

International Decreasing Term Assurance Policy Terms and Conditions – United Arab Emirates

International Decreasing Term Assurance is a pure protection policy where the sum insured reduces to zero and the premium remains level over the Policy Term. It provides compulsory Life Cover plus optional Additional Benefits.

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

International Decreasing 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.

Contents

Glossary of terms used in this document	4	6. Claims	13
1. Policy basis	6	6.1. Claim conditions	13
1.1. Policy Owner	6	6.2. Claiming Life Cover	13
1.2. Life Insured	6	6.3. Claiming for Critical Illness Benefit	13
1.3. 'Life of another' Policies	6	6.4. Claiming for Permanent and Total Disability Benefit	14
1.4. Benefit basis	6	6.5. Claiming for Waiver of Premium Benefit	14
1.5. Policy Term	6	6.5.1 When will we stop paying the Benefit	14
1.6. Policy Owner/Life Insured changes of contact details	6	7. Beneficiary nomination	14
1.7. Incorrect date of birth of the Life Insured	6	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. Sum Insured	7	11. Anti-Money Laundering Regulations	15
2.3. Life Cover	7	12. Notice to us	15
2.4. Critical Illness Benefit	7	13. Force Majeure	15
2.5. Permanent and Total Disability Benefit	7	14. Context	16
2.6. Waiver of Premium Benefit	8	15. General right to make changes	16
2.7. Changing the Benefit amounts	9	16. Changes to the Policy Terms and Conditions	16
3. Termination of the Policy	9	17. Law and interpretation	16
4. When a claim will not be paid	9	18. Compliance with laws and regulations	16
4.1. Exclusions applicable to all Covers	9	19. Termination right due to regulatory exposure	18
4.2. Exclusions applicable to Life Cover	10	20. Changing tax residency	18
4.3. Exclusions applicable to Critical Illness Benefit	10	21. Taxation	18
4.4. Exclusions applicable to Permanent and Total Disability Benefit	10	22. Payment restrictions	18
4.5. Exclusions applicable to Waiver of Premium Benefit	11	23. Sanctions	18
4.6. Other circumstances in which a claim will not be paid	11	24. Rights of third parties	18
5. Premiums	11	25. Disclaimer	19
5.1. Policy Currency	12	26. Data protection and disclosure information	19
5.2. Premium calculation	12	27. Isle of Man Policyholders' Compensation	20
5.3. Guaranteed premiums	12	28. Complaints	20
5.4. Reviewable premiums	12	29. How to Contact us	20
5.5. Non-Payment of premiums	12	30. Critical Illness definitions	21

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

The amount payable by the Company under Life Cover, Critical Illness Benefit, Permanent and Total Disability Benefit or Waiver of Premium Benefit whilst the Policy is in force.

Claim Event

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

Company Medical Officer

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

Cover

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

Critical Illness Benefit

The Benefit payable by the Company if a Life Insured is diagnosed with a critical illness as defined in Condition 30 Critical Illness definitions of this Policy whilst the Policy is in force and if this Cover has been chosen.

Life Cover

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

Life Insured

A person whose life is insured under the Policy.

'Life of another' Policy

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

Medical practitioner

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.

Permanent and Total Disability Benefit

The Benefit payable by the Company if a Life Insured is diagnosed with a permanent and total disability covered under the Policy whilst the Policy is in force and if this Cover has been chosen.

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 Schedule

A Policy specific schedule of premiums, Benefits, charges and, where applicable, any special underwriting provisions and/or any other endorsements, issued to the Policy Owner once the Policy has been issued.

Policy Term

The period of time during which we assume the risk for the insured events.

Policy Termination Date

The date on which the Policy comes to an end.

Premium Payment Term

The period over which premiums are due as shown in the Policy Schedule.

Reducing Sum Insured Table

The table in the Policy Schedule showing the Sum Insured payable in each Policy year in the event of a Life Cover, Critical Illness Benefit and/or Permanent and Total Disability Benefit claim.

Risk Commencement Date

The date on which the Policy starts.

Sum Insured

The amount payable by the Company in the event of a valid claim under Life Cover, Critical Illness Benefit or Permanent and Total Disability Benefit.

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. Policy Owner

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

1.2. Life Insured

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

1.3. '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 critical illness or become permanently and totally disabled.

1.4. 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.

1.5. 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. The Risk Commencement Date and the Policy Termination Date are shown in the Policy Schedule. The Policy Term cannot be changed and at the Policy Termination Date all Benefits provided by this Policy shall stop.

1.6. 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.

1.7. 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 provides Life Cover with any combination of the following Additional Benefits selected:

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

Additional Benefits cannot be added after the Risk Commencement Date.

Where Critical Illness Benefit and/or Permanent and Total Disability Benefit are selected, the Life Cover amount must match the Critical Illness Benefit and/or Permanent and Total Disability Benefit at all times, except in the circumstances described in Condition 5.4 Reviewable premiums.

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

A payment under Life Cover and/or Permanent and Total Disability Benefit will end the Policy and any ongoing claims under Waiver of Premium Benefit will stop.

Where the Critical Illness Benefit amount matches the Life Cover amount, a payment under Critical Illness Benefit will end the Policy and any ongoing claims under Waiver of Premium Benefit will stop.

Where the Critical Illness Benefit amount has been reduced below the Life Cover amount as described in Condition 5.4 Reviewable premiums, a payment under Critical Illness Benefit will reduce the Sum Insured by the amount of the claim. The Policy will continue, Waiver of Premium Benefit will remain in place and any ongoing claims under Waiver of Premium Benefit will continue and the regular premium amount will remain unchanged.

A valid claim under Waiver of Premium Benefit has no impact on any other Benefit amounts on the Policy and does not end the Policy.

The Policy has no cash value at any time.

2.2. Sum Insured

The Sum Insured is the amount paid in the event of a valid Life Cover and/or Permanent and Total Disability claim and will reduce in line with the figures in the Reducing Sum Insured Table in the Policy Schedule.

Where the Critical Illness Benefit amount matches the Life Cover amount, a payment under Critical Illness Benefit will equal the Sum Insured.

Where the Critical Illness Benefit amount has been reduced below the Life Cover amount as described in Condition 5.4 Reviewable premiums, the Company will provide the Policy Owner with a separate Critical Illness Benefit Reducing Sum Insured Table at the time, describing the amount payable under a Critical Illness Benefit claim over the remaining Policy Term.

2.3. Life Cover

The amount paid in the event of a valid Life Cover claim will be the Sum Insured at the time of the claim event, subject to receipt of the information outlined in Condition 6 Claims.

Subject to Condition 6 Claims the Company will pay the Sum Insured if a Life Insured dies during the Policy Term.

For joint life policies, the Sum Insured is paid once only when either of the Lives Insured dies.

Once a Life Cover claim is paid, the Policy ends and all other Benefits stop, including any ongoing claim under Waiver of Premium Benefit.

2.4. Critical Illness Benefit

This is an optional Benefit and will only apply if it is shown in the Policy Schedule. The amount of the Critical Illness Benefit at the Risk Commencement Date will always equal the Sum Insured. The amount of the Critical Illness Benefit may be reduced by the Company with the Policy Owners' consent, as described in Condition 5.4 Reviewable premiums.

Claims under this Benefit will only be accepted where the Claim Event occurs 90 days or more after the Risk Commencement Date, or 90 days or more after any reinstatement of the Policy.

Subject to Condition 6 Claims, the Company will pay the Critical Illness Benefit if a Life Insured is diagnosed with a Critical Illness or undergoes a medical procedure as set out in Condition 30 Critical Illness definitions.

For joint life policies, Critical Illness Benefit is paid once only on the first claim.

Where the Critical Illness Benefit amount matches the Life Cover amount, a Critical Illness Benefit claim ends the Policy.

Where the Critical Illness Benefit amount has been reduced below the Life Cover amount as described in Condition 5.4 Reviewable premiums, a Critical Illness Benefit claim will reduce the Sum Insured by the amount of the claim and the Policy continues without Critical Illness Benefit. The regular premium amount and any Waiver of Premium Benefit remains unchanged.

2.5. Permanent and Total Disability Benefit

This is an optional Benefit and will only apply if it is shown in the Policy Schedule. The amount of the Permanent and Total Disability Benefit will always equal the Sum Insured.

Subject to Condition 6 Claims, the Company will pay the Permanent and Total Disability Benefit if a Life Insured is diagnosed as being permanently and totally disabled as set out in these Policy Terms and Conditions, and has been so disabled for a continuous period of 180 days.

For joint life policies, Permanent and Total Disability Benefit is paid once only when either of the Lives Insured is diagnosed as being permanently and totally disabled as set out in these Policy Terms and Conditions.

Once a Permanent and Total Disability Benefit claim is paid, the Policy ends and all other Benefits stop including any ongoing claim under Waiver of Premium Benefit.

Permanent and total disability at the time of claim means:

Lives Insured aged 70 or younger in gainful employment

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

Lives Insured aged 70 or younger not in gainful employment

A Life Insured shall be regarded as being permanently and totally disabled if they are unable to perform at least three 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 light object 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 with corrective aids if required.
- v) **Writing** – having the physical ability to write legibly using a pen or pencil.

Lives Insured aged 71 or more

A Life Insured shall be regarded as being permanently and totally disabled if they are 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. The Waiver of Premium Benefit amount is fixed and does not reduce over the Policy Term.

Subject to Condition 6 Claims, if at any premium due date a Life Insured is incapacitated 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 as long as the incapacity continues.

Incapacity starts from the actual date of incapacity or 180 days prior to notification of incapacity to the Company, whichever is the later.

For joint life policies, Waiver of Premium Benefit is payable when either of the Lives Insured is incapacitated as set out in these Policy Terms and Conditions. Only one valid Waiver of Premium Benefit claim will be paid at any one time.

Incapacity at the time of claim means:

Lives Insured aged 70 or younger in gainful employment

A Life Insured shall be regarded as incapacitated if they are unable to (for reward or otherwise) engage in their own occupation, profession, business as well as unable to engage in any other occupation to which they are fitted by education, training and experience, as a result of the incapacity.

Lives Insured aged 70 or younger not in gainful employment

A Life Insured shall be regarded as being incapacitated if they are unable to perform at least three 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 light object 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 with corrective aids if required.
- v) **Writing** – having the physical ability to write legibly using a pen or pencil.

Lives Insured aged 71 or more

A Life Insured shall be regarded as being incapacitated 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.

It is not possible to increase any of the Benefit amounts under the Policy.

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) The Policy Owner fails to pay the premiums and the Policy lapses;
- iv) The Policy Owner requests in writing to end the Policy;
- v) we terminate the Policy in compliance with these Policy Terms and Conditions.

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 Risk Commencement Date of the Policy,
 - b. 12 months of the date of reinstatement of the Policy.

4.3. Exclusions applicable to Critical Illness Benefit

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

- i) A medical condition, medical or surgical procedure/illness or injuries caused by an accident that is not described or that does not exactly meet the definition set out in Condition 30 Critical Illness definitions.

- 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 Risk Commencement Date stated in the Policy Schedule,
 - b. the date of any Policy reinstatement.

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

4.4. 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 Permanent and Total Disability Benefit.

- 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 Risk Commencement Date stated in the Policy Schedule, or
 - b. the date of any Policy reinstatement.

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

4.5. 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 incapacity that does not exactly meet the definition set out in Condition 2.6 Waiver of Premium Benefit.

- 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 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 Risk Commencement Date stated in the Policy Schedule,
 - b) the date of any Policy reinstatement.

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

4.6. Other circumstances in which a claim will not be paid

The Company will not pay a claim if:

- i) The Policy Owner fails to make all premium payments that were due.
- ii) The Life Insured knowingly or recklessly fails to disclose or deliberately misrepresents any fact when they apply for a Policy, 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 non-standard 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 they know, or would reasonably be expected to know, are relevant to the acceptance of the risk by the Company.

5. Premiums

The first premium is due on the Risk Commencement Date shown in the Policy Schedule, and subsequent regular premiums must be paid for the Policy Term on the premium due dates. The amount of each premium is shown in the Policy Schedule.

The amount of premium payments will change if an increase in the premium is requested by the Company and accepted by the Policy Owner as a result of a Critical Illness Benefit premium review.

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 should be paid in the Policy Currency. The Policy Owner may choose to pay the premiums in any freely convertible currency. However, this will be converted to the Policy Currency on receipt and will be subject to the exchange rates applied by the Company at the relevant time. Within a degree of tolerance determined by us from time to time we will accept the converted amount as payment of the premium. If the converted amount is not within the degree of tolerance agreed by us, we reserve the right to request an additional amount to settle the premium due.

5.2. Premium calculation

Premiums are calculated:

- i) at outset, or
- ii) at reinstatement, or
- iii) at time of a Critical Illness review.

based on the amount of the Benefits included, the Policy Term, the chosen Interest Rate, the age, gender, health, occupation, nationality, residence and smoker status of the Life Insured, and any recreational activities.

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 will remain unchanged throughout the Policy Term (unless Waiver of Premium Benefit increases as a result of an increase in Critical Illness Benefit premium as described in Condition 5.4 Reviewable premiums below).

5.4. **Reviewable premiums**

Premium payments in respect of Critical Illness Benefit, if selected, will remain unchanged for five years from the Risk 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.

At each five year review date, if the Company increases the premium as a result of a Critical Illness Benefit review, the Policy Owner will be given the following options:

- i) The premium payment amount is increased by an amount specified by the Company and the Critical Illness Benefit Sum Insured remains unchanged. Where Waiver of Premium Benefit is applicable to the Policy, the premium increase will also include an increase to the Waiver of Premium Benefit amount so that Waiver of Premium Benefit matches the increased premium amount. There will be no need for further medical underwriting in this instance.
- ii) The premium payment amount remains unchanged and the Critical Illness Benefit Sum Insured is reduced by an amount specified by the Company.
- iii) Critical Illness Benefit is removed from the Policy and the premium payment is reduced by an amount specified by the Company. Where Waiver of Premium Benefit is applicable to the Policy, the premium decrease will also include a decrease to the Waiver of Premium Benefit amount so that Waiver of Premium Benefit matches the reduced premium amount.

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 relevant 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 will be processed.

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

- i) a completed claim form,
- ii) information from the treating doctor, consultant or any other third party, at the request of the Company,
- iii) at the request of the Company the Life Insured to attend a medical examination, where a 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, Life Insured or claimant (if different from the Policy Owner),
- v) the Policy Schedule,
- vi) the 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.

For Permanent and Total Disability Benefit and/or Waiver of Premium Benefit claims, the Company will assess the claim against the definition of disability and/or incapacity that applies to the Life Insured at the time of the Claim Event. The Company will not seek to apply a different definition to an admitted claim solely on the basis that the Life Insured reaches age 71.

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 or within a longer period at the Company's discretion if there are circumstances which prevent notification within this period. 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 end and all other Benefits under the Policy will stop, including any ongoing Waiver of Premium Benefit claim.

6.3. **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 or within a longer period at the Company's discretion if there are circumstances which prevent notification within this period. 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 Benefit claim is paid and the Critical Illness Benefit amount matches the Life Cover amount, the Policy will end and all other Benefits will stop, including any ongoing Waiver of Premium Benefit claim.

Where the Critical Illness Benefit amount has been reduced below the Life Cover amount as described in Condition 5.4 Reviewable premiums, a Critical Illness Benefit claim will reduce the Sum Insured by the amount of the claim and the Policy continues without Critical Illness Benefit. The regular premium amount and Waiver of Premium Benefit remain unchanged.

6.4. **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 or within a longer period at the Company's discretion if there are circumstances which prevent notification within this period. Upon receipt of the completed claim form, the Company will confirm the evidence required before the claim can be considered. In order for the Company to pay a Permanent and Total Disability Benefit claim, an Appropriate Medical Specialist and the Company Medical Officer must both agree that the criteria for Permanent and Total Disability Benefit has been fully met. The Company reserves the right to ask for independent confirmation that any medical treatment is necessary and appropriate and for an opinion on the level of disability.

When a Permanent and Total Disability claim has been admitted and the Benefit paid, then the Policy will end and all other Benefits will stop including any ongoing claim under Waiver of Premium Benefit.

6.5. **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 incapacitated. 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 incapacity have been fully met.

The Company reserves the right at any time to request evidence to support the ongoing incapacity 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 incapacity in order that the Life Insured no longer meets the criteria for incapacity 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 incapacity.

During a Waiver of Premium Benefit claim the Policy continues and all other Benefits remain in place.

6.5.1 **When we will stop paying the Benefit**

The Benefit stops on the earlier of the following events:

- i) you no longer meet our definition of incapacity,
- ii) you return to paid employment,
- iii) the end of the Policy Term,
- iv) the Policy ends following payment of the full Sum Insured.

7. **Beneficiary Nomination**

You may nominate a Beneficiary 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 refund of any premiums paid by giving a written notice to us using the address in Condition 29 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

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

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.

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

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 three months 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 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 decision 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 Conditions of your Policy as a third party in accordance with the Isle of Man Contracts (Rights of Third Parties) Act 2001. The Conditions 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 <https://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 we 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 + 9714 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 29 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") in 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 Service Ombudsman Scheme

Isle of Man Office of Fair Trading

Thie Slieau Whallian

Foxdale Road

St John's

Isle of Man

IM4 3AS

British Isles.

Telephone: +44 1624 686500

Email: ombudsman@iomoft.gov.im

Website: www.gov.im/oft

29. 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 3634567

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



Website: www.zurich.ae

30. Critical Illness definitions

'Critical Illness' means any one of the following:

- i) **Aorta graft surgery – for disease and trauma**
The undergoing of surgery for disease or following traumatic injury to the aorta with excision and surgical replacement of a portion of the diseased aorta with a graft.

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

For the above definition, the following are not covered:

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

- ii) **Aplastic anaemia – resulting in permanent symptoms**
Bone marrow failure that results in permanent anaemia, neutropenia and thrombocytopenia requiring as a minimum one of the following treatments:

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

The diagnosis must be confirmed by a haematologist.

For the above definition the following are not covered:

- Other forms of anaemia.

- iii) **Bacterial meningitis – resulting in permanent symptoms**
The unequivocal diagnosis of bacterial meningitis resulting in permanent neurological deficit with persisting clinical symptoms or physical deficit.

For the above definition, the following are not covered:

- Other forms of meningitis, including viral meningitis.

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

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

For the above definition, the following are not covered:

- Tumours in the pituitary gland.
- Angiomas.

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

For the above definition, the following are not covered:

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

- vi) **Cancer – excluding less advanced cases**
Any malignant tumour positively diagnosed with histological confirmation and characterised by the uncontrolled growth of malignant cells and invasion of tissue.

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

For the above definition, the following are not covered:

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

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

All tumours of the prostate unless histologically classified as having a Gleason score greater than six or having progressed to at least clinical TNM classification T2bNOM0.

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) **Cardiomyopathy**

A definite diagnosis by a consultant cardiologist of cardiomyopathy causing permanent impaired ventricular function such that the ejection fraction is 35% or less for at least six months when stabilised on therapy advised by the consultant.

The diagnosis must also be;

- Evidenced by echocardiographic abnormalities consistent with the diagnosis of cardiomyopathy.
- Classified as Stage III under the New York Heart Association (NYHA) Functional Classification.

For the purposes of this condition NYHA Stage III (as classified) means:

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

All other forms of heart disease, heart enlargement and myocarditis are specifically excluded.

viii) **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.

ix) **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.

x) **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.

xi) **Deafness – permanent and irreversible**

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

For the above definition, the following are not covered:

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

xii) **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 recognisable 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.

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) **Heart attack – of specified severity**

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

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

The evidence must show a definite acute myocardial infarction.

For the above definition, the following are not covered:

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

xv) **Heart failure**

A definite diagnosis of congestive heart failure by a Consultant Cardiologist. There must be clinical impairment of heart function resulting in the permanent loss of ability to perform physical activities classified to at least Stage III of the NYHA classification of functional capacity. For the purpose of this condition NYHA Stage III (as classified) means:

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

xvi) **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 these 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, Estonia, Finland, France, Germany, Gibraltar, Greece, Hong Kong, Hungary, Iceland, Isle of Man, Italy, Japan, Kuwait, Latvia, Liechtenstein, Lithuania, Luxembourg, Macau, Malaysia, Malta, Monaco, Netherlands, New Zealand, North Macedonia, Norway, Oman, Poland, Portugal, Qatar, Republic of Ireland, Romania, San Marino, Saudi Arabia, Singapore, Slovakia, Slovenia, South Africa, Spain, Sweden, Switzerland, Turkey, United Arab Emirates, United Kingdom, United States of America.

xviii) **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.

xix) **Liver failure – end stage**
End stage liver failure due to cirrhosis and resulting in all of the following:

- Permanent jaundice.
- Ascites.
- Encephalopathy.

For the above definition the following is not covered:

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

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

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

- Personal hygiene** – washing or bathing to the extent needed to maintain personal cleanliness.
- Dressing** – putting on and taking off all necessary clothes.
- Mobility** – moving from one room to another or getting in and out of a bed or chair.
- Eating and drinking** – eating and drinking once food and drink has been prepared and made available.
- Using the lavatory** – getting on and off the lavatory and maintaining personal hygiene.
- Continence** – controlling bowel and bladder functions.

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

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

For the above definition, the following are not covered:

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

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

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

For the above definition, the following is not covered:

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

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

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

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

xxiv) **Major organ transplant**

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

For the above definition, the following are not covered:

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

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

xxv) **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 (for example Electromyography, Electroneurography, Nerve Conduction Velocity).

xxvi) **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.

xxvii) **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.

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

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

For the above definition, the following is not covered:

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

xxix) **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.

xxx) **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 Stage III of the NYHA Functional Classification of cardiac impairment.

For the purposes of this condition, stage III (as classified) means:

- 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.

xxxi) **Stroke – with permanent symptoms**

Death of brain tissue due to inadequate blood supply or haemorrhage within the skull resulting in permanent neurological deficit with persisting clinical symptoms. The diagnosis has to be confirmed by a Consultant Neurologist with the evidence of new changes on a CT or MRI scan or other reliable imaging techniques.

For the above definition, the following are not covered:

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

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

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

Severe kidney involvement with SLE as evidenced by:

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

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

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

For the purposes of this definition:

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

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

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

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

For the above definition, the following are not covered:

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

xxxiv) **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
- In the opinion of the attending consultant, the illness is expected to lead to death within 12 months.

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 six weeks from the traumatic injury.

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

زوريخ 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.

زوريخ انترناشيونال لايف هو اسم تجاري لزوريخ 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: زوريخ هاوس، مجمع آيل أوف مان للأعمال، دوغلاس، آيل أوف مان، آي إم 2 كيو زي، الجزر البريطانية.

رقم الهاتف: +44 1624 662266 الفاكس: +44 1624 662038 وموقعها على الانترنت هو: www.zurichinternational.com



ZURICH[®]

.31

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.

لأعراض التعريف 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 الدماغى الناتج عن صدمة أو نقص الأكسجين في الدم، أو اضطرابات الرؤية أو التوازن بسبب مرض بالعين أو بالعصب أو بالجهاز الدهليزي للأذن.

.32

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.
 - تحليل غير عادي للبول يوضح وجود البيلة البروتينية أو الدموية، أو أعراض حادة بالجهاز العصبي المركزي مصاحبة للذئبة الحمراء الجهازية الثابتة من خلال:
 - خلل دائم بالجهاز العصبي يثبت واحد على الأقل من الأعراض التالي ذكرها والتي يتحتم وجودها عند الفحص السريري ويتوقع أن تستمر لما تبقى من عمر المصاب.

- 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.
- لتجنب الشك، تستبعد على وجه الخصوص كافة الأشكال الأخرى من الذئبة الحمراء الجهازية من التغطية التي توفرها هذه الوثيقة.

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.

فيما يختص بالتعريف أعلاه، فإن ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية:

- الإصابة المتعمدة للمؤمن له على الحياة من قبل مالك وثيقة.
- الإصابة الذاتية المتعمدة.

المرض المؤدي للوفاة

تشخيص قاطع من قبل استشاري مناب بالإصابة بمرض يفي كلا مما يلي:

- أما أن يكون ليس للمرض علاج معروف أو تطور إلى درجة لا يمكن معها علاجه
- حسب رأي الاستشاري المناوب فإنه من المتوقع أن يؤدي المرض إلى الوفاة خلال 12 شهرا.

إصابة الدماغ الرضية – مع أعراض دائمة

موت الأنسجة الدماغية بسبب إصابة رضية ناتجة عن عوامل خارجية وتأكد 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 ستة أسابيع من الإصابة الرضية.

24.

زراعة عضو رئيسي

الخضوع لعملية زرع لاستبدال عضو مريض أو تالف، بما في ذلك نخاع العظام البشري باستخدام زرع خلايا الدم الجذعية المسبوقه 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 المعينة أدناه)، لغرض هذا الإجراء فقط.

فيما يختص بالتعريف أعلاه، فإن ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية:

- يتم استبعاد أي عملية زرع خلايا جذعية غير واردة 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 المحددة:

أندورا، أستراليا، النمسا، البحرين، بلجيكا، بلغاريا، كندا، جزر القنال، كرواتيا، قبرص، جمهورية التشيك، الدنمارك، فنلندا، فرنسا، ألمانيا، جبل طارق، اليونان، هونج كونج، المجر، أيل أوف مان، أيسلندا، إيطاليا، اليابان، الكويت، لايفيا، 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.

25.

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).

26.

التصلب المتعدد – المصاحب بأعراض مزمنة

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

27.

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.

28.

شلل الأطراف – كلي ودائم ولا يرجى علاجه

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

لأعراض التعريف أعلاه، فإن ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية:

- فقدان الوظيفة الناتج عن اضطراب عقلي أو نفسي.

29.

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.

فيما يختص بالتعريف 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.

30.

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.

19. **الفشل الكبدي – المرحلة النهائية**
المرحلة النهائية من الفشل الكبدي الناجم عن التليف والذي يسبب جميع ما يلي:

- اليرقان الدائم.
- الاستسقاء.
- اعتلال دماغي.

فيما يختص بالتعريف أعلاه، فإن ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية:

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

20. **عدم القدرة على الاعتماد على النفس – المتسبب في أعراض دائمة**

هي حالة تعني أن المؤمن له على الحياة غير قادر نهائياً وبشكل كلي ومزمن على القيام بأربعة من الأنشطة الستة التالية – نتيجة لمرض أو علة أو حادث – دون مساعدة من احد:

- النظافة الشخصية – الاغتسال أو الاستحمام للحفاظ على النظافة الشخصية اللازمة.
- ارتداء الملابس – ارتداء أو خلع جميع الملابس الضرورية.
- التحرك – الانتقال من حجرة إلى أخرى أو الجلوس على كرسي أو سرير والنهوض منهما.
- الأكل والشرب - الأكل والشرب بمجرد الانتهاء من إعداد الطعام وتوافره.
- استخدام المراض – الدخول والخروج من المراض والحفاظ على النظافة الشخصية.
- الحصر – التحكم في التبول والتبرز.

21. **فقد اليدين أو القدمين – بتر بدني دائم**
هو بتر بدني دائم ليدين أو قدمين أو أكثر من عند المعصم أو الكاحل أو فوقهما.

فيما يختص بالتعريف أعلاه، فإن ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية:

- الإصابة المتعمدة للمؤمن له على الحياة من قبل مالك وثيقة.
- الإصابة الذاتية المتعمدة.

22. **عدم القدرة على الكلام – بشكل كلي ودائم ولا يرجى علاجه**
فقد كلي ودائم ولا يرجى علاجه للقدرة على الكلام نتيجة ضرر بدني أو مرض.

فيما يختص بالتعريف أعلاه، فإن ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية:

- فقدان النطق الناتج عن اضطراب عقلي أو نفسي.

23. **أمراض الجهاز التنفسي – المرحلة النهائية/توقف التنفس – ذات الخطورة المحددة**

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

- الحاجة إلى جلسات أكسجين يومية على نحو دائم؛
- إثبات بأن جلسات الأكسجين 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؛ و
- ضيق النفس عند الاستلقاء.

14.

النوبات القلبية – ذات الخطورة المحددة

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 الأخرى.

ويجب أن يظهر الدليل الاحتشاء الحاد لعضلة القلب بشكل قطعي.

وبالنظر للتعريف أعلاه، فإنه لا يتم تغطية ما يلي:

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

15.

السكتة القلبية

تشخيص واضح لفشل القلب الاحتقاني من قبل استشاري أمراض القلب. يجب أن يكون هنالك انخفاض سريري في وظيفة القلب مما يؤدي إلى فقدان دائم للقدرة على أداء الأنشطة البدنية على الأقل الدرجة الثالثة من تصنيف جمعية القلب في نيويورك للقدرة الوظيفية. لأغراض هذا الشرط الدرجة الثالثة حسب تصنيف جمعية القلب في نيويورك تعني:

- قصور ملحوظ من حيث الأنشطة البدنية أقل من النشاط العادي بسبب التعب، والخفقان، وضيق في التنفس أو ألم في الصدر. يكون الشخص المشمول بالتغطية التأمينية مرتاحاً فقط في وضع الراحة.

16.

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.

17.

عدوى فيروس نقص المناعة المكتسبة – التي يصاب بها المرء

في دولة محددة* 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

18.

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.

• 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:

- أن يكون قد تم التبليغ عن الحادث إلى الجهة المعنية والسلطات المهنية وتم التحقيق فيه وفقاً للإجراءات الموضوعية لذلك.

- حيثما تكون الإصابة بعدوى فيروس نقص المناعة المكتسبة عن طريق الاعتداء الجسدي أو عن طريق حادث أثناء القيام بواجبات العمل الاعتيادية، يجب تدعيم الحادث باختبار سالب للأجسام المضادة لفيروس نقص المناعة المكتسبة في غضون عشرة 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 وأحكام الوثيقة هذه).

فيما يختص بالتعريف 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 المهن الطبية أو طب الأسنان؛

- ضابط شرطة أو سجون أو مطافي؛

- صيدلي أو مساعد في مختبر أو موظف في مرفق طبي.

** قائمة الدول المحددة:

أندورا، أستراليا، النمسا، البحرين، بلجيكا، بلغاريا، كندا، جزر القنال، كرواتيا، قبرص، جمهورية التشيك، الدنمارك، فنلندا، فرنسا، ألمانيا، جبل طارق، اليونان، هونغ 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، إسبانيا، السويد، سويسرا، تركيا، الإمارات العربية المتحدة، المملكة المتحدة، الولايات المتحدة الأمريكية.

7.

اعتلال عضلة القلب

تشخيص واضح من قبل استشاري أمراض القلب من اعتلال في عضلة القلب بسبب ضعف دائم في وظيفة البطين بحيث يكون الكسر القذفي هو 35% أو أقل لمدة ستة أشهر على الأقل عندما استقرت على العلاج الذي نصح به الاستشاري.

يجب أن يكون التشخيص كذلك؛

- يتضح من تشوهات تخطيط صدى القلب بما يتفق مع تشخيص اعتلال عضلة القلب.
- مصنف على أنه في المرحلة الثالثة بموجب التصنيف الوظيفي لجمعية القلب في نيويورك.

لأعراض هذه الحالة فإن المرحلة الثالثة بموجب التصنيف الوظيفي لجمعية القلب في نيويورك (حسب تصنيفها):

- وجود قصور ملحوظ في النشاط البدني للشخص المشمول بالتغطية التأمينية بسبب أعراض النشاط الأقل من الاعتيادي بسبب التعب، والخفقان، وحة في الصوت أو ألم ذبجي. يكون الشخص المشمول بالتغطية التأمينية مرتاحاً فقط في وضع الراحة من المجهود.

تستثنى على وجه التحديد جميع الأشكال الأخرى من أمراض القلب، وتضخم القلب والتهاب عضلة القلب.

8.

الغيبوبة المرضية – ذات الأعراض الدائمة

هي حالة من فقدان الوعي مصاحبة بعدم وجود رد فعل للمنبهات الخارجية أو الاحتياجات الداخلية والتي:

- تتطلب استخدام أجهزة دعم الحياة لمدة مستمرة تصل حتى 96 ساعة على الأقل؛ و
- يترتب عليها عجز عصبي دائم مصاحب بأعراض سريرية مزمنة؛ و
- ليست غيبوبة اصطناعية (مستحثة طبياً) لأسباب علاجية.

فيما يختص بالتعريف أعلاه، فإن ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية:

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

9.

ترقيع الشريان التاجي- مصاحب بجرادة لفصل عظم القص

الخضوع لجرادة تتطلب شق بطول عظم القص (عملية جراحية لفصل عظم القص) بناء على استشارة استشاري أمراض القلب لتصحیح 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 بالعملات 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، الدنمرك، فنلندا، فرنسا، ألمانيا، جبل طارق، اليونان، هونغ 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.

مرض كروتزفيلد-جاكوب – الذي يتطلب عناية دائمة

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

الصمم- 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.

فيما يختص بالتعريف أعلاه، فإن ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية:

- الإصابة المتعمدة للمؤمن له على الحياة من قبل مالك وثيقة.
- الإصابة الذاتية المتعمدة.

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 معروف آخر له. الخلل الإدراكي الكبير يعني تدهور أو فقد القدرة على التفكير بما في ذلك فقد القدرة على ما يلي:

- التذكر؛
- التفكير المنطقي؛
- الوعي والفهم والتعبير وتنفيذ الأفكار. وهذا يؤدي إلى ضرورة وجود إشراف مستمر لحماية المؤمن له على الحياة أو لحماية الآخرين.

فيما يختص بالتعريف أعلاه، فإن ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية:

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

التهاب الدماغ

تشخيص قاطع للإصابة بالتهاب الدماغ من قبل استشاري أمراض عصبية نجم عنه عجز عصبي دائم مصاحب بأعراض سريرية مزمنة.

فيما يختص بالتعريف أعلاه، فإن ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية:

- متلازمة الإجهاد المزمن والتهاب الدماغ و النخاع المؤلم للعضل.

30. تعريفات المرض الخطير

”المرض الخطير“ يعني واحدا مما يلي:

1. جراحات الشريان الأورطي – بسبب مرض وإصابة رضية

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

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

فيما يختص بالتعريف أعلاه، فإن ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية:

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

2. فقر الدم اللاتنسجي – المتسبب في أعراض الدائمة.

ضعف نخاع العظام الذي ينتج عنه فقر الدم الدائم ونقص كرات الدم البيضاء ونقص الصفائح الذي يتطلب أحد العلاجات التالية كحد أدنى:

- عوامل محفزة للنخاع،
- زرع نخاع العظام،
- نقل الدم،
- عوامل مثبطة للمناعة.

ويجب أن يتم تأكيد التشخيص من قبل أخصائي أمراض الدم.

فيما يختص بالتعريف أعلاه، فإن ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية:

- الأشكال الأخرى من فقر الدم.

3. 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.

فيما يختص بالتعريف أعلاه، فإن ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية:

- الأشكال الأخرى من مرض التهاب السحايا بما في ذلك التهاب السحايا الفيروسي.

4. الورم الحميد في المخ – المسبب لأعراض دائمة

هو ورم غير خبيث أو تكيس في المخ أو الأعصاب القحفية أو السحايا في داخل الجمجمة المسبب لعجز عصبي دائم مصاحب بأعراض سريرية مزمنة.

ويتم التنازل عن شرط العجز العصبي الدائم المصاحب بالأعراض السريرية الدائمة إذا ما تم إزالة الورم الحميد من المخ جراحياً.

فيما يختص بالتعريف أعلاه، فإن ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية:

- أورام الغدة النخامية.
- الأورام الوعائية.

5. العمى – الدائم والذي لا يرجى علاجه

هو الفقد الدائم للبصر الذي لا يرجى علاجه إلى درجة انه عند قياس النظر بالمساعدات البصرية تكون الرؤية 3/60 أو أسوأ في العين الجيدة باستخدام مخطط سنيلين لقياس النظر.

فيما يختص بالتعريف أعلاه، فإن ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية:

- الإصابة المتعمدة للمؤمن له على الحياة من قبل مالك وثيقة.
- الإصابة الذاتية المتعمدة.

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

فيما يختص بالتعريف أعلاه، فإن ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية:

جميع حالات السرطانات 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 T2bNOMO 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).

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 29 - 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 لأيل 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 أيل أوف مان للتجارة الحرة

ثي سليو واهليان

فوكسدیل روود،

سانت جون

أيل أوف مان

آي إم ٤ ٣ آيه إس

هاتف: +441624686500

البريد الإلكتروني: ombudsman@iomoft.gov.im

الموقع الإلكتروني: www.gov.im/oft

29. 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 صباحا وحتى الساعة 5 مساءً.

البريد الإلكتروني:

helppoint.uae@zurich.com

أو للمطالبات الخاصة بالمزايا

benefit.claims@zurich.com

الكتابة إلينا:

زيوريخ انترناشيونال لايف،

زيوريخ هيلب بوينت،

ص.ب. 50389،

الوحدة 601، الطابق 6، المبنى 6،

ساحة إعمار،

دبي،

الإمارات العربية المتحدة.

الموقع الإلكتروني: www.zurich.ae

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 للالتزام 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 ننقل 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 بالالتزامات القانونية.

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 +97143634567 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، 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، تدفع سلطة الخدمات المالية في آيل أوف مان 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 (رسوم ضريبية) مفروضة على أصول شركات التأمين على الحياة في آيل أوف مان والتي 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

www.iomfsa.im/regulated-sectors/life-insurance/Policyholder-protection

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 نحفظ 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.

21. 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 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.

22. قيود الدفع

نقوم بتنفيذ الدفعات بموجب الوثيقة الخاصة بك مثل مطالبات المزية لك أو للمستفيد. يمكننا إجراء هذه الدفعات فقط بالتحويل التلغرافي 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

تنطبق 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 تنطبق عليه العقوبات التجارية أو الاقتصادية والقوانين واللوائح.

24. حقوق الأطراف الثالثة

يحق لأي مستفيد يصبح مستحقاً لدفع أي مزية إنفاذ شروط الوثيقة كطرف ثالث وفقاً لقانون العقود في آيل أوف مان لسنة 2001 (حقوق الأطراف الثالثة). يجوز تعديل شروط 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 للائتمان للمتطلبات الخاصة بالهوية أو العناية الواجبة أو الإبلاغ عن المعلومات ذات الصلة بمالكي الوثيقة للأغراض الضريبية.

18. الامتثال للقوانين واللوائح

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

- تم فرضها علينا بموجب قانون أو لائحة أجنبية أو محلية.
- تنشأ عن اتفاقيات وتسجيلات نجريها 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 فردا (مثل شركة أو شراكة أو اتحاد أو أمين أو مكلف بتسوية أو مستفيد من انتمان).
- 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.

على سبيل المثال نحن مطالبين بموجب قانون الولايات المتحدة الأمريكية الخاص بامتثال 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 دوريا بتقديم تقرير ببعض المعلومات لادائرة 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 مواطنا 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 "لعناية") 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 شرطا من شروط وأحكام 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 مقيما أو مواطنا 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 للامتثال بأي التزام قانوني؛

5. يحق لنا ولدينا سلطة اتخاذ (أو عدم اتخاذ) أي إجراء نراه ضروري للامتثال بجميع الالتزامات القانونية (وتعديلاتها 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.

10. إضافة مالك وثيقة جديد

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 يماثلته.

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/ممتلكك بتزويدنا بجميع المعلومات المطلوبة من قبلنا والتي تمتثل للوائح. يؤدي الإخفاق في تزويدنا بهذه المعلومات إلى تأخير أو حظر تخصيص أقساط التأمين أو دفع مزية.

12. الإخطارات المرسلة إلينا

لن نتصرف وفقاً لأي تعليمات تتعلق بالوثيقة ما لم نستلمها بشكل كتابي أو بأي شكل من أشكال الاتصال المقبول لدينا.

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.

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 نمثلك 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 ترسل لك "إشعار إنهاء" وسوف ينتهي العقد وفقاً لإشعار الإنهاء ذلك.

16. التعديلات على شروط وأحكام الوثيقة

إلى الحد الذي يكون فيه أي تغيير متناسباً ومطابقاً 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 ثلاثة أشهر 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 لشروط وأحكام الوثيقة هذه 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 للعملاء المقيمين 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 تصبح قادرين على تقديم أي من المزايا بموجب الوثيقة.

6.5.

المطالبة بمزية الإعفاء من قسط التأمين

يجب على مالك الوثيقة أو ممثليه إرسال إخطار كتابي للشركة في غضون 90 يومًا من إصابة المؤمن له على الحياة بعجز. وبعد استلام الشركة لنموذج المطالبة المكتمل تقوم بتأكيد الدليل المطلوب قبل النظر في المطالبة.

لكي تقوم الشركة بالإعفاء من الأقساط بموجب مزية الإعفاء من قسط التأمين يجب أن يتفق أخصائي طبي مناسب والمسؤول الطبي بالشركة على أن المعايير الخاصة بالعجز قد تم الوفاء بها على أكمل وجه.

تحتفظ الشركة في أي وقت حسب تقديرها بحق المطالبة بدليل يدعم استمرار عجز المؤمن له على الحياة، ويتعين على المؤمن له على الحياة بناء على طلب من الشركة أن يقدم المستندات والأدلة الطبية والتقارير الموقعة من قبل طبيب ممارس معتمد لدى أو معين من قبل الشركة، ويتعين عليه الخضوع لفحص طبي من قبل طبيب ممارس معتمد لدى أو معين من قبل الشركة.

يجب على المؤمن له على الحياة القيام بكل ما يلزم بشكل معقول، من إجراءات طبية أو جراحية مناسبة ودون تحديد، اتخاذ أي خطوة معقولة للحد من العجز بحيث لا يصبح المؤمن له على الحياة مستوفيا لمعايير العجز المطبقة على حالته في حينه.

تحتفظ الشركة بحق طلب تأكيد جهة مستقلة بما يفيد لزوم أي معالجة طبية أو ملاءمتها أو مستوى العجز.

تستمر الوثيقة خلال المطالبة بمزية الإعفاء من قسط التأمين وتبقى جميع المزايا الأخرى كما هي عليه.

6.5.1 متى سنتوقف عن دفع المزية

تتوقف المزية عند حدوث أي من الأحداث التالية أولاً:

- (i) عندما تصبح غير مستوفيا لتعريف العجز،
- (ii) العودة للعمل بأجر،
- (iii) انتهاء مدة الوثيقة،
- (iv) انتهاء الوثيقة بعد دفع مبلغ التأمين.

7.

تعيين مستفيد

يمكنك تعيين مستفيد 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 يخص 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.

8.

حق الإلغاء

يحق لك إلغاء الوثيقة الخاصة بك والحصول على استرداد لأي أقساط تأمين تم دفعها بتقديم إخطار كتابي إلينا باستخدام العنوان المبين في البند 29 "كيفية الاتصال بنا".

تتم معالجة الإلغاء على النحو المبين أدناه:

- يجب توقيع الإخطار بإلغاء الوثيقة بواسطة جميع مالكي الوثيقة وإعادته إلينا خلال 30 يوما من تاريخ استلامك لمستندات الوثيقة الخاصة بك.
- إذا كان مقدمي الطلب في عناوين منفصلة، يتم إصدار إخطار الإلغاء لعنوان مقدم الطلب الأول فقط.

يمكن إلغاء الوثيقة الخاصة بك قبل استلام مستندات الوثيقة الخاصة بك بالتواصل معنا أو مع المتخصص المالي الذي تتعامل معه.

التنازل عن الوثيقة الخاصة بك

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 بهذا التغيير.

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

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

إذا لم يزودنا مالك وثيقة جديد 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 إنهاءنا للوثيقة الخاصة بك.

إذا قمت بالتنازل عن الوثيقة الخاصة بك فإن ذلك سيؤدي إلى إبطال أي تعيين مستفيد قمت بإجرائه.

(iii) عند طلب الشركة لذلك، يخضع المؤمن له على الحياة لفحص طبي إذا تم تقديم مطالبة بمزمية المرض الخطير أو مزية العجز الكلي الدائم أو مزية الإعفاء من قسط التأمين،

(iv) إثبات هوية وإقامة مالك الوثيقة أو المؤمن له على الحياة أو مقدم المطالبة (إذا كان مختلفاً عن مالك الوثيقة) ،

(v) جدول الوثيقة،

(vi) شهادة وفاة المؤمن له على الحياة (حيث ينطبق).

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

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

فيما يختص بمطالبات مزية العجز الكلي الدائم و/أو مزية الإعفاء من قسط التأمين، تقوم الشركة بتقييم المطالبة مقابل تعريف العجز و/أو عدم الأهلية الذي ينطبق على المؤمن له على الحياة في وقت حدث المطالبة. لن تسعى الشركة لتطبيق تعريف مختلف لمطالبة مقبولة فقط على أساس أن المؤمن له على الحياة قد بلغ عمر الـ 71 سنة.

6.2 المطالبة بالتغطية التأمينية على الحياة

يجب على مالك الوثيقة أو ممثليه إخطار الشركة كتابياً خلال 180 يوماً من تاريخ وفاة المؤمن له على الحياة أو خلال فترة أطول حسب تقدير الشركة إذا كانت هنالك ظروف تمنع الإخطار خلال هذه الفترة. 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 المزاي الأخرى بموجب الوثيقة ، بما في ذلك أي مطالبة بمزمية الإعفاء من قسط التأمين جارية.

6.3 المطالبة بمزمية المرض الخطير

يجب على مالك الوثيقة أو ممثليه إرسال إخطار كتابي للشركة في غضون 90 يوماً من تشخيص إصابة المؤمن له على الحياة بمرض خطير أو خلال فترة أطول حسب تقدير الشركة إذا كانت هنالك ظروف

تمنع الإخطار خلال هذه الفترة. وبعد استلام الشركة نموذج المطالبة المكتمل تقوم الشركة بتأكيد الدليل المطلوب قبل النظر في المطالبة. وحتى تقوم الشركة بسداد مطالبة مزية مرض خطير يجب أن يتفق أخصائي طبي مناسب والمسؤول الطبي بالشركة على أن المعايير الخاصة بتلك الحالة قد تم الوفاء بها على أكمل وجه. بالنسبة للحالة الجراحية فسوف يطلب تأكيداً من الطبيب المعالج بأن الجراحة قد تم إجراؤها.

عند دفع مطالبة بمزمية المرض الخطير وتطابق مبلغ مزية المرض الخطير مع مبلغ التغطية التأمينية على الحياة، تنتهي الوثيقة وتتوقف جميع المزاي الأخرى بموجب الوثيقة ، بما في ذلك أي مطالبة بمزمية الإعفاء من قسط التأمين جارية.

إذا تم تخفيض مبلغ مزية المرض الخطير إلى أقل من مبلغ التغطية التأمينية على الحياة كما هو مبين في البند 4.5 – أقساط التأمين القابلة للمراجعة، تخفض مطالبة بمزمية المرض الخطير مبلغ التأمين بمبلغ المطالبة، وتستمر الوثيقة دون مزية المرض الخطير. يبقى كل من مبلغ قسط التأمين المنتظم ومزية الإعفاء من قسط التأمين دون تغيير.

6.4 المطالبة بمزمية العجز الكلي الدائم

يجب على مالك الوثيقة أو ممثليه إخطار الشركة كتابياً في غضون 90 يوماً من تشخيص إصابة المؤمن له على الحياة بعجز كلي دائم أو خلال فترة أطول حسب تقدير الشركة إذا كانت هنالك ظروف تمنع الإخطار خلال هذه الفترة. عند استلام الشركة لنموذج المطالبة المكتمل، تقوم بتأكيد الدليل المطلوب قبل النظر في المطالبة. لكي تقوم الشركة بسداد مطالبة بمزمية 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 بالحق في طلب تأكيد من جهة مستقلة يفيد بضرورة أي علاج طبي وملاءمته والحصول على رأي بشأن مستوى العجز.

عند قبول مطالبة بمزمية العجز الكلي الدائم ودفع المزمية، تنتهي الوثيقة وتتوقف جميع المزاي الأخرى بما في ذلك أي مطالبة جارية بموجب مزية الإعفاء من قسط التأمين.

5.3.

أقساط التأمين المضمونة

تبقى دفعات قسط التأمين فيما يتعلق بالتغطية التأمينية على الحياة، إذا تم اختيارها و/أو مزية العجز الكلي الدائم و/أو مزية الإعفاء من قسط التأمين دون تغيير طوال مدة الوثيقة (ما لم تزيد مزية الإعفاء من قسط التأمين نتيجة لزيادة في قسط مزية المرض الخطير كما هو مبين في البند 5.4 أدناه – أقساط التأمين القابلة للمراجعة.

5.4.

أقساط التأمين القابلة للمراجعة

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

في تاريخ المراجعة كل خمسة سنوات وإذا زادت الشركة قسط التأمين نتيجة لمراجعة مزية المرض الخطير، يمنح مالك الوثيقة الخيارات التالية:

(i) زيادة مبلغ دفعة قسط التأمين عن المرض الخطير بمبلغ تحدده الشركة وبقي مبلغ تأمين مزية المرض الخطير كما هو عليه دون تغيير. إذا انطبقت مزية الإعفاء من قسط التأمين على الوثيقة، سوف تشمل زيادة قسط التأمين زيادة مبلغ في مزية الإعفاء من قسط التأمين بحيث تطابق مزية الإعفاء من قسط التأمين مبلغ قسط التأمين الذي تمت زيادته. لن تكون هناك حاجة للمزيد من مراجعة التأمين الطبي في هذه الحالة.

(ii) يبقى مبلغ دفعة قسط التأمين كما هو دون تغيير وينخفض مبلغ تأمين مزية المرض الخطير بمبلغ تحدده الشركة.

(iii) تم حذف مزية المرض الخطير من الوثيقة وتم تخفيض دفعة قسط التأمين بمبلغ تحدده الشركة.

إذا انطبقت مزية الإعفاء من قسط التأمين على الوثيقة، سوف يشمل تخفيض قسط التأمين تخفيض في مبلغ مزية الإعفاء من قسط التأمين بحيث تطابق مزية الإعفاء من قسط التأمين مبلغ قسط التأمين الذي تم تخفيضه.

5.5.

عدم دفع أقساط التأمين

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

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

إذا انقضت الوثيقة بسبب عدم دفع أقساط التأمين لمدة 90 يوماً أو أكثر، يمكن لمالك الوثيقة أن يطلب من الشركة استعادة الوثيقة خلا 12 شهراً 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

6.1

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 يوماً من تاريخ وفاة المؤمن له على الحياة، ويجب إبلاغنا بجميع المطالبات الأخرى خلال 90 يوماً 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،

- (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:
- (أ) تاريخ بدء التغطية التأمينية على المخاطر المبين في جدول الوثيقة،
- (ب) تاريخ أي استعادة للوثيقة.
- ما لم يتم الإفصاح عن الحالة الطبية للتأمين وتم قبولها من قبلنا كجزء من الطلب أو زيادة أو في أي عملية استعادة.

5.

أقساط التأمين

يستحق أول قسط تأمين في تاريخ بدء التغطية التأمينية على المخاطر المبين في جدول الوثيقة ويجب دفع أقساط التأمين المنتظمة اللاحقة عن مدة الوثيقة في تواريخ استحقاق قسط التأمين. يبين جدول الوثيقة مبلغ كل قسط تأمين.

يتغير مبلغ دفعات قسط التأمين إذا طلبت الشركة زيادة قسط وقبل مالك الوثيقة ذلك نتيجة لمراجعة قسط تأمين مزية المرض الخطير.

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 آيل أوف مان أو أي ولاية قضائية ذات صلة.

5.1

عملة الوثيقة

يجب أن تدفع جميع أقساط التأمين بعملة الوثيقة. يجوز لمالك الوثيقة أن يدفع أقساط التأمين بعملة قابلة للتحويل بحرية. مع ذلك، يتم تحويل ذلك إلى عملة الوثيقة عند استلامها وسوف تخضع لأسعار الصرف المعمول بها من قبل الشركة في الوقت ذي الصلة. سوف نقبل بدرجة من التساهل نحددها من وقت لآخر المبلغ المحول كدفعة قسط تأمين. إذا لم يكون المبلغ المحول ضمن درجة التساهل التي نوافق عليها، يحق لنا أن نطلب مبلغ إضافي لتسوية قسط التأمين المستحق.

5.2

احتساب أقساط التأمين

يتم احتساب أقساط التأمين على النحو التالي:

(i) عند البدء، أو

(ii) عند الاستعادة، أو

(iii) في وقت مراجعة المرض الخطير.

وذلك استنادا إلى مبلغ المزايا المتضمنة ومدة الوثيقة وسعر الصرف الذي تم اختياره والعمر والجنس والصحة والمهنة والجنسية والإقامة وحالة المدخن بالنسبة للمؤمن له وأي أنشطة ترفيهيه.

4.6

الظروف 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 إ دعاء كاذبا بشأن أي حقيقة عند التقديم لوثيقة، أو استعادة الوثيقة. يكون عدم الإفصاح أو الادعاء الكاذب هو ما يتسبب في قيام الشركة بما يلي:

(أ) رفض التغطية التأمينية كليا؛

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

(ت) قبول التغطية التأمينية على الحياة ببعض الشروط ولكن رفض واحد أو أكثر من بين مزية المرض الخطير أو مزية العجز الكلي الدائم أو مزية الإعفاء 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.

(iii) فعل جنائي يرتكبه

(أ) المؤمن له على الحياة

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

قد يتم إدراج بنود استثناءات إضافية في جدول الوثيقة.

4.2. استثناءات تنطبق على التغطية التأمينية على الحياة

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

(i) انتحار المؤمن له على الحياة (سواء أن كان عاقلًا أو غير عاقل) خلال:

(أ) 12 شهرا من تاريخ بدء التغطية التأمينية على المخاطر المتعلقة بالوثيقة،

(ب) 12 شهرا من تاريخ استعادة الوثيقة؛

4.3. استثناءات تنطبق على مزية المرض الخطير

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

(i) الإصابة بحالة طبية/إجراء طبي/مرض أو إصابات بسبب حادث غير موصوف ولا يفي تماما بمتطلبات التعريف الوارد في البند 31 "تعريفات المرض الخطير".

(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:

(أ) تاريخ بدء التغطية التأمينية على المخاطر المبيين في جدول الوثيقة،

(ب) تاريخ أي استعادة للوثيقة.

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

4.4.

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 5.2 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:

(أ) تاريخ بدء التغطية التأمينية على المخاطر المبيين في جدول الوثيقة؛ أو

(ب) تاريخ أي استعادة للوثيقة.

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

4.5. استثناءات تنطبق على مزية الإعفاء من قسط التأمين

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

(i) ١ تشخيص العجز الذي لا يفي تماما بالتعريف الوارد في البند 6.2 مزية الإعفاء من قسط التأمين.

(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.

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.

المؤمن لهما على الحياة اللذان يبلغان من العمر 71 سنة أو أكثر يعتبر المؤمن له على الحياة على أنه عاجز إذا لم يكن قادراً على أداء ثلاث من أنشطة الحياة اليومية على الأقل.

أنشطة الحياة اليومية هي:

- (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/التزين – 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.

2.7.

تغيير مبالغ المزية

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

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

لا يجوز زيادة أي مبالغ مزية بموجب الوثيقة.

3.

انتهاء الوثيقة

تنتهي الوثيقة في حال حدوث الأول من الأحداث التالية:

- (i) في نهاية مدة الوثيقة؛
- (ii) عند دفع مبلغ التأمين الكامل في وقت تقديم إخطار مقنع بمطالبة؛
- (iii) إخفاق مالك الوثيقة في دفع أقساط التأمين وانقضاء الوثيقة؛
- (iv) عندما يطلب منا مالك الوثيقة كتابياً إنهاء الوثيقة؛
- (v) عندما تنتهي الوثيقة امتثالاً لشروط وأحكام الوثيقة هذه.

4.

الحالات التي لن يتم فيها دفع مطالبة

هنالك ظروف ينتج عنها عدم دفع مطالبة، بما في ذلك بنود الاستثناء.

ينتهي أي بند استثناء التزام الشركة بدفع مطالبة بسبب الظروف المبينة في البند.

استثناءات تنطبق على جميع التغطيات التأمينية:

4.1

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

- (i) مشاركة المؤمن له على الحياة الفعلية في:
 - (أ) الحرب أو العمليات شبه الحربية (سواء أن أعلنت الحرب أم لم تعلن)،
 - (ب) الغزو أو الأعمال العدائية أو التمرد أو أعمال الشغب أو الاضطرابات المدنية أو الحرب الأهلية أو الثورة أو العصيان المسلح أو اغتصاب سلطة الحكومة،
 - (ت) عمل قام به عدو أجنبي،
 - (ث) أي نشاط (عسكري أو خلاف ذلك) أو مؤامرة تسبب أو تقود إلى إعلان الحكم العرفي أو حالة حصار.
- (ii) مشاركة المؤمن له على الحياة الفعلية في الإرهاب أو مؤامرة للقيام بإرهاب والتي تشمل أي نشاط يعرض حياة الإنسان للخطر أو تتسبب في ضرر بالملتمكات.

يعني العجز الكلي الدائم في وقت المطالبة:

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

(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.

مزية الإعفاء من قسط التأمين

تعتبر هذه المزية مزية اختيارية وسوف تنطبق فقط إذا كانت واردة في جدول الوثيقة. يعتبر مبلغ مزية الإعفاء من قسط التأمين ثابتاً ولا ينخفض طوال مدة الوثيقة.

مع مراعاة البند 6 المطالبات، إذا أصبح مؤمن له على الحياة في أي تاريخ استحقاق قسط تأمين عاجزا كما هو وارد في شروط وأحكام هذه الوثيقة لفترة مستمرة مدتها 180 يوماً، سوف تعفي الشركة من قسط التأمين المنتظم طالما كان العجز مستمرا.

يبدأ العجز من التاريخ الفعلي للعجز أو 180 يوماً قبل إخطار الشركة بالعجز، أيهما لاحقاً.

يستحق دفع مزية الإعفاء من قسط التأمين فيما يتعلق بوثائق التأمين المشتركة على الحياة إذا أصبح أي من المؤمن لهما على الحياة عاجزا كما هو وارد في شروط وأحكام هذه الوثيقة. يتم دفع مطالبة واحدة فقط بمزية الإعفاء من قسط التأمين في كل مرة واحدة.

يعني العجز في وقت المطالبة:

المؤمن لهما على الحياة اللذان يبلغان عمر الـ70 سنة أو

أصغر ولديهما عمل مربح

يعتبر المؤمن له على الحياة على أنه عاجز إذا لم يكن قادراً على الانخراط في وظيفته أو مهنته أو أعماله (سواء أن كان بأجر أو خلاف ذلك)، وغير قادر كذلك على المشاركة في أي مهنة يعتبر مناسباً لها بالتعليم والتدريب 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 إذا لم يكن قادراً على أداء ثلاثة من أنشطة الحياة اليومية على الأقل.

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

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

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

يعتبر المؤمن له على الحياة على أنه مصاب بعجز كلي دائم إذا لم يكن قادراً على القيام باثنين 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.

المؤمن لهما على الحياة اللذان يبلغان من العمر الـ71 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. أنشطة الحياة اليومية هي:

(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/التزين** – تشغيل المواسير والدخول والخروج من الحمام/الدش وغسل الوجه/البيدين، الخ. التجفيف وتمشيط الشعر.

2.2. مبلغ التأمين

مبلغ التأمين هو المبلغ الذي يتم دفعه في حالة مطالبة بالتغطية التأمينية على الحياة و/أو عجز كلي دائم، وسوف يتناقض بالتوافق مع الأرقام في جدول مبلغ التأمين المتناقص في جدول الوثيقة.

إذا تطابق مبلغ مزية المرض الخطير مع مبلغ التغطية التأمينية على الحياة، تتساوى الدفعة بموجب مزية المرض الخطير مع مبلغ التأمين.

إذا تم تخفيض مبلغ مزية المرض الخطير لأقل من مبلغ التغطية التأمينية على الحياة المبين في البند 4.5 أفساط التأمين القابلة للمراجعة، تقوم الشركة بتزويد مالك الوثيقة بجدول مبلغ تأمين مزية المرض الخطير مستقل في ذلك الوقت يبين المبلغ مستحق الدفع بموجب مطالبة مزية المرض الخطير عن المدة المتبقية من الوثيقة.

2.3. التغطية التأمينية على الحياة

يكون المبلغ الذي دفع في حالة مطالبة تغطية تأمينية على الحياة صحيحة هو مبلغ التأمين في وقت حدث المطالبة، مع مراعاة استلام المعلومات المبينة في البند 6 المطالبات.

مع مراعاة البند 6 المطالبات، سوف تدفع الشركة مبلغ التأمين إذا توفي مؤمن له على الحياة خلال مدة الوثيقة.

يتم دفع مبلغ التأمين لوثائق التأمين المشترك على الحياة بمجرد وفاة أي من المؤمن لهما على الحياة فقط.

تنتهي الوثيقة بمجرد دفع مطالبة تغطية تأمينية على الحياة وتتوقف جميع المزايا، بما في ذلك أي مطالبة قائمة بموجب مزية الإعفاء من قسط التأمين.

2.4. مزية المرض الخطير

تعتبر هذه المزية مزية اختيارية وسوف تنطبق فقط إذا كانت واردة في جدول الوثيقة. يكون مبلغ مزية المرض الخطير في تاريخ بدء التغطية التأمينية على المخاطر دائما مساويا لمبلغ التأمين. قد يتم تخفيض مبلغ مزية المرض الخطير من قبل الشركة بموافقة مالك الوثيقة كما هو مبين في البند 4.5 أفساط التأمين القابلة للمراجعة.

يتم قبول المطالبات بموجب هذه المزية فقط إذا كان الحدث الذي أدى لنشوء المطالبة قد وقع بعد 90 يوما أو أكثر من تاريخ بدء التغطية التأمينية على المخاطر أو 90 يوما أو أكثر بعد أي استعادة للمزية.

مع مراعاة البند 6 المطالبات، تدفع الشركة مزية المرض الخطير إذا تم تشخيص المؤمن له على الحياة على أنه مصاب بمرض خطير أو يخضع لإجراء طبي كما هو وارد في البند 30 تعريفات المرض الخطير.

لوثائق التأمين المشترك على الحياة، يتم دفع مزية المرض الخطير مرة واحدة فقط عند أول مطالبة.

إذا تطابق مبلغ مزية المرض الخطير مع مبلغ التغطية التأمينية على الحياة فإن مطالبة بمزие المرض الخطير تنتهي الوثيقة.

إذا تم تخفيض مبلغ مزية المرض الخطير لأقل من مبلغ التغطية التأمينية على الحياة المبين في البند 4.5 أفساط التأمين القابلة للمراجعة، تخفض مطالبة بمزие المرض الخطير مبلغ التأمين بمبلغ المطالبة وتستمر الوثيقة دون مزية المرض الخطير، ويبقى مبلغ قسط التأمين المنتظم وأي مزية إعفاء من قسط التأمين كما هي دون تغيير.

2.5. مزية العجز الكلي الدائم

تعتبر هذه المزية مزية اختيارية وسوف تنطبق فقط إذا كانت واردة في جدول الوثيقة. يكون مبلغ مزية العجز الكلي الدائم دائما مساويا لمبلغ التأمين.

مع مراعاة البند 6 المطالبات، تدفع الشركة مزية العجز الكلي الدائم إذا تم تشخيص مؤمن له على الحياة على أنه عاجز كلياً وبشكل دائم كما هو وارد في شروط وأحكام هذه الوثيقة، واستمر عجزه لفترة مستمرة مدتها 180 يوما.

يتم دفع مزية العجز الكلي الدائم لوثائق التأمين المشترك على الحياة مرة واحدة فقط عندما يتم تشخيص أي من المؤمن لهما على الحياة على أنه عاجز كلياً وبشكل دائم كما هو وارد في شروط وأحكام هذه الوثيقة.

بمجرد دفع مطالبة بمزие العجز الكلي الدائم، تنتهي الوثيقة وتتوقف جميع المزايا الأخرى بما في ذلك أي مطالبة جارية بمزие العجز الكلي الدائم.

1. أساس الوثيقة
- 1.1. مالك الوثيقة
- يكون الحد الأقصى لعدد مالكي الوثيقة هو اثنان، يجب أن لا يقل عمر الاثنان عن 18 سنة في تاريخ بدء التغطية التأمينية على المخاطر المبين في جدول الوثيقة.
- 1.2. المؤمن له على الحياة
- الحد الأقصى لعهد المؤمن لهم على الحياة هو اثنان، ويجب أن يكون عمر أي مؤمن له على الحياة بين سن الـ 18 والـ 74 سنة في تاريخ بدء التغطية التأمينية على المخاطر. 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.
- 1.3. وثائق 'التأمين على حياة شخص آخر'
- يجوز استخراج الوثيقة للتأمين على حياة شخص آخر طالما وافقوا على ذلك وتمكن مالك الوثيقة من إظهار تضرره ماليا في حال وفاة أو معاناة المؤمن له على الحياة من مرض خطير أو أصبح عاجزا كلياً وبشكل دائم في وقت نفاذ الوثيقة.
- 1.4. أساس المزية
- 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 أقساط التأمين القابلة للمراجعة، فإن مطالبة بمزية المرض الخطير ستؤدي إلى إنهاء المزية.
- 1.5. مدة الوثيقة
- يتم اختيار مدة الوثيقة من قبل مالك الوثيقة عند بدنها ويجب أن تكون عددا محددًا من سنين كاملة. يبين جدول الوثيقة تاريخ بدء التغطية التأمينية على المخاطر وتاريخ انتهاء الوثيقة. لا يمكن تغيير مدة الوثيقة وتتوقف جميع المزايا المقدمة بموجب هذه الوثيقة في تاريخ انتهاء الوثيقة.
- 1.6. تغيير بيانات اتصال مالك وثيقة التأمين/المؤمن له على الحياة
- تستخدم الشركة العنوان الموضح في نموذج الطلب في جميع المراسلات إلى حين إخطارها بخلاف ذلك. ويجب على مالك الوثيقة إخبار الشركة كتابيا بأي تغيير في الاسم أو تفاصيل الاتصال ويجوز للشركة طلب دليل مستندي لإثبات مثل هذا التغيير.
- 1.7. الخطأ في تاريخ ميلاد المؤمن له على الحياة
- 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. خيارات المزايا
- تقدم الوثيقة تغطية تأمينية على الحياة مع مزيج من أي من المزايا الاختيارية التالية إذا تم اختيارها:
- مزية المرض الخطير
 - مزية العجز الكلي الدائم
 - مزية الإعفاء من قسط التأمين
- لا يمكن إضافة المزايا الإضافية بعد تاريخ بدء التغطية التأمينية على المخاطر.
- إذا تم اختيار مزية المرض الخطير و/أو مزية العجز الكلي الدائم، يجب أن يطابق مبلغ التغطية التأمينية على الحياة مزية المرض الخطير و/أو مزية العجز الكلي الدائم في كافة الأوقات، باستثناء ما هو مبين في البند 4.5 أقساط التأمين القابلة للمراجعة.
- يقتصر إجمالي المبلغ مستحق الدفع بموجب الوثيقة من جميع أو أي مطالبات مزية صحيحة بموجب مزية المرض الخطير ومزية العجز الكلي الدائم على مبلغ التغطية التأمينية على الحياة، وذلك لأن مطالبات مزية المرض الخطير ومزية العجز الكلي الدائم هي دفعة مقدمة من مبلغ التغطية التأمينية على الحياة.
- تنتهي الوثيقة عند سداد دفعة بموجب مزية التغطية التأمينية على الحياة و/أو العجز الكلي الدائم، وتتوقف أي مطالبات قائمة بموجب مزية الإعفاء من قسط التأمين.
- إذا تطابق مبلغ مزية المرض الخطير مع مبلغ التغطية التأمينية على الحياة، تنتهي الوثيقة عند سداد دفعة بموجب مزية المرض الخطير وتتوقف أية مطالبات بمزية الإعفاء من قسط التأمين.
- إذا تم تخفيض مبلغ مزية المرض الخطير لأقل من مبلغ التغطية التأمينية على الحياة المبين في البند 4.5 أقساط التأمين القابلة للمراجعة، تخفض الدفعة بموجب مزية المرض الخطير مبلغ التأمين بمبلغ المطالبة. تستمر الوثيقة، وتبقى مزية الإعفاء من قسط التأمين قائمة، كما تستمر أي مطالبة قائمة بموجب مزية الإعفاء من قسط التأمين ويبقى مبلغ قسط التأمين المنتظم كما هو عليه دون تغيير.
- لن تؤثر المطالبة صحيحة بموجب مزية الإعفاء من قسط التأمين على أي مبالغ مزية أخرى على الوثيقة ولا تنتهي الوثيقة.
- ليس للوثيقة قيمة نقدية في أي وقت.

جدول مبلغ التأمين المتناقص

الجدول في جدول الوثيقة الذي يبين مبلغ التأمين مستحق الدفع في كل سنة وثيقة في حالة مطالبة بالتغطية تأمينية على الحياة و/أو مزية المرض الخطير و/أو مزية العجز الكلي الدائم.

تاريخ بدء التغطية التأمينية على المخاطر

التاريخ الذي تبدأ فيه الوثيقة.

مبلغ التأمين

المبلغ مستحق الدفع من قبل الشركة في حالة مطالبة صحيحة بموجب التغطية التأمينية على الحياة أو مزية المرض الخطير أو مزية العجز الكلي الدائم.

مزية الإعفاء من قسط التأمين

تدفع زيورخ 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.

مسررد بالكلمات والمصطلحات 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 وسجل 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 الخطير أو مزية العجز الكلي الدائم أو مزية الإعفاء من قسط التأمين أثناء سريان وثيقة التأمين.

حدث مطالبة

هو حدث يقع لمؤمن له على الحياة يتفق مع التعريف الملانم ضمن شروط وأحكام الوثيقة هذه وينتج عنه دفع المطالبة.

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 هذه الوثيقة بموجب التغطية التأمينية على الحياة أو مزية المرض الخطير أو مزية العجز الكلي الدائم أو مزية الإعفاء من قسط التأمين.

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 ٣٠ "تعريفات المرض الخطير" من هذه الوثيقة أثناء سريانها وإذا تم اختيار هذه التغطية التأمينية.

التغطية التأمينية على الحياة

هي المزية التي تدفعها الشركة في حالة وفاة المؤمن له على الحياة أثناء سريان الوثيقة.

المؤمن له على الحياة

الشخص المؤمن له على الحياة بموجب هذه الوثيقة.

وثيقة 'التأمين على حياة شخص آخر'

هي الوثيقة المملوكة من قبل شخص بخلاف المؤمن له على الحياة. قد يشمل ذلك الحالات التي تكون فيها الوثيقة مملوكة لكيان اعتباري.

طبيب ممارس

طبيب مؤهلاً قانوناً ومرخص حسب الأصول أو جراح يتصرف ضمن نطاق ترخيصه، والذي لا يجب أن يكون المؤمن له على الحياة أو قريب من الدرجة الأولى لأي مؤمن له على الحياة أو أزواجهم/زوجاتهم أو مالك الوثيقة أو أزواجهم/زوجاتهم.

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 أثناء سريان الوثيقة إذا تم اختيار هذه التغطية التأمينية.

الوثيقة

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

عملة الوثيقة

هي العملة التي بها يستحق دفع أقساط التأمين وأية 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.

جدول الوثيقة

جدول وثيقة محدد يتضمن أقساط التأمين والرسوم، وحيثما ينطبق، أي أحكام تأمين و/أو أي ملاحق تم إصدارها لمالك الوثيقة بمجرد إصدار الوثيقة.

مدة الوثيقة

الفترة من الوقت التي تكون فيها الوثيقة سارية، من تاريخ بدء التغطية التأمينية على المخاطر إلى تاريخ انتهاء الوثيقة.

تاريخ انتهاء الوثيقة

التاريخ الذي تنتهي فيه الوثيقة.

مدة دفع قسط التأمين

المدة التي تكون خلالها أقساط التأمين مستحقة كما هي مبينة في جدول الوثيقة.

المحتويات

12	5.4	أقساط التأمين القابلة للمراجعة	4	مسرود المصطلحات المستخدمة في هذا المستند
12	5.5	عدم دفع أقساط التأمين	6	1. أساس الوثيقة
12	6	المطالبات	6	1.1 مالك الوثيقة
12	6.1	شروط المطالبة	6	1.2 المؤمن له على الحياة
13	6.2	المطالبة بالتغطية التأمينية على الحياة	6	1.3 وثائق التأمين على حياة شخص آخر
13	6.3	المطالبة بمزية المرض الخطير	6	1.4 أساس المزية
13	6.4	المطالبة بمزية العجز الكلي الدائم	6	1.5 مدة الوثيقة
14	6.5	المطالبة بمزية الإعفاء من قسط التأمين	6	1.6 تغيير بيانات اتصال مالك وثيقة التأمين/المؤمن له على الحياة
14	6.5.1	متى سنتوقف عن دفع المزية	6	1.7 الخطأ في تاريخ ميلاد المؤمن له على الحياة
14	7	تعيين مستفيد	6	2. المزايا
14	8	حق الإلغاء	6	2.1 خيارات المزايا
14	9	التنازل عن الوثيقة الخاصة بك	6	2.2 مبلغ التأمين
15	10	إضافة مالك وثيقة جديد	6	2.3 التغطية التأمينية على الحياة
15	11	لوائح مكافحة غسل الأموال	6	2.4 مزية المرض الخطير
15	12	الإخطارات المرسله إلينا	7	2.5 مزية العجز الكلي الدائم
15	13	القوة القاهرة	7	2.6 مزية الإعفاء من قسط التأمين
15	14	السياق	7	2.7 تغيير مبالغ المزية
15	15	الحق العام لإجراء تعديلات	7	3. انتهاء الوثيقة
15	16	التعديلات على شروط وأحكام الوثيقة	8	4. الحالات التي لن يتم فيها دفع مطالبة
15	17	القانون والتفسير	9	4.1 استثناءات تنطبق على جميع التغطيات التأمينية
16	18	الامتثال للقوانين واللوائح	9	4.2 استثناءات تنطبق على التغطية التأمينية على الحياة
17	19	حق الإنهاء نتيجة للتعرض للتنظيمي	9	4.3 استثناءات تنطبق على مزية المرض الخطير
17	20	تغيير مكان الإقامة لأغراض الضريبة	9	4.4 استثناءات تنطبق على مزية العجز الكلي الدائم
17	21	الضريبة	10	4.5 استثناءات تنطبق على مزية الإعفاء من قسط التأمين
17	22	قيود الدفع	10	4.6 الظروف الأخرى التي لن يتم فيها دفع مطالبة
17	23	العقوبات	10	5. أقساط التأمين
17	24	حقوق الأطراف الثالثة	10	5.1 عملة الوثيقة
17	25	إخلاء مسؤولية	10	5.2 احتساب قسط التأمين
18	26	حماية البيانات والإفصاح عن المعلومات	10	5.3 أقساط التأمين المضمونة
18	27	صندوق تعويض المالك الوثيقة في آيل أوف مان	10	
19	28	الشكاوى	11	
19	29	كيفية الاتصال بنا	11	
20	30	تعريفات المرض الخطير	11	

إن وثيقة انترناشيونال ديكريسنغ تيرم أشورانس هي وثيقة حماية خالصة حيث يتناقص مبلغ التأمين إلى الصفر ويبقى قسط التأمين ثابتا طوال مدة الوثيقة، وهي تقدم تغطية تأمينية إلزامية على الحياة إضافة إلى المزايا الاختيارية الإضافية خلال مدة ثابتة.

لا تحمل الوثيقة قيمة تصفية وتتوقف جميع المزايا ولن يستحق دفع أي مبلغ عند نهاية مدة الوثيقة.

تصدر وثيقة انترناشيونال ديكريسنغ تيرم أشورانس عن زيورخ انترناشيونال لايف ليمتد ("الشركة"، أو "زيورخ"، أو "نحن" أو "الخاصة بنا") وتستند إلى طلب يقدمه مالك الوثيقة المسمى في جدول الوثيقة ("انت" أو "الخاص بك"). يعتبر نموذج الطلب وشروط وأحكام الوثيقة وجدول الوثيقة وأية ملاحق نصدها على أنها متضمنة في هذه الاتفاقية.

السلطة التقديرية

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

يجب الاحتفاظ بشروط وأحكام الوثيقة هذه وجدول الوثيقة في مكان آمن.

وثيقة انترناشيونال ديكريسنغ تيرم أشورانس

شروط وأحكام الوثيقة – الإمارات العربية المتحدة