها بشكل قانوني)، أو تمت إضافة مالك وثيقة جديد للوثيقة الخاصة بك يجب عليك منحنا إخطار كتابي مسبق بذلك التغيير.

يجب على كل مالك وثيقة جديد القيام فوراً بتزويدنا بشهادة اعتماد ذاتي دقيقة فيما يتعلق بمكان إقامته لأغراض الضريبة، وأن يقدم أي دليل ومعلومات نطلبها.

إذا أخفقت أنت أو مالك وثيقة جديد في تزويدنا بالإخطار أو شهادة الاعتماد الذاتي أو المعلومات أو الدليل الذي نحتاجه، قد يضر ذلك بحقوقك أو حقوق مالك الوثيقة الجديد بموجب الوثيقة الخاصة بك أو قد ينتج عنه إنهاء الوثيقة الخاصة بك.

إذا قمت بالتنازل عن الوثيقة الخاصة بك فإن ذلك سيؤدي إلى إبطال أي تعيين مستفيد قمت بإجرائه (هذا إقرار يحدد من ترغب في أن يستلم عائدات الوثيقة بعد وفاتك).

10. إضافة مالك وثيقة جديد

يمكنك إضافة مالك وثيقة جديد في الوثيقة الخاصة بك في أي وقت ويخضع ذلك إلى موافقتنا استناداً إلى أي معلومات أو أدلة نطلبها بشكل معقول في ذلك الوقت.

إذا تمت إضافة مالك وثيقة جديد للوثيقة، يجب على مالك الوثيقة الأصلي أن يقدم لنا إخطاراً كتابياً مسبقاً بهذا التعديل الذي طرأ على الوثيقة.

يجب على كل مالك وثيقة جديد أو إضافي القيام فوراً بالاستجابة لطلبنا لشهادة اعتماد ذاتي دقيقة فيما يتعلق بالولاية/الولايات القضائية التي يقيم فيها مالك الوثيقة الجديد/الإضافي لأغراض الضريبة، وأن يستجيب لطلبنا بتقديم دليل مستندي ورقم دافع الضريبة أو ما يمثله.

إضافة إلى الإجراءات المقررة بموجب هذه الشروط، قد يؤدي الإخفاق في تزويدنا بكافة المعلومات التي نحتاجها إلى إضعاف حقوق مالك الوثيقة بموجب الوثيقة أو يؤدي إلى إنهاء الوثيقة.

11. لوائح مكافحة غسل الأموال

يجب عليك تزويدنا بأي معلومات أو مستندات نطلبها لكي نمثل بلوائح مكافحة غسل الأموال في الإمارات العربية المتحدة أو أيل أوف مان أو أي ولاية قضائية أخرى ذات صلة.

تبدأ الوثيقة فقط أو تدفع عائدات مطالبة عندما تقوم أنت أو ممثلك/ممثلك بتزويدنا بجميع المعلومات المطلوبة من قبلنا والتي تمثل اللوائح. يؤدي الإخفاق في تزويدنا بهذه المعلومات إلى تأخير أو حظر تخصيص أقساط التأمين أو دفع مزية.

12. الإخطارات المرسلة إلينا

لن نتصرف وفقاً لأية تعليمات فيما يختص بالوثيقة ما لم تستلمها منك بشكل كتابي أو أشكال اتصال أخرى مقبولة.

13. القوة القاهرة

لن تنشأ أي مسؤولية علينا إذا عجزنا عن الوفاء بالتزاماتنا بموجب الوثيقة بسبب أي ظروف خارج نطاق سيطرتنا المعقولة والتي يمكن تفسيرها على أنها حدث قوة القاهرة بموجب القوانين المعمول بها، بما في ذلك ودون تحديد القضاء والقدر أو الحرب أو الطوارئ الوطنية أو الحرائق أو الفيضانات أو الزلازل أو الإضرابات أو الاضطرابات العمالية أو غيرها من الأحداث ذات الطبيعة المماثلة أو المختلفة، "حدث القوة القاهرة".

عند وقوع حدث قوة القاهرة، يجب إعفائنا لفترة تعادل التأخير الذي سببه حدث القوة القاهرة وأي فترة إضافية قد تكون ضرورية بشكل معقول لتمكيننا من استئناف أداء أعمالنا.

14. السياق

حيث يسمح السياق في الوثيقة، الكلمات بصيغة المفرد تشمل الجمع وجنس المذكر يشمل المؤنث، والعكس بالعكس.

6-6.

المطالبة بكل من مزية المرض الخطير ومزية العجز الكلي الدائم ("المزيتين")

إذا تضمنت الوثيقة كل من مزية المرض الخطير ومزية العجز الكلي الدائم تتم مراعاة دفع كلا المزييتين بسبب التداعيات الخطيرة المترتبة على مرض أو إصابة يعاني منها المؤمن له على الحياة.

يجب أن يتفق أخصائي طبي مناسب والمسؤول الطبي لدى الشركة على أن المعايير الخاصة بالعجز الكلي الدائم قد تم استيفائها بالكامل. تحتفظ الشركة بحق طلب تأكيد من جهة مستقلة يفيد بضرورة أي علاج طبي وملاءمته والحصول على رأي بشأن مستوى العجز.

لأغراض هذا البند، تعني التغطية التأمينية الشاملة مجموع المبالغ المبينة في جدول الوثيقة لمزية المرض الخطير ومزية العجز الكلي الدائم.

إذا تبين بعد النظر في المطالبة بالمزيتين المذكورتين أنه يمكن قبول مزية واحدة منهما دون الأخرى، تطبق أحكام البند 4-6 أو 5-6 على المزية المقبولة سواء مزية المرض الخطير أو مزية العجز الكلي الدائم.

عند قبول مطالبة بالمزيتين ودفعها:

1. إذا تساوى أو زاد إجمالي التغطية التأمينية للمزيتين على التغطية التأمينية على الحياة، تدفع الشركة مبلغ التغطية التأمينية على الحياة فقط (حيث تعتبر كلتا المزييتين المرض الخطير والعجز الكلي الدائم دفعات مقدمة من مبلغ التغطية التأمينية على الحياة كما هو وارد في الفقرة 2-1) وتنتهي الوثيقة وتتوقف كافة المزايا.

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

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

(ii) في حالة وثيقة التأمين المشترك على الحياة - إذا تم دفع مزية المرض الخطير ومزية العجز الكلي الدائم على أساس أول حدث، يتم إلغاء المزييتين عند دفع أول مطالبة.

(iii) يمكن أن تستمر مزية الإعفاء من قسط التأمين (إذا كانت متضمنة في الوثيقة).

(iv) تصدر الشركة إشعار بالتغيير يبين المزايا التي تم خفضها.

(v) لن يتغير مبلغ قسط التأمين.

7-6.

المطالبة بمزية الإعفاء من قسط التأمين

يجب على مالك الوثيقة أو من يمثله إخطار الشركة كتابيا خلال 90 يوما من تشخيص إصابة المؤمن له على الحياة بعجز كلي. بعد استلام الشركة لنموذج مطالبة مكتمل تؤكد الدليل المطلوب قبل النظر في المطالبة. لكي تقوم الشركة بالإعفاء من أقساط التأمين بموجب مزية الإعفاء من قسط التأمين يجب أن يصادق أخصائي طبي مناسب مع المسؤول الطبي لدى الشركة على أن المعايير الخاصة بالعجز الكلي الدائم قد تم استيفائها بالكامل.

تحتفظ الشركة بحق المطالبة بدليل على استمرار عجز المؤمن له على الحياة في أي وقت حسب تقديرها، ويجب على المؤمن له على الحياة عند طلب الشركة أن يقدم المستندات والأدلة الطبية والتقارير الموقعة من قبل الممارس الطبي المعتمد من أو المعين من قبل الشركة، ويجب عليه الخضوع لفحص طبي من قبل ممارس طبي معتمد لدى أو معين من قبل الشركة. يجب على المؤمن له على الحياة أن يتخذ كل إجراء معقول، بما في ذلك إجراءات طبية أو جراحية مناسبة واتخاذ دونه حصر كل خطوة معقولة للحد من عجزه بحيث لا يتطابق مع معايير العجز الكلي المطبقة على حالته في ذلك الوقت.

تحتفظ الشركة بحق طلب تأكيد من جهة مستقلة ما يفيد ضرورة وملائمة أي علاج طبي وحول مستوى العجز الكلي.

تعيين مستفيد

يمكنك تعيين مستفيد واحد أو أكثر لكي يستلم المبلغ واجب الدفع في حالة وفاة المؤمن له على الحياة. يمكن إلغاء هذا التعيين في أي تاريخ مستقبلي ويمكنك أيضا تعيين مستفيد بديل في أي وقت قبل وفاة المؤمن له على الحياة.

لن يؤثر تعيين مستفيد على الحقوق والالتزامات الخاصة بك أو بنا فيما يختص بالوثيقة أو شروط وأحكام الوثيقة هذه.

يتم إبطال أي تعيين مستفيد قائم تلقائيا عند إجراء أي تنازل أو تحويل آخر للوثيقة لطرف ثالث.

يخضع أي دفع لمستفيد لموافقتنا.

3. في حالة إجراء دفعات جزئية بموجب مزية المرض الخطير:

- (i) يتم تخفيض التغطية التأمينية على الحياة ومزية المرض الخطير بمبلغ مطالبة الدفع الجزئي.
- (ii) إذا تضمنت وثيقة التأمين مزية العجز الكلي الدائم، يجوز لها أن تبقى في الوثيقة لكن إذا تجاوزت مزية العجز الكلي الدائم التغطية التأمينية على الحياة، يتم تخفيضها إلى المبلغ المتبقي من التغطية التأمينية على الحياة.
- (iii) في جميع الحالات، يستحق سداد الدفعات الجزئية بموجب مزية المرض الخطير مرة واحدة فقط لكل شرط قابل للتطبيق لكل وثيقة عند أول مطالبة صحيحة.
- (iv) يمكن أن تستمر مزية الإعفاء من قسط التأمين (إذا كانت متضمنة في الوثيقة).
- (v) تصدر الشركة إشعار بالتغيير يبين المزايا التي تم خفضها.
- (vi) لن يتغير مبلغ قسط التأمين.

المطالبة بمزية العجز الكلي الدائم

يجب على مالك الوثيقة أو ممثليه إخطار الشركة كتابيا في غضون 90 يوما من تشخيص إصابة المؤمن له على الحياة بعجز كلي دائم. عند استلام الشركة لنموذج المطالبة المكتمل، تقوم بتأكيد الدليل المطلوب قبل النظر في المطالبة. لكي تقوم الشركة بسداد مطالبة بمزية العجز الكلي الدائم يجب أن يتفق أخصائي طبي مناسب والمسؤول الطبي بالشركة على أن المعايير الخاصة بالعجز الكلي الدائم قد تم الوفاء بها على أكمل وجه. تحتفظ الشركة بحق طلب تأكيد من جهة مستقلة يفيد بضرورة أي علاج طبي وملاءمته والحصول على رأي بشأن مستوى العجز.

عند قبول المطالبة بمزية العجز الكلي الدائم ودفع المزية:

1. إذا تساوت مزية العجز الكلي الدائم والتغطية التأمينية على الحياة، تنتهي الوثيقة وتتوقف جميع المزايا الأخرى.
2. إذا كانت مزية العجز الكلي الدائم أقل من التغطية التأمينية على الحياة:

- (i) يتم تخفيض التغطية التأمينية على الحياة بمبلغ المزية المدفوع.
- (ii) إذا تضمنت الوثيقة مزية المرض الخطير يجوز لها أن تبقى في الوثيقة، ولكن إذا تجاوزت مزية المرض الخطير التغطية التأمينية على الحياة يتم تخفيضها إلى المبلغ المتبقي من التغطية التأمينية على الحياة.
- (iii) لوثيقة التأمين المشترك – إذا تم دفع مزية العجز الكلي الدائم على أساس أول حدث، يتم إلغاء هذه المزية بدفع أول مطالبة.
- (iv) يمكن أن تستمر مزية الإعفاء من قسط التأمين (إذا كانت متضمنة في الوثيقة).
- (v) تصدر الشركة إشعار بالتغيير يبين المزايا التي تم خفضها.
- (vi) لن يتغير مبلغ قسط التأمين.

4-6 المطالبة بمزية المرض الخطير

يجب على مالك الوثيقة أو ممثليه إخطار الشركة كتابيا خلال 90 يوما من تشخيص إصابة المؤمن له على الحياة بمرض خطير. بعد استلام الشركة لنموذج المطالبة المكتمل تقوم الشركة بتأكيد الدليل المطلوب قبل النظر في المطالبة. وحتى تقوم الشركة بسداد مطالبة بمزية مرض خطير يجب أن يتفق أخصائي طبي مناسب والمسؤول الطبي لدى الشركة على أن المعايير الخاصة بتلك الحالة قد تم استيفاؤها بالكامل. بالنسبة للحالة الجراحية فسوف يطلب تأكيد من الطبيب المعالج بأن الجراحة قد تم إجراؤها.

إذا تم قبول المطالبة بمزية المرض الخطير وتم دفعها:

1. إذا تتطابق مبلغ مزية المرض الخطير مع مبلغ التغطية التأمينية على الحياة، تنتهي الوثيقة وتتوقف جميع المزايا الأخرى.
2. إذا كانت مزية المرض الخطير أقل من مبلغ التغطية التأمينية على الحياة:

- (i) يتم تخفيض التغطية التأمينية على الحياة بمبلغ المزية المدفوع.
- (ii) إذا تضمنت وثيقة التأمين مزية العجز الكلي الدائم يجوز لها أن تبقى في الوثيقة، ولكن إذا تجاوزت مزية العجز الكلي الدائم مبلغ التغطية التأمينية على الحياة يتم خفضها إلى المبلغ المتبقي من التغطية التأمينية على الحياة.
- (iii) بالنسبة لوثيقة التأمين المشترك – إذا تم دفع مزية المرض الخطير على أساس أول حدث، يتم إلغاء هذه المزية بدفع أول مطالبة.
- (iv) يمكن أن تستمر مزية الإعفاء من قسط التأمين (إذا كانت متضمنة في الوثيقة).
- (v) تصدر الشركة إشعار بالتغيير يبين المزايا التي تم خفضها.
- (vi) لن يتغير مبلغ قسط التأمين.

بالنسبة لوثيقة التأمين المشترك على الحياة التي يزيد فيها مبلغ التأمين عن 1,000,000 دولار أمريكي (أو ما يعادله بالعملة التي تحددها الشركة) يجوز لكل مؤمن له على الحياة أن يطالب بمزية المرض المؤدي للوفاة بشكل مستقل. في هذه الحالة:

1. يقتصر دفع مزية المرض المؤدي للوفاة لكل مؤمن له على الحياة ذي صلة إلى 1,000,000 دولار أمريكي (أو ما يعادله بالعملة التي تحددها الشركة).

2. بعد قبول المطالبة الأولى بمزية المرض المؤدي للوفاة ودفع المزية:

(i) يتم تخفيض التغطية التأمينية على الحياة بمبلغ 1,000,000 دولار أمريكي (أو ما يعادله بالعملة التي تحددها الشركة).

(ii) يجوز أن تبقى أي مزايا مرض خطير أو عجز كلي دائم متضمنة في الوثيقة، ولكن إذا كان مبلغ التغطية التأمينية على الحياة المتبقي يقل عن تغطية مزية المرض الخطير أو مزية العجز الكلي الدائم يتم تخفيض أي من المزييتين أو كليهما بمقدار المبلغ المتبقي من مبلغ التغطية التأمينية على الحياة.

(iii) تصدر الشركة إشعار بالتغيير يبين المزايا التي تم خفضها.

(iv) تستمر مزية الإعفاء من قسط التأمين (إذا كانت متضمنة في الوثيقة).

(v) لن تتغير قيمة قسط التأمين.

3. إذا تم قبول مطالبة ثانية بمزية المرض المؤدي للوفاة:

(i) يكون المبلغ المدفوع هو الأقل من بين مبلغ التغطية التأمينية على الحياة المتبقي أو 1,000,000 دولار أمريكي (أو ما يعادله بالعملة التي تحددها الشركة).

(ii) عندما يقل المبلغ المدفوع عن 1,000,000 دولار أمريكي (أو ما يعادله بالعملة التي تحددها الشركة) تنتهي الوثيقة وتتوقف المزايا.

(iii) عندما يكون المبلغ المدفوع 1,000,000 دولار أمريكي (أو ما يعادله بالعملة التي تحددها الشركة):

(a) يتم تخفيض التغطية التأمينية على الحياة بشكل منفصل بمبلغ 1,000,000 دولار أمريكي (أو ما يعادله بالعملة التي تحددها الشركة).

(b) يجوز أن تبقى أي مزايا مرض خطير أو عجز كلي دائم متضمنة في الوثيقة، ولكن إذا كان مبلغ التغطية التأمينية على الحياة المتبقي يقل عن تغطية مزية المرض الخطير أو مزية العجز الكلي الدائم يتم تخفيض أي من المزييتين أو كليهما بمقدار المبلغ المتبقي من مبلغ التغطية التأمينية على الحياة.

(c) تستمر مزية الإعفاء من قسط التأمين (إذا كانت متضمنة في الوثيقة).

(d) تصدر الشركة إشعار بالتغيير يبين المزايا التي تم خفضها.

(e) لن تتغير قيمة قسط التأمين.

2-6. المطالبة بالتغطية التأمينية على الحياة

يجب على مالك الوثيقة أو ممثليه إخطار الشركة كتابيا خلال 180 يوما من تاريخ وفاة المؤمن له على الحياة. عند استلام نموذج المطالبة المكتمل تقوم الشركة بتأكيد الدليل المطلوب قبل القيام بدفع المطالبة.

بعد قبول المطالبة ودفع مبلغ التغطية التأمينية على الحياة، تنتهي الوثيقة وتتوقف جميع المزايا الأخرى بموجب الوثيقة.

3-6. المطالبة بمزية المرض المؤدي للوفاة

يجب على مالك الوثيقة أو ممثليه إخطار الشركة كتابيا إذا تم تشخيص المؤمن له على الحياة على أنه مصاب بمرض مؤدي للوفاة والفترة المتبقية لبقاء المؤمن له على الحياة لا تزيد عن 12 شهرا.

عند استلام نموذج المطالبة المكتمل، تؤكد الشركة الدليل المطلوب قبل إمكانية النظر في المطالبة. لكي تتمكن الشركة من دفع مطالبة بمزية المرض المؤدي للوفاة، يجب أن يتفق أخصائي طبي مناسب والمسؤول الطبي لدى الشركة بأن معايير المرض المؤدي للوفاة قد تم استيفائها بالكامل.

عندما يكون مبلغ التغطية التأمينية على الحياة 1,000,000 دولار أمريكي (أو ما يعادله بالعملة التي تحددها الشركة) أو أقل وتم قبول المطالبة بمزية المرض المؤدي للوفاة تنتهي الوثيقة وتتوقف كافة المزايا.

عندما تزيد التغطية التأمينية على الحياة عن 1,000,000 دولار أمريكي (أو ما يعادله بالعملة التي تحددها الشركة) وتم قبول المطالبة بمزية المرض المؤدي للوفاة:

(i) تقتصر المطالبة بمزية المرض الخطير على مبلغ 1,000,000 دولار أمريكي (أو ما يعادله بالعملة التي تحددها الشركة).

(ii) بعد سداد المبلغ يتم خصم مبلغ 1,000,000 دولار أمريكي (أو ما يعادله بالعملة التي تحددها الشركة) من مبلغ التغطية التأمينية على الحياة.

(iii) يجوز أن تبقى أي مزايا مرض خطير أو عجز كلي دائم متضمنة في الوثيقة، ولكن إذا كان مبلغ التغطية التأمينية على الحياة المتبقي يقل عن تغطية مزية المرض الخطير أو مزية العجز الكلي الدائم يتم تخفيض أي من المزييتين أو كليهما بمقدار المبلغ المتبقي من مبلغ التغطية التأمينية على الحياة.

(iv) تستمر مزية الإعفاء من قسط التأمين بالوثيقة (إذا كانت مدرجة في الوثيقة).

(v) تصدر الشركة إشعار بالتغيير يبين المزايا التي تم خفضها.

(vi) لن يتغير مبلغ قسط التأمين.

4-5.

أقساط التأمين القابلة للمراجعة

تبقى دفعات قسط التأمين فيما يتعلق بمزياة المرض الخطير، إذا تم اختيارها دون تغيير لمدة خمسة سنوات من تاريخ بدء الوثيقة. تتم مراجعة مبلغ قسط التأمين في تاريخ الذكرى السنوية الخامسة وتكون مراجعات قسط التأمين بعد ذلك كل خمسة سنوات عن المتبقي من مدة الوثيقة.

تحتفظ الشركة بحق زيادة دفعة مبلغ قسط التأمين عن مزياة المرض الخطير في كل تاريخ المراجعة كل خمسة سنوات. في حالة عدم زيادة أقساط التأمين، يجوز تخفيض مبلغ مزياة المرض الخطير حسب تقدير الشركة.

5-5.

عدم دفع أقساط التأمين

يجب دفع جميع أقساط التأمين خلال 90 يوما من تواريخ استحقاق قسط التأمين. إذا لم يتم سداد دفعة قسط تأمين خلال 90 يوما من تاريخ استحقاق قسط التأمين، تنتفي الوثيقة دون أي قيمة وتتوقف جميع التغطيات التأمينية.

في حال قبول الشركة لأي مطالبة تقع في فترة السماح المحددة بـ90 يوما، تحتفظ الشركة بحق خصم أية أقساط غير مدفوعة من قيمة المطالبة.

إذا انقضت الوثيقة بسبب عدم دفع أقساط التأمين لمدة 90 يوما أو أكثر، يمكن لمالك الوثيقة أن يطلب من الشركة استعادة الوثيقة خلا 12 شهرا من تاريخ استحقاق أول قسط تأمين غير مدفوع، شريطة استلام الشركة للمتطلبات التالية:

- (i) نموذج طلب استعادة من مالك/مالكي الوثيقة، و
 - (ii) دفع جميع أقساط التأمين القائمة، و
 - (iii) أي دليل تأمين تطلبه الشركة.
- تكون استعادة الوثيقة حسب تقدير الشركة.

6. المطالبات

شروط المطالبة

في حالة مطالبة بموجب الوثيقة، يجب على مقدم المطالبة مراجعة المتخصص المالي المعني الخاص به أو الشركة في أي عنوان مكتب مدرج في شروط وأحكام الوثيقة.

يجب إبلاغنا بمطالبات الوفاة خلال 180 يوما من تاريخ وفاة المؤمن له على الحياة، ويجب إبلاغنا بجميع المطالبات الأخرى خلال 90 يوما من تاريخ حدث المطالبة.

لن يؤدي الإخفاق في الإبلاغ عن مطالبة في الوقت المناسب إلى إبطال المطالبة إذا كان هناك سبب مقنع للتأخر في الإبلاغ بالمطالبة مع تزويدنا بمستندات وافية تدعم حدث المطالبة.

كلما طالت مدة إبلاغنا بحدث المطالبة، كلما كان أكثر صعوبة بالنسبة لنا إجراء تحقيق وافي في ظروف المطالبة ومعالجتها.

سوف تزود الشركة مقدم المطالبة بنموذج مطالبة وأي متطلبات أخرى والتي يجب إكمالها وإرجاعها للشركة قبل معالجة المطالبة.

قبل معالجة المطالبة، تحتفظ الشركة بحق طلب ما يلي (ولكن دون تحديد):

- (i) نموذج مطالبة مكتمل،
- (ii) معلومات من الطبيب المعالج أو الاستشاري أو طرف ثالث مناسب عند طلب الشركة لذلك،
- (iii) عند طلب الشركة لذلك، يخضع المؤمن له على الحياة لفحص طبي إذا تم تقديم مطالبة بمزياة المرض المؤدي للوفاة أو مزياة المرض الخطير أو مزياة العجز الكلي الدائم أو مزياة الإعفاء من قسط التأمين،
- (iv) إثبات هوية وإقامة مالك الوثيقة،
- (v) إثبات عمر المؤمن له على الحياة،
- (vi) إثبات هوية مقدم المطالبة (إذا كان مختلفا عن مالك الوثيقة) ،
- (vii) جدول الوثيقة،
- (viii) شهادة وفاة المؤمن له على الحياة (إذا انطبق ذلك).

تحتفظ الشركة بحق المطالبة بتوثيق جميع المستندات. سوف تبلغ الشركة بذلك عندما يكون مطلوبا.

يجب على مالك الوثيقة أثناء تقييم مطالبة بمزياة المرض الخطير و/أو العجز الكلي الدائم و/أو الإعفاء من قسط التأمين، الاستمرار في دفع أقساط التأمين في الوثيقة لتفادي مخاطر انقضاء الوثيقة.

6-4.

استثناءات تطبق على مزية الإغفاء من قسط التأمين

لن تدفع الشركة مطالبة بمزية الإغفاء من قسط التأمين إذا كانت تعزو بشكل مباشر أو غير مباشر إلى ما يلي:

(i) تشخيص العجز الكلي الذي لا يفي تماما بالتعريف الوارد في البند 2-6.

(ii) وجد أن المؤمن له على الحياة مصاب بفيروس فقدان المناعة أو حاملا لأي أجسام مضادة لهذا الفيروس.

(iii) إدمان أو سوء استخدام الكحول أو الإدمان أو سوء استخدام العقاقير الموصوفة أو غير الموصوفة.

(iv) الاضطرابات العقلية أو العصبية أو النفسية دون مرض في الدماغ يمكن إثباته.

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

(vi) أي حالة طبية نشأت قبل الأخير من بين:

(a) تاريخ إضافة مزية الإغفاء من قسط التأمين إلى الوثيقة،

(b) تاريخ بدء المخاطر الوارد في جدول الوثيقة،

(c) تاريخ أي استعادة للوثيقة.

(d) بالنسبة لزيادة مزية الإغفاء من قسط التأمين، تاريخ الزيادة

ما لم يتم الإفصاح عن الحالة الطبية للتأمين وتم قبولها من قبلنا كجزء من الطلب أو زيادة أو في أي عملية استعادة.

7-4.

الحالات الأخرى التي لن يتم فيها دفع مطالبة

لن تدفع الشركة مطالبة إذا كانت تعزو بشكل مباشر أو غير مباشر إلى:

(i) إخفاق مالك الوثيقة في دفع جميع دفعات قسط التأمين التي كانت مستحقة.

(ii) إخفاق المؤمن له على الحياة عن دراية أو بسبب الاستهتار في الإفصاح أو قدم متعمدا ادعاء كاذبا بشأن أي حقيقة عند التقديم لوثيقة، أو زيادة التغطية التأمينية أو استعادة الوثيقة. يكون عدم الإفصاح أو الادعاء الكاذب هو ما يتسبب في قيام الشركة بما يلي:

(a) رفض التغطية التأمينية كليا أو،

(b) قبول التغطية التأمينية كليا أو جزئيا بقسط تأمين إضافي مستحق الدفع و/أو بند استثناء على بعض التغطيات التأمينية أو،

(c) قبول التغطية التأمينية على الحياة ببعض الشروط ولكن رفض واحد أو أكثر من بين مزية المرض الخطير أو مزية العجز الكلي الدائم أو مزية الإغفاء من قسط التأمين.

يجب على المؤمن له على الحياة الإفصاح عن كافة الأمور التي يعرفها أو من المتوقع بشكل معقول أن يعرفها أو ذات صلة بقبول المخاطر من قبل الشركة.

5.

أقساط التأمين

لن تبدأ الوثيقة حتى يتم استلام دفعة أول قسط تأمين من قبل الشركة. إذا لم يتم استلام دفعة قسط التأمين هذا، لن تصبح الوثيقة نافذة ولن يتم تقديم أي تغطية تأمينية.

يستحق دفع أول قسط تأمين في التاريخ المبين في جدول الوثيقة، ويجب دفع أقساط التأمين المنتظمة اللاحقة طوال مدة الوثيقة في تاريخ استحقاق قسط التأمين. يبين جدول الوثيقة مبلغ كل قسط تأمين وتاريخ استحقاق آخر دفعة.

يتغير مبلغ دفعات قسط التأمين إذا طلب زيادة مبلغ التغطية التأمينية وقبلت الشركة بذلك.

في حال سداد مبلغ التغطية التأمينية على الحياة مقدما نتيجة للمطالبة بمزية المرض الخطير أو العجز الكلي الدائم أو المرض المؤدي للوفاة لن يتم تخفيض قسط التأمين.

تحتفظ الشركة بحق رفض قبول أقساط التأمين أو التغييرات على الأقساط لتفادي انتهاك أي لوائح مكافحة غسل أموال، أو قوانين أو نظم معمول بها في أيل أوف مان أو أي ولاية قضائية ذات صلة.

عملة الوثيقة

يجب أن تدفع جميع أقساط التأمين بعملة الوثيقة. يجوز لمالك الوثيقة أن يختار دفع أقساط التأمين بعملة قابلة للتحويل بحرية. مع ذلك، يتم تحويل ذلك إلى عملة الوثيقة عند استلامها وسوف تخضع لأسعار الصرف المعمول بها لدى الشركة في الوقت ذي الصلة.

احتساب أقساط التأمين

يتم احتساب أقساط التأمين عند البدء أو عند استعادة الوثيقة أو في وقت زيادة أو إضافة أي مزية استنادا إلى نوع ومبلغ التغطية التأمينية على الحياة التي تم اختيارها، وأي مزايا إضافية تم تضمينها ومدة الوثيقة وعمر وجنس المؤمن له على الحياة، وما إذا كان مدخنا وصحة المؤمن له على الحياة ومهنته وأنشطته الترفيهية، وقد يتسبب أي منها في زيادة مبلغ قسط التأمين. يتم بيان أي زيادة أو تضمينها في دفعة قسط التأمين المبينة في إشعار تغيير.

أقساط التأمين المضمونة

تبقى دفعات قسط التأمين فيما يتعلق بالتغطية التأمينية على الحياة، و/أو مزية العجز الكلي الدائم و/أو مزية الإغفاء من قسط التأمين إذا تم اختيارها (ما لم تزيد مزية الإغفاء من قسط التأمين الخاصة بك نتيجة لزيادة في قسط مزية المرض الخطير كما هو مبين في البند 4-5 أدناه) دون تغيير طوال مدة الوثيقة، ما لم تزيد مبالغ أي مزية، وفي هذه الحالة سوف يظهر قسط التأمين الجديد في إشعار التغيير.

3-4. استثناءات مزية المرض المؤدي للوفاة

لن تدفع الشركة مطالبة بمزية المرض المؤدي للوفاة إذا كانت تعزو بشكل مباشر أو غير مباشر إلى:

- (i) تشخيص إصابة المؤمن له على الحياة بمرض مؤدي للوفاة خلال الـ18 شهرا السابقة لانتهاء مدة الوثيقة. وثيقة التأمين.

4-4. استثناءات تنطبق على مزية المرض الخطير

لن تدفع الشركة مطالبة بمزية المرض الخطير إذا كانت تعزو بشكل مباشر أو غير مباشر إلى:

- (i) الإصابة بحالة صحية/مرض/الخضوع لإجراء طبي لا يتطابق بالضبط مع التعريف الوارد في البند 29.
- (ii) الإصابة الذاتية المتعمدة أو محاولة الانتحار سواء كان بحالة عقلية سليمة أو غير سليمة.
- (iii) أي حالة طبية نشأت قبل 90 يوما من الأخير من بين:

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

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

(c) تاريخ أي استعادة للوثيقة،

(d) تاريخ الزيادة، بالنسبة لزيادة مزية المرض الخطير

ما لم يتم الإفصاح عن الحالة الطبية للتأمين وقبولها من قبل الشركة كجزء من الطلب أو زيادة أو في أي عملية استعادة.

5-4. استثناءات تنطبق على مزية العجز الكلي الدائم

لن تدفع الشركة مطالبة بمزية عجز كلي دائم إذا كانت تعزو بشكل مباشر أو غير مباشر إلى:

- (i) تشخيص بالعجز الكلي الدائم لا يفي تماما بمتطلبات التعريف الوارد في البند 2-5 مزية العجز الكلي الدائم.

(ii) إدمان أو سوء استخدام الكحول أو الإدمان أو سوء استخدام العقاقير الموصوفة أو غير الموصوفة.

(iii) الاضطرابات العقلية أو العصبية أو النفسية دون مرض في الدماغ يمكن إثباته.

(iv) وجد أن المؤمن له على الحياة مصاب بفيروس فقدان المناعة أو حاملا لأي أجسام مضادة لهذا الفيروس.

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

(vi) أي حالة طبية نشأت قبل الأخير من بين:

(a) التاريخ الذي تمت فيه إضافة مزية العجز الكلي الدائم إلى وثيقة التأمين مؤخراً.

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

(c) تاريخ أي استعادة للوثيقة؛ أو.

(d) تاريخ الزيادة، بالنسبة لزيادة المزية

ما لم يتم الإفصاح عن الحالة الطبية للتأمين وتم قبولها من قبل الشركة كجزء من الطلب أو زيادة أو أي عملية استعادة.

v) الحركة/التنقل – الصعود إلى والنزول من الفراش والانتقال من مكان لآخر ، مثل من الكرسي للفراش أو القيام من الكرسي أو الانتقال من كرسي لآخر.

vi) المشي/استخدام الكرسي المتحرك – الانتقال من مكان إلى آخر – المشي أو استخدام الكرسي المتحرك دون محرك يدفعه المؤمن له على الحياة أو يستخدم إطار.

4. الحالات التي لن يتم فيها دفع مطالبة

هنالك حالات سينتج عنها عدم دفع مطالبة، بما في ذلك بنود الاستثناءات.

ينهي أي بند استثناء التزام الشركة بدفع مطالبة ناتجة عن الحالات المبينة في البند.

1-4. استثناءات تنطبق على جميع التغطيات التأمينية

لن تدفع الشركة مطالبة تنشأ بشكل مباشر أو غير مباشر نتيجة لما يلي:

(i) مشاركة المؤمن له على الحياة الفعلية في:

(a) الحرب أو العمليات شبه الحربية (سواء أن أعلنت الحرب أم لم تعلن)،

(b) الغزو أو الأعمال العدائية أو التمرد أو أعمال الشغب أو الاضطرابات المدنية أو الحرب الأهلية أو الثورة أو العصيان المسلح أو اغتصاب سلطة الحكومة،

(c) عمل قام به عدو أجنبي،

(d) أي نشاط (عسكري أو خلاف ذلك) أو مؤامرة تسبب أو تقود إلى إعلان الحكم العرفي أو حالة حصار.

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

(iii) عمل إجرامي ارتكبه

(a) المؤمن له على الحياة،

(b) مالك الوثيقة أو أي مستفيد ضد المؤمن له على الحياة.

يجوز إدراج بنود استثناء إضافية في جدول الوثيقة.

2-4. استثناءات تنطبق على التغطية التأمينية على الحياة

لن تدفع الشركة مطالبة إذا كانت تعزو بشكل مباشر أو غير مباشر إلى:

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

(a) 12 شهرا من تاريخ بدء الوثيقة،

(b) 12 شهرا من تاريخ استعادة الوثيقة،

(c) 12 شهرا من تاريخ زيادة مبلغ التأمين.

7-2. تغيير مبالغ المزية

لا يجوز لمالك الوثيقة تخفيض أي من مبالغ المزية بموجب الوثيقة.

يجوز للشركة تخفيض أي مبالغ مزية بموجب الوثيقة وفقا لشروط وأحكام الوثيقة هذه.

مع مراعاة استلام أي دليل تأمين مطلوب ومقبول لدى الشركة، يجوز لمالك الوثيقة زيادة مبلغ المزية، وتسري الزيادة من الذكرى السنوية التالية لتاريخ بدء الوثيقة.

إذا تمت زيادة التغطية التأمينية، تحتسب الشركة قسط التأمين الجديد استنادا إلى عمر وجنس المؤمن له على الحياة، وما إذا كان يدخن أم لا وحالته الصحية الحالية ومهنته وبلد إقامته وأي أنشطة ترفيهية يقوم بها وكذلك عدد السنين المتبقية من مدة الوثيقة.

3. إنهاء وثيقة التأمين

تنتهي الوثيقة عند وقوع أي من الأحداث التالية أولا:

(i) عند نهاية مدة وثيقة التأمين؛

(ii) عند دفع مبلغ التأمين في وقت تقديم إخطار مقنع بمطالبة؛

(iii) إذا أخفق مالك الوثيقة في دفع الأقساط وانقضت وثيقة التأمين؛

(iv) عند طلب مالك الوثيقة كتابياً بإنهاء الوثيقة.

المؤمن لهما على الحياة اللذان يبلغان من العمر 71 سنة أو أكثر

يعتبر المؤمن له على الحياة على أنه عاجز كلياً وبشكل دائم إذا لم يكن قادراً على أداء ثلاث من أنشطة الحياة اليومية على الأقل:

(i) الأكل/التغذية – قطع اللحم، مسح الزبدة على الخبز، إيصال الأكل أو الشرب إلى الفم باستخدام اليد أو الأواني.

(ii) ارتداء الملابس – القدرة على اللبس بما في ذلك ربط السحابات والأزرار وتناول الملابس من خزانات وأدراج الملابس.

(iii) الاستحمام/التزيين – تشغيل المواسير والدخول والخروج من الحمام/الدش وغسل الوجه/اليدين، الخ .. التجفف وتمشيط الشعر.

(iv) استخدام المراحيض – الدخول والخروج من المراحيض، الجلوس على والقيام من المراحيض دون مساعدة، معرفة الحاجة أو ضرورة إفراغ المثانة أو الامعاء في الوقت المناسب بالذهاب إلى المراحيض.

(v) الحركة/التنقل – الصعود إلى والنزول من الفراش والانتقال من مكان لآخر، مثل من الكرسي للفراش أو القيام من الكرسي أو الانتقال من كرسي لآخر.

(vi) المشي/استخدام الكرسي المتحرك – الانتقال من مكان إلى آخر – المشي أو استخدام الكرسي المتحرك دون محرك يدفعه المؤمن له على الحياة أو يستخدم إطار.

المؤمن لهما على الحياة اللذان يبلغان عمر الـ70 سنة أو أصغر ولديهما عمل مربح

يعتبر المؤمن له على الحياة عاجزاً كلياً إذا كان غير قادر على العمل في وظيفته/وظيفتها أو مهنته/مهنتها أو أعماله/أعمالها (سواء كان بأجر أو خلاف ذلك)، وغير قادر كذلك على المشاركة في أي مهنة يعتبر مناسباً/تعتبر مناسبة لها بالتعليم والتدريب والخبرة نتيجة للعجز.

المؤمن لهما على الحياة اللذان يبلغان عمر الـ70 سنة أو أصغر ولا يمارسان عملاً مربحاً.

يعتبر المؤمن له على الحياة على أنه عاجز كلياً إذا لم يكن قادراً على أداء اثنين من أنشطة الحياة اليومية على الأقل.

(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 جسم خفيف من على الأرض والاعتدال ثانية.

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

(iv) القراءة – توفر الإبصار المطلوب للقدرة على قراءة جريدة يومية مع المساعدات التصحيحية إذا تطلب الأمر.

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

المؤمن لهما على الحياة اللذان يبلغان من العمر 71 سنة أو أكثر

يعتبر المؤمن له على الحياة على أنه عاجز كلياً إذا لم يكن قادراً على أداء ثلاث من أنشطة الحياة اليومية على الأقل.

(i) الإطعام/الأكل – قطع اللحم، مسح الزبدة على الخبز، إيصال الأكل أو الشرب إلى الفم باستخدام اليد أو الأواني.

(ii) ارتداء الملابس – القدرة على اللبس بما في ذلك ربط السحابات والأزرار وتناول الملابس من خزانات وأدراج الملابس.

(iii) الاستحمام/التزيين – تشغيل المواسير والدخول والخروج من الحمام/الدش وغسل الوجه/اليدين، الخ .. التجفف وتمشيط الشعر.

(iv) استخدام المراحيض – الدخول والخروج من المراحيض، الجلوس على والقيام من المراحيض دون مساعدة، معرفة الحاجة أو ضرورة إفراغ المثانة أو الامعاء في الوقت المناسب بالذهاب إلى المراحيض.

6-2. مزية الإعفاء من قسط التأمين

هذه مزية اختيارية وتطبق فقط إذا كانت واردة في جدول الوثيقة (أو أي إشعار تعديل لاحق إذا تمت زيادة قسط التأمين نتيجة لزيادة المزايا - انظر البند 2-7). يبين جدول الوثيقة مبلغ مزية الإعفاء من قسط التأمين إذا انطبقت.

مع مراعاة البند 6 - المطالبات، إذا أصبح مؤمن له على الحياة في أي تاريخ استحقاق قسط تأمين عاجزاً كما هو وارد في شروط وأحكام الوثيقة هذه لفترة مستمرة لا تقل عن 180 يوماً، سوف تعفي الشركة من قسط التأمين المنتظم طالما كان العجز مستمراً. لأغراض مزية الإعفاء من قسط التأمين، يبدأ العجز من التاريخ الفعلي للعجز أو 180 يوماً قبل إخطار الشركة بالعجز، أيهما يأتي لاحقاً. يعني العجز في وقت المطالبة.

2-2.

التغطية التأمينية على الحياة

يبين جدول الوثيقة (أي إشعار تغيير لاحق إذا تم تغيير التغطية التأمينية على الحياة - أرجع للبند 2-7) مبلغ التغطية التأمينية على الحياة. لوثائق التأمين المشترك على الحياة، يستحق دفع التغطية التأمينية عند وفاة الأول من المؤمن لهما على الحياة. تنتهي الوثيقة وتتوقف جميع المزايا الأخرى بمجرد دفع مطالبة بالتغطية التأمينية على الحياة.

مع مراعاة البند 6 - المطالبات، سوف تدفع الشركة التغطية التأمينية على الحياة إذا توفي مؤمن له على الحياة خلال مدة الوثيقة.

3-2.

مزية المرض المؤدي للوفاة

مع مراعاة البند 3-6 - المطالبة بمزية المرض المؤدي للوفاة، تدفع الشركة مزية المرض المؤدي للوفاة إذا تم تشخيص المؤمن له على الحياة على أنه مصاب بمرض مؤدي للوفاة يفي بالمعايير الواردة في شروط وأحكام هذه الوثيقة، ويتوقع له أن يعيش مدة لا تزيد عن 12 شهرا. يكون المبلغ الذي تم دفعه بموجب مزية المرض المؤدي للوفاة هو الأقل من بين مبلغ تأمين التغطية التأمينية على الحياة أو 1,000,000 دولار أمريكي (أو ما يعادله بالعملة الأخرى التي تحددها الشركة).

لكي يتم دفع مزية المرض المؤدي للوفاة، يجب أن يتم تأكيد التشخيص بالإصابة بمرض مؤدي للوفاة قبل بدء آخر 18 شهرا من مدة الوثيقة.

4-2.

مزية المرض الخطير

تعتبر هذه المزية مزية اختيارية وسوف تنطبق فقط إذا كانت واردة في جدول الوثيقة (أو أي إشعار تغيير لاحق إذا تم تغيير مزية المرض الخطير - أرجع للبند 2-7). يتم قبول المطالبات بموجب هذه المزية إذا وقع حدث المطالبة بعد 90 يوما أو أكثر من تاريخ بدء المخاطر، أو 90 يوما أو أكثر بعد أي استعادة، أو 90 يوم أو أكثر بعد تاريخ بدء المخاطر لأي زيادة في أو إضافة إلى مزية.

مع مراعاة البند 6 - المطالبات، تدفع الشركة مزية المرض الخطير إذا تم تشخيص المؤمن له على الحياة على أنه مصاب بمرض خطير كما هو وارد في البند 29 من شروط وأحكام الوثيقة هذه.

تشمل مزية المرض الخطير توفير دفعة جزئية. يتم إجراء الدفعة الجزئية إذا تم تشخيص المؤمن له على الحياة بأنه مصاب بمرض خطير كما هو وارد في البند 29 من شروط وأحكام الوثيقة هذه. يتم إجراء الدفعة الجزئية مرة واحدة لكل وثيقة (عند أول مطالبة).

5-2.

مزية العجز الكلي الدائم

هذه مزية اختيارية وتنطبق فقط إذا كانت واردة في جدول الوثيقة (أو أي إشعار تعديل لاحق في حال تغيير مزية العجز الكلي الدائم - انظر للبند 2-7). مع مراعاة البند 6 المطالبات تدفع الشركة مزية العجز الكلي الدائم عند تشخيص إصابة مؤمن له على الحياة بعجز دائم وكلي على النحو الموضح في شروط وأحكام الوثيقة هذه، مع إصابته بالعجز لفترة استمرت 180 يوما.

لن تُدفع أي مزية قبل نهاية مدة الـ180 يوما المذكورة، مع أنه يجوز للشركة حسب تقديرها أن تختار دفع عائدات المطالبة قبل نهاية مدة الـ180 يوما.

يقصد بالعجز الكلي الدائم وقت المطالبة:

المؤمن لهما على الحياة اللذان يبلغان عمر الـ70 سنة أو أصغر ولديهما عمل مربح

يعتبر المؤمن له على الحياة على أن لديه عجز كلي ودائم إذا كان من غير المرجح أن يقدر على العمل مطلقا في وظيفته أو مهنته أو أعماله (سواء كان بأجر أو خلاف ذلك)، وغير قادر كذلك على المشاركة في أي مهنة يعتبر مناسبة لها بالتعليم والتدريب والخبرة لباقي حياته نتيجة للعجز.

المؤمن لهما على الحياة اللذان يبلغان من العمر الـ70 سنة أو أصغر ولا يمارسان عملا مربحا

يعتبر المؤمن له على الحياة على أنه مصاب بعجز كلي دائم إذا لم يكن قادرا على القيام باتنين على الأقل من أنشطة العمل اليومية. أنشطة العمل اليومية هي:

(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 جسم خفيف من على الأرض والاعتدال ثانية.

(iii) الاتصالات - القدرة على الرد على الهاتف وتلقي الرسائل.

(iv) القراءة - توفر الإبصار المطلوب للقدرة على قراءة جريدة يومية مع المساعدات التصحيحية إذا تطلب الأمر.

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

1. أساس الوثيقة .1-1
- 1-1 الوثيقة .1-1
- سوف نرسل لك جدول الوثيقة الخاص بك ومستندات إضافية تؤكد جميع التفاصيل بشأن الوثيقة الخاصة بك عند إصدار الوثيقة.
- 2-1 مالك الوثيقة .2-1
- يكون الحد الأقصى لعدد مالكي الوثيقة هو اثنان، يجب أن لا يقل عمر الاثنان عن 18 سنة في تاريخ بدء الوثيقة المبين كما هو مبين في جدول الوثيقة.
- 3-1 المؤمن له على الحياة .3-1
- الحد الأقصى لعدد المؤمن لهم على الحياة هو اثنان، ويجب أن يكون عمر أي مؤمن له على الحياة بين سن 18 و74 سنة في تاريخ بدء التغطية التأمينية على المخاطر أو في تاريخ أي زيادة . يقتصر الحد الأقصى لعمر أي مؤمن له على الحياة على 59 سنة في تاريخ بدء الوثيقة أو تاريخ أي إضافة أو زيادة في مزية إذا تم اختيار مزية الإعفاء من قسط التأمين و/أو مزية المرض الخطير و/أو مزية العجز الكلي الدائم.
- 4-1 وثائق التأمين على حياة شخص آخر .4-1
- يجوز استخراج الوثيقة للتأمين على حياة شخص آخر طالما وافقوا على ذلك وتمكن مالك الوثيقة عند البدء من إظهار تضرره ماليا في حال وفاة أو معاناة المؤمن له على الحياة من مرض خطير أو أصبح عاجزا كلياً وبشكل دائم.
- 5-1 أساس المزايا .5-1
- يتم إصدار وثائق التأمين إما على أساس التأمين الفردي على الحياة أو التأمين المشترك على الحياة على أساس وقوع أول حدث. لوثائق التأمين المشترك على الحياة تؤدي مطالبة بالتغطية التأمينية على الحياة أو مزية العجز الكلي الدائم إلى إنهاء الوثيقة. تؤدي المطالبة بمزية المرض الخطير إلى إنهاء الوثيقة، أو إذا انخفضت مزية المرض الخطير نتيجة للظروف المبينة في البند 4-5 أفسط التأمين القابلة للمراجعة، فإن مطالبة بمزية المرض الخطير ستؤدي إلى إنهاء المزية.
- 6-1 مدة وثيقة التأمين .6-1
- يتم اختيار مدة الوثيقة من قبل مالك الوثيقة عند بدئها ويجب أن تكون عددا محددًا من سنين كاملة بين 5 و35 سنة. يجب أن تنتهي مدة الوثيقة قبل بلوغ المؤمن له على الحياة لعمر الـ80 سنة، أو لوثائق التأمين المشترك على الحياة أن يبلغ الأكبر سنا من المؤمن لهما على الحياة عمر الـ80 سنة. يبين جدول الوثيقة تاريخ بدء وتاريخ انتهاء الوثيقة. لا يمكن تغيير مدة الوثيقة وتتوقف جميع المزايا المقدمة بموجب هذه الوثيقة في تاريخ انتهاء الوثيقة.
- 7-1 تغيير تفاصيل اتصال مالك الوثيقة/المؤمن له على الحياة .7-1
- تستخدم الشركة العنوان الموضح في نموذج الطلب في جميع المراسلات إلى حين إخطارها بخلاف ذلك. يجب على مالك الوثيقة إخبار الشركة كتابيا بأي تغيير في الاسم أو تفاصيل الاتصال ويجوز للشركة طلب دليل مستندي لإثبات مثل هذا التغيير.
- 8-1 الخطأ في تاريخ ميلاد المؤمن له على الحياة .8-1
- إذا كان تاريخ ميلاد المؤمن له على الحياة الوارد في جدول الوثيقة غير صحيح بسبب معلومات تم تقديمها في نموذج الطلب، يحق لنا إجراء تعديل على أي مزية مستحقة الدفع أو قسط تأمين الذي تم فرضه.
2. المزايا .2
- 1-2 خيارات المزايا .1-2
- تقدم الوثيقة تغطية تأمينية على الحياة ومزية المرض المؤدي للوفاة مع خيار اختيار أي مزيج من المزايا الاختيارية التالية:
- مزية المرض الخطير
 - مزية العجز الكلي الدائم
 - مزية الإعفاء من قسط التأمين
- يقتصر إجمالي المبلغ مستحق الدفع بموجب الوثيقة من جميع أو أي مطالبات مزية صحيحة بموجب مزية المرض المؤدي للوفاة ومزية المرض الخطير ومزية العجز الكلي الدائم على مبلغ التغطية التأمينية على الحياة، وذلك لأن مطالبات مزية المرض المؤدي للوفاة ومزية المرض الخطير ومزية العجز الكلي الدائم هي دفعة مقدمة من مبلغ التغطية التأمينية على الحياة.
- يؤدي الدفع بموجب مزية المرض المؤدي للوفاة أو أي مزية إضافية إلى تخفيض التغطية التأمينية على الحياة ومستويات المزية المتبقية، وحيث يكون مناسباً سوف تنطبق على كلا المؤمن لهما على الحياة في حالة وثيقة التأمين المشترك على الحياة.
- ليس للوثيقة قيمة نقدية في أي وقت.

مسرد المصطلحات المستخدمة في هذا المستند

المزية الإضافية

مزية المرض الخطير و/أو مزية العجز الكلي الدائم و/أو مزية الإعفاء من قسط التأمين التي قد تم اختيارها.

أخصائي طبي مناسب

أخصائي طبي لديه مؤهلات طبية ذات صلة بالحالة الطبية موضوع المطالبة ومسجل كأخصائي في الدولة التي طلب فيها الرأي.

المستفيد

شخص يتم تعيينه من قبل مالك الوثيقة لاستلام مبلغ التغطية التأمينية على الحياة عند وفاة المؤمن له على الحياة.

المزية

أية مبالغ مالية مستحقة الدفع من قبل الشركة بموجب التغطية التأمينية على الحياة أو مزية المرض المؤدي للوفاة أو مزية المرض الخطير أو مزية العجز الكلي الدائم أو مزية الإعفاء من قسط التأمين أثناء سريان وثيقة التأمين. يبين جدول الوثيقة مبلغ أو مبالغ التغطية التأمينية.

إشعار التغيير

مستند يصدر لتأكيد أي تغيير في قسط التأمين أو مستويات التغطية التأمينية.

حدث المطالبة

هو حدث يقع لمؤمن له على الحياة يتفق مع التعريف الملائم للمزية ضمن شروط وأحكام الوثيقة هذه وينتج عنه دفع مطالبة. قد يشمل ذلك (ولكن دون تحديد) وفاة المؤمن له على الحياة أو التشخيص بالإصابة بمرض مؤدي للوفاة أو خطير أو تشخيص بالعجز 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 المؤدي للوفاة أو مزية المرض الخطير أو مزية العجز الكلي الدائم أو مزية الإعفاء من الأقساط.

مزية المرض الخطير

هي المزية التي تستحق الدفع من قبل الشركة إذا تم تشخيص المؤمن له على الحياة على أنه مصاب بمرض خطير كما هو معرف في البند 29 تعريفات المرض الخطير أثناء سريان الوثيقة وإذا تم اختيار هذه التغطية التأمينية.

التغطية التأمينية على الحياة

هو المبلغ الذي تدفعه الشركة في حالة وفاة المؤمن له على الحياة أثناء سريان الوثيقة.

المؤمن له على الحياة

هو الشخص المؤمن له على الحياة بموجب هذه الوثيقة.

وثيقة التأمين على حياة شخص آخر

هي وثيقة تأمين مملوكة لشخص غير المؤمن له على الحياة. قد يشمل ذلك الحالات التي تكون فيها الوثيقة مملوكة لكيان اعتباري.

تاريخ بدء المخاطر

هو التاريخ الذي تطبق فيه أول مرة التغطية التأمينية بموجب أي مزية تم اختيارها.

الدفع الجزئي

في حالة وجود مطالبة صحيحة بمزية المرض الخطير عن السرطان القنوي الموضوعي في الثدي (انظر تعريف المرض الخطير رقم 12) يقتصر مبلغ المطالبة على مبلغ ثابت، بدلا من كامل مبلغ تأمين مزية المرض الخطير.

مزية العجز الكلي الدائم

هي المزية التي تدفعها الشركة إذا تم تشخيص المؤمن له على الحياة على أنه مصاب بعجز كلي دائم مشمول بالتغطية التأمينية بموجب الوثيقة.

الوثيقة

تتكون الوثيقة الخاصة بك من شروط وأحكام الوثيقة هذه مع الطلب وجدول الوثيقة الخاص بك وأي ملاحق إضافية لاحقة تصدرها بجدول الوثيقة الخاص بك.

عملة وثيقة التأمين

هي العملة التي بها يستحق دفع أقساط التأمين وأي مزايا كما هي مبينة في جدول الوثيقة.

مالك الوثيقة

الفرد أو الكيان الذي يبرم عقد تأمين مع الشركة التي تمتلك الوثيقة وله حق ممارسة جميع الامتيازات المتاحة بموجب الوثيقة.

مدة الوثيقة

الفترة من الوقت التي تكون فيها الوثيقة سارية، من تاريخ بدء الوثيقة إلى تاريخ انتهاء الوثيقة، وكلاهما مبين في جدول الوثيقة.

تاريخ انتهاء الوثيقة

التاريخ الذي تنتهي فيه الوثيقة.

تاريخ استحقاق القسط

التاريخ الذي يستحق فيه دفع أقساط التأمين ابتداء من استحقاق أول قسط تأمين ووتيرة الدفع.

المرض المؤدي للوفاة

مرض في مرحلة متقدمة يتطور بسرعة وليس له علاج، وحسب رأي طبيب ممارس مناوب (مقبول لدى الشركة) والمسؤول الطبي الرئيسي للشركة أن المدة المتبقية للمؤمن له على الحياة ليبقى على قيد الحياة لا تزيد عن 12 شهرا. "طبيب ممارس" تعني طبيب مؤهلا قانونا ومرخص حسب الأصول أو جراح يتصرف ضمن نطاق ترخيصه، والذي لا يجب أن يكون المؤمن له على الحياة أو أحد أقرباء المؤمن له على الحياة أو أزواجهم/زوجاتهم أو مالك الوثيقة أو أزواجهم/زوجاتهم.

الشركة

زوربوك إنترناشيونال لايف ليميتد.

مزية الإعفاء من قسط التأمين

تدفع زوربوك بموجب هذه المزية أقساط التأمين المنتظمة إذا أصيب المؤمن له على الحياة بعجز كما هو معرف في هذه الوثيقة بينما الوثيقة سارية وإذا تم اختيار هذه التغطية التأمينية.

المحتويات

11	6. المطالبات	4	مسرد المصطلحات المستخدمة في هذا المستند
11	1-6. شروط المطالبة	5	1. أساس الوثيقة
12	2-6. المطالبة بالتغطية التأمينية على الحياة	5	1-1. الوثيقة
12	3-6. المطالبة بمزية المرض المؤدي للوفاة	5	2-1. مالك الوثيقة
13	4-6. المطالبة بمزية المرض الخطير	5	3-1. المؤمن له على الحياة
13	5-6. المطالبة بمزية العجز الكلي الدائم	5	4-1. وثائق التأمين على حياة شخص آخر
14	6-6. المطالبة بكل من مزية المرض الخطير ومزية العجز الكلي الدائم ("المزبنتين")	5	5-1. أساس المزايا
14	7-6. المطالبة بمزية الإعفاء من قسط التأمين	5	6-1. مدة وثيقة التأمين
14	7. تعيين مستفيد	5	7-1. تغيير تفاصيل اتصال مالك الوثيقة/المؤمن له على الحياة
15	8. حق الإلغاء	5	8-1. الخطأ في تاريخ ميلاد المؤمن له على الحياة
15	9. التنازل عن الوثيقة الخاصة بك	5	2. المزايا
15	10. إضافة مالك وثيقة جديد	5	1-2. خيارات المزايا
15	11. لوائح مكافحة غسل الأموال	6	2-2. التغطية التأمينية على الحياة
15	12. الإخطارات المرسلة إلينا	6	3-2. مزية المرض المؤدي للوفاة
15	13. القوة القاهرة	6	4-2. مزية المرض الخطير
15	14. السياق	6	5-2. مزية العجز الكلي الدائم
16	15. الحق العام لإجراء تعديلات	7	6-2. مزية الإعفاء من قسط التأمين
16	16. التعديلات على شروط وأحكام الوثيقة	8	7-2. تغيير مبالغ المزية
16	17. القانون والتفسير	8	3. إنهاء وثيقة التأمين
16	18. الامتثال للقوانين واللوائح	8	4. الحالات التي لن يتم فيها دفع مطالبة
17	19. حق الإنهاء نتيجة للتعرض التنظيمي	8	1-4. استثناءات تنطبق على جميع التغطيات التأمينية
17	20. تغيير مكان الإقامة لأغراض الضريبة	8	2-4. استثناءات تنطبق على التغطية التأمينية على الحياة
17	21. الضريبة	9	3-4. استثناءات مزية المرض المؤدي للوفاة
18	22. قيود الدفع	9	4-4. استثناءات تنطبق على مزية المرض الخطير
18	23. العقوبات	9	5-4. استثناءات تنطبق على مزية العجز الكلي الدائم
18	24. حقوق الأطراف الثالثة	9	6-4. استثناءات تنطبق على مزية الإعفاء من قسط التأمين
18	25. إخلاء مسؤولية	10	7-4. الحالات الأخرى التي لن يتم فيها دفع مطالبة
18	26. حماية البيانات والإفصاح عن المعلومات	10	5. أقساط التأمين
19	27. صندوق تعويض مالكي الوثيقة في أيل أوف مان	10	1-5. عملة الوثيقة
19	28. الشكاوى	10	2-5. احتساب أقساط التأمين
20	29. تعريفات المرض الخطير	10	3-5. أقساط التأمين المضمنة
27	30. كيفية الاتصال بنا	10	4-5. أقساط التأمين القابلة للمراجعة
		11	5-5. عدم دفع أقساط التأمين

وثيقة انترناشيونال تيرم أشورانس هي وثيقة حماية خالصة محددة المدة متعددة المستويات، توفر تغطية تأمينية إلزامية على الحياة بالإضافة إلى مزايا إضافية اختيارية طوال مدة الوثيقة.

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

تصدر وثيقة انترناشيونال تيرم أشورانس من زيوريخ انترناشيونال لايف ليمتد ("الشركة"، "زيوريخ"، "نحن"، "الخاصة بنا") وتستند إلى طلب يقدمه مالك الوثيقة ("أنت" أو "الخاص بك") المسمى في جدول الوثيقة. يعتبر الطلب وشروط وأحكام الوثيقة وجدول الوثيقة وأي ملحقات أصدرتها الشركة على أنها متضمنة في هذه الوثيقة.

السلطة التقديرية

في شروط وأحكام الوثيقة، حيث يمكننا استخدام سلطتنا التقديرية لاتخاذ قرار، طلب معلومات أو أدلة، أو استخدام الحكم، والاحتفاظ بالحق أو إجراء تغييرات، سيتم ذلك بشكل معقول ومتناسب وعادل ووفقاً للقوانين واللوائح. يجب حفظ شروط وأحكام وجدول الوثيقة في مكان آمن.

وثيقة إنترناشيونال تيرم أشورانس
شروط وأحكام الوثيقة – الإمارات العربية المتحدة