



Futura

Policy Conditions – United Arab Emirates

Contents

1. Introduction	4	13.6. Restarting regular premiums	13
2. Glossary of terms used in this document	4	14. Lapsed Policy	13
3. Life Insured	6	15. Loyalty bonus	13
4. Policy and Benefit Term	6	16. Charges	13
5. Policy Commencement Date	6	16.1. Regular Premium Charge	13
6. Risk Commencement Date	6	16.2. Nil Allocation Period	13
7. Policy currency	6	16.3. Single Premium Charge	13
8. Benefits	6	16.4. Benefit Charges	13
8.1. Life Cover	6	16.5. Policy Charge	14
8.2. Aeroplane Cover	6	16.6. Annual Fund Management Charge	14
8.3. Critical Illness Benefit	6	16.7. Mirror Fund Charge	14
8.4. Cancer Cover	7	16.8. Currency Exchange Charge	14
8.5. Waiver of Premium Benefit	7	16.9. Currency Switch Charge	14
8.6. Permanent and Total Disability Benefit	8	16.10. Trust Charge	14
8.7. Family Income Benefit	8	16.11. Changes to Charges	14
8.8. Accidental Death Benefit	9	17. Policy Value	14
8.9. Dismemberment Benefit	9	18. Partial encashment	15
8.10. Hospitalisation Benefit	9	19. Full encashment	15
8.11. Fixed Term Income Benefit	10	20. Benefit claims	15
9. Indexation	10	20.1. Making a claim	15
10. Life event increase option	10	20.2. Funeral coverage	15
11. Changing the Benefits or Benefit Sum Insured	11	20.3. Exclusions applying to all Benefits	15
12. The Funds and Units	11	20.4. Exclusions applicable to Permanent and Total Disability Benefit and/or Waiver of Premium Benefit	16
12.1. The Units	11	20.5. Exclusions applicable to Hospitalisation Benefit	16
12.2. The Funds	11	20.6. Exclusions applicable to Accidental Death Benefit	16
12.3. Switching Funds	12	21. When your Policy ends	17
12.4. How we calculate your Policy Value	12	22. Beneficiary nomination	17
12.5. Deferral of adding or deducting Units	12	23. Assigning your Policy	17
12.6. Deferral of payment	12	24. Addition of a new Policy Owner	17
13. Premiums	12	25. Anti-Money Laundering Regulations	17
13.1. Paying premiums	12	26. Context	17
13.2. Increases to regular premiums	12	27. Changes to these Policy Conditions	17
13.3. Decreases in regular premium	12	28. Incorrect date of birth of the Life Insured	18
13.4. Additional single premiums	12		
13.5. Stopping regular premiums	12		

29. Law and Interpretation	18
30. Notices to us	18
31. Exchanging information for international tax compliance purposes	18
32. Reporting to tax authorities	18
33. Termination right due to regulatory exposure	18
34. Changing tax residency	19
35. Payment restrictions	19
36. Non co-operating Policy Owner and conditional payment	19
37. Taxation	19
38. Sanctions	19
39. Compliance with laws and regulations	19
40. Force majeure	20
41. General right to make changes	21
42. Rights of third parties	21
43. The Isle of Man Policyholders' Compensation Fund	21
44. Right to cancel	21
45. Data protection and disclosure information	21
46. Disclaimer	22
47. Complaints	22
48. How to contact us	23
49. Appendix A – Critical Illness	23
50. Appendix B – Cancer Cover	29
51. Appendix C – The impact of claims on the Policy	31

1. Introduction

This Policy is a contract of insurance between:

- the Policy Owner named in the Policy Schedule ('you', 'your'); and
- Zurich International Life Limited ('us', 'we', 'our')

and is made up of the Policy Conditions and your Policy Schedule and any subsequent changes made by us in accordance with these Policy Conditions. Please keep these in a safe place.

2. Glossary of terms used in this document

Additional Benefit

Optional Benefits which can be added to the Policy subject to our acceptance and which are:

- Critical Illness Benefit (see condition 8.3),
- Cancer Cover (see condition 8.4),
- Waiver of Premium Benefit (see condition 8.5).
- Permanent and Total Disability Benefit (see condition 8.6),
- Family Income Benefit (see condition 8.7),
- Accidental Death Benefit (see condition 8.8),
- Dismemberment Benefit (see condition 8.9),
- Hospitalisation Benefit (see condition 8.10), and
- Fixed Term Income Benefit (see condition 8.11).

Aeroplane Cover

A compulsory Benefit applicable to all Policies that pays a lump sum in the event of the death of the relevant Life Insured in an aircraft accident, as defined in condition 8.2

Anti-Money Laundering Regulations

A set of procedures, laws or regulations designed to stop the process by which criminals attempt to conceal the true origin and ownership of the proceeds of criminal activities.

Appropriate Medical Specialist

A medical specialist consulted by us in connection with a claim 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.

Assign

To legally transfer the ownership of your Policy from one Policy Owner to another.

Beneficiary

A person or a corporate entity that receives an amount from the Policy in the event of a claim.

Benefit

A risk covered by us by the Policy.

Charges

The deductions we take from your premium(s) and/or from your Policy Value, specific to your Policy choices and explained in condition 16.

Child/Children

In respect of Children's Critical Illness Benefit or Children's Cancer Cover, a Child or Children means the natural or legally adopted Child or Children aged between one (1) and eighteen (18) years of age at the time of a claim, of any Life Insured. The Child must be financially dependent on the Life Insured at the time of the claim.

Claim Event

Any event that occurs to the relevant Life Insured that meets the appropriate definition contained in these Policy Conditions, and which triggers the payment of a claim.

Company Medical Officer

A medical doctor appointed by us as a medical adviser.

Fund

A unitised portfolio of investments managed by a Fund Manager.

Fund Manager

The person or corporate entity responsible for a Fund's strategy and managing its day to day trading.

Hospitalised/Hospitalisation

This is where a Life Insured is either:

- admitted to any hospital for a surgical procedure on the recommendation and approval of a doctor; or
- confined to any hospital for treatment other than for a surgical procedure.

Insurable Interest

This is a legal term. The Policy Owner is required to have an insurable interest in the Life Insured. This interest could arise where the Policy Owner suffers financial loss if the Life Insured dies. The loss may not always be financial, it may for example, be because of the nature of a personal relationship between the Policy Owner and the Life Insured.

Lapse

This occurs when the Policy Value can no longer sustain the ongoing Charges, or as a result of us ending the Policy in accordance with these Policy Conditions. Once a Policy has Lapsed it comes to an end and all Benefits stop. In certain circumstances and subject to these Policy Conditions, a Policy may be re-instated after it has Lapsed.

Where a claim is paid by us in respect of Fixed Term Income Benefit, Family Income Benefit or Hospitalisation Benefit and the Claim Event is prior to the Lapse of the Policy, we will continue to honour our obligations for full payment of the claim.

Life Cover

A compulsory Benefit applicable to all Policies that pays a lump sum in the event of the death of the relevant Life Insured.

Life Insured/Lives Insured

A person or persons aged 18 or more whose life is insured by the Policy.

Nil Allocation Period

For regular premium Policies only, this is an initial period of time specified in the Policy Schedule during which 100% of your regular premium is retained by us, but during which we will pay Benefit claims. A Nil Allocation Period applies to your initial regular premium amount and any subsequent increase in regular premiums.

Paid Up

A Policy with a positive Policy Value where no further premiums are expected to be paid.

Partial Payment

For specific conditions within Critical Illness Benefit and Cancer Cover, we will pay the lower of USD 20,000 (or currency equivalent determined by us), or 12.5% of the Benefit Sum Insured as full settlement of the claim. The Critical Illness Benefit conditions and Cancer Cover conditions are identified at Appendix A and Appendix B of these Policy Conditions respectively.

Policy

Your Policy is made up of these Policy Conditions and your Policy Schedule and any subsequent changes made by us in accordance with these Policy Conditions.

Policy Basis

This determines on whose death the Policy comes to an end:

- For single life Policies the Policy ends when the Life Insured dies.
- For joint life first death Policies the Policy ends when the first of the Lives Insured dies.
- For joint life both death Policies, the Policy ends when the second of the Lives Insured dies.
- For joint life last death Policies, the Policy ends on the death of the last of the Lives Insured to die.

Note that this only relates to Life Cover. Other Benefits may be payable which may not end the Policy. Other circumstances may also cause the Policy to end, as detailed in condition 21.

Policy Conditions

This document which forms part of the legal contract between you and us and explains how your Policy works.

Policy Owner

The legal owner of your Policy. The Policy Owner can be up to two individuals aged 18 or more, the trustees of a trust, or a corporate entity.

Policy Schedule

A document we provide to you that sets out your personalised choices in respect of your Policy, including (but not limited to): the Policy number, the name of the Policy Owner(s) and the Life Insured(s), the premium amount, all Benefit Sums Insured, Charges and the initial choice of Funds.

Policy Value

The value of all Units held by the Policy.

Specified Country – Payment by the Policy under some conditions identified within Critical Illness Benefit ((ix) Coronary artery bypass grafts, (xx) HIV infection and (xxv) Major organ transplant) are limited by the country in which the Claim Event takes place, or the country in which the Life Insured is being treated.

The Specified Countries referred to in this instance are:

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

Claims for all other Critical Illness Benefit conditions and all other Benefits are not explicitly limited by the country in which the Claim Event takes place.

Sum Insured

The amount specified in the Policy Schedule that we will pay in the event of a claim for the appropriate Benefit (unless otherwise stated in these Policy Conditions), whilst the Policy and the appropriate Benefit is in force.

Terminal Illness

An advanced or rapidly progressing incurable illness where, in the opinion of an attending medical practitioner acceptable to us and our Company Medical Officer, the Life Insured's life expectancy is no more than 12 months.

Unit

The equal portions into which a Fund is divided.

Vanishing Premium

This is an option where regular premiums can be paid over a fixed period of time instead of for whole of life. Where chosen, the Vanishing Premium term is shown in the Policy Schedule.

3. Life Insured

There can be up to two Lives Insured. A Life Insured does not have to be a Policy Owner as long as:

- the Life Insured agrees, and
- the Policy Owner can evidence an Insurable Interest.

Once your Policy has started, an additional Life Insured can be added to a single life Policy and the Policy Basis can change to joint life first death or joint life both death.

4. Policy and Benefit Term

The Policy is a whole of life Policy and has no predetermined termination date. Life Cover, Aeroplane Cover, Critical Illness Benefit or Cancer Cover remain in place for whole of life. All other Benefits have either a specific term or will end at the relevant Life Insureds' age, as defined in these Policy Conditions.

5. Policy Commencement Date

This is the date on which your first premium is due.

6. Risk Commencement Date

This is the date on which we assume the risk for the Benefits in your Policy.

7. Policy currency

All premiums, Charges, full or partial encashments and claim payments will be expressed in the Policy currency you choose when you apply for your Policy.

8. Benefits

8.1. Life Cover

Except for joint life last death Policies, and subject to condition 20 we will pay the Sum Insured in respect of Life Cover in either of the following circumstances:

- on the death of the relevant Life Insured. Where the Claim Event ends the Policy, we will pay the higher of the Sum Insured in respect of Life Cover or the Policy Value, or
- if the relevant Life Insured is diagnosed with a Terminal Illness.

For joint life last death policies only, and subject to condition 20 we will pay the higher of the Sum Insured in respect of Life Cover or the Policy Value on the death of the last Life Insured.

The Sum Insured in respect of Life Cover can be reduced or fully extinguished as a result of claims for Terminal Illness, Cancer Cover and Critical Illness Benefit.

Subject to these Policy Conditions a Life Cover claim could also trigger separate claims for Accidental

Death Benefit, Aeroplane Cover, Fixed Term Income Benefit and Family Income Benefit for the same Claim Event, depending on whether these Benefits apply to the relevant Life Insured at the time of the Life Cover claim.

8.2. Aeroplane Cover

Subject to condition 20, we will pay the Sum Insured in respect of Aeroplane Cover if the relevant Life Insured dies directly, solely and independently of all other causes, from bodily injury due to external visible and accidental means within 90 days of a fixed wing aircraft accident occurring, while the relevant Life Insured was a fare paying or ticket holding passenger travelling in a fully licensed aircraft of a registered and regulated airline or charter service.

An Aeroplane Cover claim is payable in addition to a Life Cover claim for the same Claim Event.

Subject to these Policy Conditions, a claim for Accidental Death Benefit, Family Income Benefit and Fixed Term Income Benefit may also be payable, depending on whether these Benefits apply to the relevant Life Insured at the time of the Claim Event.

The Sum Insured in respect of Aeroplane Cover can be reduced or fully extinguished as a result of claims for Terminal Illness, Cancer Cover and Critical Illness Benefit.

Where there are multiple Zurich Policies for the same Life Insured that include Aeroplane Cover, the maximum amount payable under all Policies for the same Claim Event for Aeroplane Cover cannot exceed USD1,000,000, (or the currency equivalent determined by us at that time).

8.3. Critical Illness Benefit

Claims under this Benefit will only be accepted by us where the Claim Event occurs 90 days or more after:

- the Risk Commencement Date, or
- the date of any increase to the Benefit Sum Insured (this only relates to the additional amount of the Sum Insured), or
- the date the Benefit is added or reinstated to the Policy.

Subject to condition 20 and the 90 day qualifying period (as described in this condition), we will pay the appropriate amount of the Sum Insured in respect of Critical Illness Benefit if the relevant Life Insured or Child is diagnosed with a critical illness, or undergoes a medical procedure as set out in the critical illness definitions in Appendix A of these Policy Conditions.

The Sum Insured in respect of Critical Illness Benefit can be completely removed as a result of a claim for Terminal Illness.

Subject to these Policy Conditions, a Critical Illness Benefit claim could also trigger separate claims for Permanent and Total Disability Benefit, Hospitalisation Benefit, Dismemberment Benefit, Terminal Illness and Waiver of Premium Benefit for the same Claim Event, depending on whether these Benefits apply to the relevant Life Insured at the time of the Critical Illness Benefit claim.

8.4. **Cancer Cover**

Claims under this Benefit will only be accepted by us where the Claim Event occurs 90 days or more after:

- the Risk Commencement Date, or
- the date of any increase to the Benefit Sum Insured (this only relates to the additional amount of the Sum Insured), or
- the date the Benefit is added or reinstated to the Policy.

Subject to condition 20 and the 90 day qualifying period (as described in this condition), we will pay the appropriate amount of the Sum Insured in respect of Cancer Cover if the relevant Life Insured or Child is diagnosed with an illness as set out in the Cancer Cover definitions in Appendix B of these Policy Conditions.

The Sum Insured in respect of Cancer Cover can be completely removed from the Policy as a result of a claim for Terminal Illness.

Subject to these Policy Conditions, a Cancer Cover claim could also trigger separate claims for Permanent and Total Disability Benefit, Hospitalisation Benefit, Dismemberment Benefit, Terminal Illness and Waiver of Premium Benefit for the same Claim Event, depending on whether these Benefits apply to the Policy at the time of the Cancer Cover claim.

8.5. **Waiver of Premium Benefit**

In the circumstances set out below, this Benefit will pay an amount up to the Sum Insured in respect of Waiver of Premium Benefit in lieu of your regular premiums due and you will not be obliged to make premium payments. Subject to condition 21, the Policy will remain in effect after the Claim Event.

Subject to condition 20, if at any premium due date before the relevant Life Insured's 70th birthday the Life Insured becomes totally disabled (as described in this condition) for a continuous period of at least six months, and a Waiver of Premium Benefit claim is accepted by us, we will apply the Sum Insured in respect of Waiver of Premium Benefit to your Policy in lieu of your regular premiums for as long as the disability continues, or until the earlier of:

- your request to remove the Benefit from the Policy, or

- your regular premium payment period comes to an end, or
- your Policy is fully encashed, or
- the Life Insured recovers sufficiently to no longer meet the claim definition described in this condition, or
- your Policy comes to an end because of a separate claim, such as a death claim, or because it has Lapsed.

Totally disabled at the time of a Waiver of Premium Benefit claim means either of the following:

i) **For Lives Insured in gainful employment**

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

ii) **For Lives Insured not in gainful employment**

A Life Insured shall be regarded as being totally disabled if they are unable to perform at least two activities of daily working, which are:

- Walking – the ability to walk more than 200 metres on the flat without stopping or severe discomfort.
- 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.
- Communicating – the ability to answer the telephone and take a message.
- Reading – having the eyesight required to be able to read with corrective aids (if required).
- Writing – having the physical ability to write legibly using a pen or pencil.

Only one Waiver of Premium Benefit claim is allowed at any one time.

Subject to these Policy Conditions, a Waiver of Premium Benefit claim could also trigger separate claims for Permanent and Total Disability Benefit, Hospitalisation Benefit, Dismemberment Benefit, Terminal Illness, Critical Illness Benefit and Cancer Cover for the same Claim Event, depending on whether these Benefits apply to the relevant Life Insured at the time of the Waiver Premium Benefit claim.

Waiver of Premium Benefit and the accompanying Benefit Charge will stop on the earlier of:

- the relevant Life Insured reaching age 70, or
- if regular premiums stop, or
- on removal of this Benefit from the Policy, or
- the Policy becoming Lapsed.

Where there is an ongoing Waiver of Premium Benefit claim and the relevant Life Insured reaches age 70, the ongoing claim will continue even though the Benefit and Benefit Charge stop at age 70.

8.6. **Permanent and Total Disability Benefit**

Subject to condition 20, we will pay the Sum Insured in respect of Permanent and Total Disability Benefit as a single lump sum amount if the relevant Life Insured is diagnosed as being permanently and totally disabled before the Life Insured's 70th birthday, and has been so disabled for a continuous period of at least 180 days.

Permanent and total disability at the time of a claim means either of the following:

i) **For Lives Insured in gainful employment**

A Life Insured shall be regarded as having permanent and total disability if they are unable to (for reward or otherwise) engage in their own occupation, profession or business as well as unable to engage in any other occupation to which they are fitted by education, training or experience, as a result of the disability. Permanent and total disability in this instance means that, in the opinion of an Appropriate Medical Specialist, the disability is expected to remain with the Life Insured for the rest of their life: or

ii) **For Lives Insured not in gainful employment**

A Life Insured shall be regarded as having permanent and total disability if they are unable to perform at least two activities of daily working, which are:

- Walking – the ability to walk more than 200 metres on the flat without stopping or severe discomfort.
- 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.
- Communicating – the ability to answer the telephone and take a message.

- Reading – having the eyesight required to be able to read with corrective aids (if required).
- Writing – having the physical ability to write legibly using a pen or pencil.

Permanent in this instance means that, in the opinion of an Appropriate Medical Specialist, the disability is expected to remain with the Life Insured for the rest of their life.

Subject to these Policy Conditions, a Permanent and Total Disability Benefit claim could also trigger separate claims for Hospitalisation Benefit, Dismemberment Benefit, Terminal Illness, Critical Illness Benefit, Cancer Cover and Waiver of Premium Benefit for the same Claim Event, depending on whether these Benefits apply to the relevant Life Insured at the time of the Permanent and Total Disability Benefit claim.

Permanent and Total Disability Benefit and the accompanying Benefit Charge will stop at the earlier of:

- The relevant Life Insured reaching age 70, or
- on payment of a Permanent and Total Disability Benefit claim (but only for the Life Insured making the claim for joint life both death Policies), or
- on removal of this Benefit from the Policy, or
- the Policy becoming Lapsed.

8.7. **Family Income Benefit**

Subject to condition 20, in the event of the death of the relevant Life Insured within the Benefit Term, we will pay the Sum Insured in respect of Family Income Benefit as a series of annual payments for each of the remaining years of the Benefit Term. The Benefit Term is a fixed number of whole years commencing from the Policy Commencement Date and is shown in your Policy Schedule.

A Family Income Benefit claim is payable in addition to a Life Cover claim for the same Claim Event.

Subject to these Policy Conditions, claims for Accidental Death Benefit, Aeroplane Cover and Fixed Term Income Benefit may also be payable for the same Claim Event, depending on whether these Benefits apply to the relevant Life Insured at the time of the Family Income Benefit claim.

Family Income Benefit and the accompanying Benefit Charge will stop at the earlier of:

- the end of the Benefit Term, or
- on the death of the Life Insured (but only for the Life Insured making the claim for joint life both death Policies), or

- on removal of this Benefit from the Policy, or
- the Policy becoming Lapsed.

8.8. Accidental Death Benefit

Subject to condition 20, we will pay the Sum Insured in respect of Accidental Death Benefit if the relevant Life Insured dies as a direct result of an accident, provided that the death occurs within 30 days of the Claim Event and the Claim Event occurs before the Life Insured's 70th birthday.

An Accidental Death Benefit claim is payable in addition to a Life Cover claim for the same Claim Event.

Subject to these Policy Conditions, a claim for Aeroplane Cover, Family Income Benefit and Fixed Term Income Benefit may also be payable, depending on whether these Benefits apply to the relevant Life Insured at the time of the Claim Event.

Accidental Death Benefit and the accompanying Benefit Charge will stop at the earlier of:

- the relevant Life Insured reaching age 70, or
- on payment of an Accidental Death Benefit claim (but only for the Life Insured making the claim for joint life both death Policies), or
- on removal of this Benefit from the Policy, or
- the Policy becoming Lapsed.

8.9. Dismemberment Benefit

Subject to condition 20, if the Life Insured sustains bodily injuries before age 70 solely, directly and independently of all other causes through external, violent, visible and accidental means and within 30 days of sustaining those injuries, suffers the loss of sight or limb as a direct result of those injuries, we will pay the following percentage of the Sum Insured in respect of Dismemberment Benefit, as long as the Life Insured survives the injuries and is alive 30 days after the event that caused the injuries:

100% of the Sum Insured in respect of Dismemberment Benefit	50% of the Sum Insured in respect of Dismemberment Benefit
For loss of:	For loss of:
<ul style="list-style-type: none"> • both hands, or • both feet, or • sight in both eyes, or • one hand and one foot, or • one foot and sight in one eye, or • one hand and sight in one eye. 	<ul style="list-style-type: none"> • one hand, or • one foot, or • sight in one eye.

Loss of a hand or foot means the loss by physical severance at or above the wrist or ankle joints respectively and loss of sight means total and irrecoverable loss of sight.

The maximum amount payable by us, whether as a result of one or more claims, cannot exceed the Sum Insured in respect of Dismemberment Benefit.

Subject to these Policy Conditions, a Dismemberment Benefit claim could also trigger separate claims for Permanent and Total Disability Benefit, Hospitalisation Benefit, Waiver of Premium Benefit, Terminal Illness, Critical Illness Benefit and Cancer Cover for the same Claim Event, depending on whether these Benefits apply to the relevant Life Insured at the time of the Dismemberment Benefit claim.

Dismemberment Benefit and the accompanying Charge will stop at the earlier of:

- the relevant Life Insured reaching age 70, or
- on payment of the Sum Insured in respect of Dismemberment Benefit (but only for the Life Insured making the claim for joint life both death Policies), or
- on removal of this Benefit from the Policy, or
- the Policy becoming Lapsed.

8.10. Hospitalisation Benefit

Claims under this Benefit will only be accepted where the Claim Event occurs 90 days or more after:

- the Risk Commencement Date, or
- the date of any increase to the Benefit Sum Insured (this only relates to the additional amount of the Sum Insured), or
- the date the Benefit is added or reinstated to the Policy.

Subject to condition 20 and the 90 day qualifying period (described in this condition), we will pay the Hospitalisation Benefit Sum Insured if the relevant Life Insured is Hospitalised before their 70th birthday for a minimum of four consecutive days and a maximum of no more than 365 consecutive days for the same Claim Event.

Claims are paid as a single lump sum payment for the entire Hospitalisation period. The claim payment is calculated as the Sum Insured in respect of Hospitalisation Benefit multiplied by the total number of days of Hospitalisation divided by seven.

If a period of Hospitalisation occurs within 30 days of the end of a previous period of Hospitalisation, this will be treated as a continuation of the previous period of Hospitalisation.

Subject to these Policy Conditions, a Hospitalisation Benefit claim could also trigger separate claims for Permanent and Total Disability Benefit, Waiver of Premium Benefit, Dismemberment Benefit, Terminal Illness, Critical Illness Benefit and Cancer Cover for the same Claim Event, depending on whether these Benefits apply to the relevant Life Insured at the time of the Hospitalisation Benefit claim.

Hospitalisation Benefit and the accompanying Charge will stop at the earlier of:

- the relevant Life Insured reaching age 70, or
- on removal of this Benefit from the Policy, or
- the Policy becoming Lapsed.

Where there is an ongoing Hospitalisation Benefit claim and the relevant Life Insured reaches age 70, the ongoing claim will continue even though the Benefit and Benefit Charge stop at age 70.

8.11. **Fixed Term Income Benefit**

Subject to condition 20, in the event of the death of the relevant Life Insured before their 70th birthday, we will pay the Sum Insured in respect of Fixed Term Income Benefit as a series of annual payments for the Benefit Term specified in the Policy Schedule. The Benefit Term is a fixed number of whole years commencing from the date on which we agree to pay the claim.

Subject to these Policy Conditions, a Fixed Term Income Benefit claim could also trigger separate claims for Accidental Death Benefit, Aeroplane Cover and Family Income Benefit for the same Claim Event, depending on whether these Benefits apply to the relevant Life Insured at the time of the Fixed Term Income Benefit claim.

Fixed Term Income Benefit and the accompanying Benefit Charge will stop at the earlier of:

- the relevant Life Insured reaching age 70, or
- on the death of the Life Insured (but only for the Life Insured making the claim for joint life both death Policies), or
- on removal of this Benefit from the Policy, or
- the Policy becoming Lapsed.

9. **Indexation**

If indexation is selected, we will calculate the increase to both the relevant Sum Insured and the regular premiums due at the applicable indexation rate and we will notify you of these changes prior to each Policy anniversary.

Subject to conditions 27 and 41, the indexation rate is fixed at 5% p.a. for the lifetime of your Policy.

Indexation increases to any Sum Insured will apply at each subsequent Policy anniversary and are not subject to any waiting/qualifying period.

Payment of the increased regular premium due will be deemed to be acceptance of the indexation increase. Payment of an amount less than this, or equal to the regular premium before indexation will be deemed to be a decline of the indexation option.

When calculating the indexation increase to Sum Insured, we will round down to the next whole currency unit.

When calculating the indexation increase to regular premiums, we will round up to the next whole currency unit.

We reserve the right to change the indexation rate at our absolute discretion.

Indexation is not available or will cease to apply in the following circumstances:

- When the Life Insured reaches age 70 (for joint policies this is the oldest Life Insured).
- When regular premiums have stopped or are not increased by the amount we request at any Policy anniversary.
- Where any Benefit is not accepted by us at our standard underwriting rates.
- Where a claim has been paid on the Policy for any Benefit other than Hospitalisation Benefit.
- Where a Waiver of Premium Benefit claim is in payment for any Life Insured.
- Where a Benefit has reached the maximum amount available with the Policy.
- Where the indexation increase (in respect of regular premium due) has been declined on two successive Policy anniversaries.

If the Policy Owner requests to add or re-instate indexation after the Policy Commencement Date, we reserve the right to request evidence of health and any other information we may need to consider the request at the time.

10. **Life event increase option**

This option will only apply if it is shown in your Policy Schedule as being applicable to you.

For the life events described below, you can increase your Benefits with no requirement for further underwriting.

You may use this option as many times as you like provided that:

- the total Sum Insured for all life event option increases for your Policy does not exceed the lower of 25% of the original Benefit Sum Insured or USD100,000 (or relevant currency equivalent); and

- you must make use of the option before the Life Insured's 55th birthday (for a joint life Policy this would apply to the oldest Life Insured); and
- you have not made or are not eligible to make a claim on the Policy; and
- the increase takes effect within 90 days of the life event occurring; and
- you send us the evidence of the life event that we need, as outlined below.

The maximum Benefit increase limit specified above applies to each Policy, not to each separate Life Insured.

Life event	Evidence required
<i>Marriage</i>	<i>Marriage certificate</i>
<i>Divorce</i>	<i>Decree Absolute, dissolution order or similar legally effective document</i>
<i>Birth or adoption of a child</i>	<i>Birth or adoption certificate</i>
<i>Buying a Residential property (with a mortgage on the property)</i>	<i>Evidence of a mortgage on the property</i>
<i>Moving house</i>	<i>Evidence of a new mortgage or loan on the property</i>
<i>Home improvements</i>	<i>Evidence of a new mortgage or loan on the property</i>

The life event increase option will be excluded from Policies that have reinstated from Lapse.

11. Changing the Benefits or Benefit Sum Insured

We have the right to reduce any of the Benefit Sums Insured in accordance with these Policy Conditions.

You can choose to reduce any of the Benefit Sums Insured or remove any Additional Benefit at any Policy anniversary or regular premium due date without us requiring any underwriting evidence, subject to any minimum Benefit amounts set by us from time to time.

You can ask us to increase any Benefit Sum Insured or add any Additional Benefit to the Policy, subject to any underwriting evidence we require and subject to any maximum Benefit amounts applicable at the time.

We will assess the underwriting evidence and will either:

- accept the increase or addition at standard rates, or
- apply special terms to the increase or addition, or
- apply exclusions to the increase or addition, or
- postpone or decline the increase or addition.

Where accepted, an increase to a Sum Insured or the addition of a Benefit will take effect from the 1st of the month following our decision and any associated Benefit Charges will commence from this date.

12. The Units and Funds

12.1. Units

The policy is unit linked, which means that we maintain a Unit account to determine your Policy Value from day to day. The Units do not give you ownership of the underlying assets of the Funds, which belong to us.

We use your premiums to add Units in your chosen Funds to the Unit account. We will also add Units to your Policy in respect of any applicable Loyalty Bonus.

We deduct Units from the Unit account to pay for the Policy Charges, to pay for partial and full encashments and to pay towards claims in some circumstances (as described in Appendix C). We will determine the dates on which we deduct Units from your Unit account in respect of our charges.

We will add Units to, or deduct Units from your Unit account as soon as reasonably practicable following our acceptance of instructions from you and receipt of your premium, where relevant. We will use the Unit prices and exchange rates effective on the date of the transaction to calculate the number of Units we add to, or deduct from your Unit account. Where a Unit transaction involves more than one Fund, Units will be added or deducted across all Funds on a single transaction date.

The number of Units in any transaction will be rounded to 3 decimal places and any rounding adjustments accrue to us.

12.2. The Funds

Your Policy Schedule will show your initial choice of Funds and your investment strategy, which may change based on your instructions.

Funds are normally priced daily on each working day in the Isle of Man.

Fund information is available on www.zurich.ae.

We may change the Funds that are available at our absolute discretion.

12.3. **Switching Funds**

You can change your choice of Funds at any time; this is known as switching.

Switch requests received and accepted before our dealing cut-off time (which can vary at our absolute discretion) will be processed on the next Isle of Man working day.

Any switches received after our dealing cut-off time will be deemed to have been received on the next working day in our Isle of Man office.

12.4. **How we calculate your policy value**

The Policy Value is determined by your chosen Funds and will rise and fall in line with these investments.

Your Policy Value on any given date is calculated by multiplying the number of Units in your Unit account by the Unit price using any applicable currency exchange rates. We use the latest available Unit price and currency exchange rate if applicable, which may both fluctuate daily.

12.5. **Deferral of adding or deducting units**

We reserve the right to defer adding Units to or deducting Units from your Policy where there are reasonable grounds to do so. In these situations the Unit price obtained and any applicable exchange rate will reflect the deferral.

12.6. **Deferral of payment**

We reserve the right to defer any payment to you if payment to us has been deferred for any reason by the Fund Manager.

In the event of deferral, we will only make the payment to you when it has been received by us.

There will be no interest payable in respect of a deferred payment.

13. **Premiums**

13.1. **Paying premiums**

You must pay any charge your bank or any other financial institution charge for you paying the premiums.

Your premium will only be deemed to have been accepted on completion of our business, legal and regulatory requirements.

We can refuse to accept your premium to avoid breaking any anti-money laundering regulations or any other laws and regulations that apply in the United Arab Emirates, the Isle of Man or any other relevant jurisdiction.

If we receive an amount that is less than the regular premium we expected to receive, we will only use the amount received to calculate how many Units to add to your Unit account.

13.2. **Increases to regular premiums**

You can increase your regular premium by contacting us directly, or through your financial adviser.

Depending on the amount of the increase, we may need more information which we will let you know at the time.

Following receipt and acceptance by us of your request, the first increased premium will be due on the next premium due date.

If Waiver of Premium Benefit applies to your Policy, an increase in your regular premium will increase the Sum Insured in respect of Waiver of Premium Benefit. This may be subject to further evidence of health and insurability as specified by us at the time and once we have assessed the evidence we will:

- add the increase in Benefit at standard rates, or
- add the increase in Benefit at special terms, or
- postpone or decline the increase in Benefit.

13.3. **Decreases in regular premium**

You can ask to decrease your regular premium amount by contacting us directly, or through your financial adviser. Any decrease in premium is subject to the applicable minimum premium at that time, which can be obtained from us using our contact details in condition 48.

Following receipt and acceptance by us of the request, the first decreased premium will be due on the next premium due date.

If Waiver of Premium Benefit applies to your Policy, the Benefit and the Charge will be decreased in line with the new premium amount.

13.4. **Additional single premiums**

At our absolute discretion, you can pay an additional single premium at any time, subject to these Policy Conditions and any minimum premium requirements at that time.

13.5. **Stopping regular premiums**

If you stop paying regular premiums and your Policy has no Policy Value, then your Policy will come to an end and all your Benefits will stop.

If you stop paying regular premiums and your Policy has a Policy Value, then, your Policy will become Paid Up. If your Policy includes Waiver of Premium Benefit, then this will cease to apply and the associated Benefit Charge will no longer be deducted from the Policy. All other Benefits will remain in place and all Charges will continue to be deducted while the Policy is Paid Up. A Paid Up Policy will come to an end and all the Benefits will stop if the Policy Value falls to zero.

13.6. Restarting regular premiums

You can start paying regular premiums again by contacting us directly, or through your financial adviser. We may require some information from you, but we will let you know what is required at that time.

Following our acceptance of your request, the next regular premium will be due on the next premium due date. Any applicable Nil Allocation Period will recommence for the appropriate part of your regular premium.

You can choose to pay any previously unpaid regular premiums and any Units will ordinarily be allocated to your Unit account using the next available price.

If you previously had and want to re-instate Waiver of Premium Benefit, or wish to add Waiver of Premium Benefit to your Policy, we will require further evidence of health and other underwriting information which will need to be supplied at your own expense. We will assess the evidence and at our absolute discretion we will:

- add this Benefit at standard rates, or
- add this Benefit at special terms, or
- postpone or decline this Benefit.

14. Lapsed Policy

Where a Policy Value falls to zero and is no longer able to sustain the Benefit and Policy charges, the Policy will end.

Within 12 months of the date of Lapse, you may ask us to reinstate your Policy by contacting us directly, or through your financial adviser. We will let you know at the time what further evidence of health or other underwriting information we require, which will need to be supplied at your own expense.

You must pay all previously unpaid regular premiums and any Units will ordinarily be allocated to your Unit account using the next available price.

We will assess the evidence and at our absolute discretion we may:

- **reinstate the Policy with all of the applicable Benefits at standard rates, or**
- **reinstate the Policy but with some of the applicable Benefits accepted on special terms, or declined, or postponed, or apply exclusions to specific Benefits, or**
- **decline to reinstate the Policy.**

A Policy will not be reinstated from Lapse more than once.

Note that the Life Event Increase Option is removed from reinstated Policies.

15. Loyalty bonus

From the 121st month after the Policy Commencement Date and each month thereafter, a loyalty bonus will be applied to the Policy at a rate of 0.04167% of the Policy Value each month (this equates to 0.5% of the Policy Value per year).

16. Charges

16.1. Regular Premium Charge

Before allocating Units to your Unit account, we deduct an amount from each regular premium received and the amount we deduct is shown in the Policy Schedule.

The Charge is expressed as a percentage of the regular premium amount, and the percentage varies over time.

16.2. Nil Allocation Period

For regular premium Policies only, at the start of the Policy, all of your regular premiums are retained by us and do not allocate any Units to your Unit account. This is the Nil Allocation Period.

The Nil Allocation Period will end once the applicable number of regular premiums has been received, or waived in the event of a Waiver of Premium Benefit claim. The Policy will not Lapse during this initial Nil Allocation Period, as long as all regular premiums are paid when due for the amount specified in the Policy Schedule.

Subsequent Nil Allocation Periods will apply to any increase in the regular premium amount and will end once the applicable number of increased regular premiums has been received, or waived in the event of a Waiver of Premium Benefit claim.

16.3. Single Premium Charge

Before allocating Units to your Unit account, we deduct an amount from each single premium received and the amount we deduct is shown in the Policy Schedule. The Charge is expressed as a percentage of the single premium amount.

16.4. Benefit Charges

All Benefit Charges will be deducted on the first day of each month, by cancelling Units in proportion to the value of your chosen Funds. We will calculate the monthly cost of providing the Benefits applicable to your Policy using rates that we determine to be equitable, and to reflect the necessary mortality, morbidity and other relevant factors (including, when appropriate, the age, country of residence, nationality, gender, occupation, medical history and smoker status of the Life Insured).

16.5. **Policy Charge**

This Charge is shown in the Policy Schedule and will be deducted on the 1st of each month by cancellation of Units in proportion to the value of your chosen Funds.

16.6. **Annual Fund Management Charge**

An Annual Fund Management Charge is not an explicit Policy deduction; it is a deduction made by the Fund Manager from the underlying Fund assets before calculating the Fund price.

The Charge can vary by Fund and is expressed as a yearly percentage amount. The Annual Fund Management Charge for each of the available Funds is shown in our current Fund information and may be obtained from us on request.

16.7. **Mirror Fund Charge**

Where the Zurich Mirror Funds are selected, an additional Charge is deducted by us from the underlying Fund assets before calculating the Fund price. The amount of the Charge is shown in the Policy Schedule.

16.8. **Currency Exchange Charge**

A Currency Exchange Charge will be made by us when:

- we receive premiums in a different currency to the Policy Currency, or
- we add or deduct Units in a Fund(s) in a different currency to the Policy Currency, or
- we make payments from the Policy (including claims) in a different currency to the Policy Currency.

In these circumstances we will determine the exchange rate used at the time. A Currency Exchange Charge is not an explicit Policy deduction; it is incorporated within the currency exchange rates we use for each transaction.

We do not apply a Currency Exchange Charge when deducting our Charges from the Policy.

16.9. **Currency Switch Charge**

When Units are switched into or from Funds where the currency of each Fund is different, a Charge will be made on the net amount moved between each different currency during the switch transaction. The amount of the Charge is shown in the Policy Schedule.

The Currency Switch Charge will be deducted from the Policy immediately after the switch has been processed. We determine the exchange rate used at the time. We do not deduct a Currency Switch Charge when deducting our Charges from the Policy.

16.10. **Trust Charge**

This is an optional charge that will only apply if you have chosen to place your Policy within an appropriate Zurich approved trust arrangement. If applicable, the amount of the charge is shown in your Policy Schedule and will be deducted on the 1st of each month by cancellation of Units in proportion to the value of your chosen Funds.

16.11. **Changes to Charges**

We reserve the right to change the Charges, or introduce new Charges, to the extent reasonably required to cover:

i) **Product and Fund Charges:**

- increases in administration and other costs, which we reasonably incur, and/or
- the cost of additional Charges, levies or taxes which apply to your Policy or to us as a whole, and/or
- any additional costs associated with changes to legislative or regulatory requirements.

ii) **Benefit Charges:**

- Changes in long term claims experience.
- Increases in any underlying expenses, including reinsurance charges.
- The impact of medical advances in the treatment and/or cure of applicable mortality and morbidity risks

We will give you at least three months' notice in writing of any change in the Charges, or introduction of new Charges, unless that is not reasonably possible in the circumstances.

Fund Charges taken by the Fund Manager are not within our control and they are subject to change at the discretion of the Fund Manager.

17. **Policy Value**

The Policy may build up a Policy Value, which is payable on the full encashment of the Policy.

The Policy Value will fluctuate over time, based on the premiums received, Charges made by us, the performance of your chosen Funds and any partial encashments and/or Claim Event payments made.

- We will send you a valuation statement each year on your Policy anniversary, or you can contact us to request a valuation at any time using the details in condition 48.
- You can also access your Policy by registering on ZIO (Zurich International Online) at <https://www.zurich.ae> using your Policy number, email address, gender and data of birth.

18. Partial encashment

You can ask for a partial encashment as long as the Policy has a Policy Value. The partial encashment amount will be subject to a minimum remaining Policy Value required by us at the time, which can be obtained from us using our contact details in condition 48.

Subject to conditions 12.5 and 12.6, we reserve the right at our absolute discretion to defer or refuse any partial encashment request(s). Such discretion will be exercised reasonably.

We will reduce the Life Cover, and where necessary Aeroplane Cover, Critical Illness Benefit or Cancer Cover Sums Insured by the amount of the partial encashment.

19. Full encashment

You can ask for a full encashment at any time as long as the Policy has a Policy Value. Following receipt of your instruction and any other requirements we may need, we will sell all the remaining Units in your chosen Fund or Funds.

Subject to conditions 12.5 and 12.6, we reserve at our absolute discretion the right to defer or refuse any full encashment requests. Such discretion will be exercised reasonably.

After we have received and accepted your full encashment request, your Policy will end.

20. Benefit claims

20.1. Making a claim

In the event of a claim, the claimant should contact us within the specified timelines given below. Our contact details are in condition 48.

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.

When we are notified of a claim, we will let the claimant know what information we will need to be able to fully assess the claim.

For joint life both death Policies we may at our absolute discretion apportion the Policy Value between the two Lives Insured for the purposes of processing the claim.

Details of the impact of claims on the Policy can be found in Appendix C.

For full details of how claims in respect of any of the available Benefits affect the Policy, please refer to Appendix C of these Policy Conditions.

20.2. Funeral coverage

In the event of a death claim we can pay an immediate advance of the claim of up to USD 7,500 (or currency equivalent) towards immediate funeral costs. This payment is made at our absolute discretion and will only be made where we have received sufficient evidence of a death claim and we can verify the identity of the Beneficiary.

20.3. Exclusions applying to all Benefits

In addition to any Policy specific exclusion clauses listed in your Policy Schedule, we will not pay a claim if it is directly or indirectly attributable to:

- **the Life Insured knowingly or recklessly failing to disclose or deliberately misrepresenting any fact when applying for the Policy, or an increase to a Benefit, or for a reinstatement of the Policy or any Benefit. The nondisclosure or misrepresentation is such that it would cause us to:**
 - **totally decline a Benefit applied for; or**
 - **accept a Benefit applied for in whole or in part with an additional premium payable and/or an exclusion clause on a Benefit; or**
 - **accept Life Cover on some terms but to decline one or more Additional Benefits.**
- **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;**
 - **war or warlike operations (whether war is declared or not);**
 - **invasion, hostilities, mutiny, riot, civil commotion, civil war, rebellion, insurrection or the usurping of government power;**
 - **an act committed by a foreign enemy;**
 - **any activity (military or otherwise) or conspiracy that causes or leads to the proclamation of martial law or a state of siege.**

- the Life Insured committing suicide (whether sane or insane) within:
 - 12 months of the Risk Commencement Date; or
 - 12 months of the date of re-instatement of the Policy; or
 - 12 months of an increase in Life Cover, Accidental Death Benefit, Family Income Benefit or Fixed Term Income Benefit, or
 - 12 months of an addition of Accidental Death Benefit, Family Income Benefit or Fixed Term Income Benefit to the Policy.
- the Life Insured intentionally causing a self-inflicted injury or attempting suicide (whether sane or insane).
- a criminal act perpetrated by:
 - the Life Insured; or
 - the Policy Owner or any Beneficiary against the Life Insured.
- addiction to, abuse or misuse of alcohol or non-prescribed drugs.

We will not pay a claim if the Claim Event:

- does not exactly meet the definition of the Benefit in these Policy Conditions, or
- occurred before the Risk Commencement Date, or
- occurred before the Benefit was added to the Policy, or for a Benefit increase, occurred before the date of the increase, or
- occurred after the Policy Lapsed and before the Policy was reinstated, or
- occurred before the completion of a qualifying period relevant to the Benefit being claimed

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

20.4. Exclusions applicable to Permanent and Total Disability Benefit and/or Waiver of Premium Benefit

We will not pay a Permanent and Total Disability Benefit and/or a Waiver of Premium Benefit claim if it is directly or indirectly attributable to:

- the Life Insured being found to be infected by any Human Immunodeficiency Virus (HIV) or to be carrying any antibodies to such a virus, or
- mental, nervous or psychiatric disorders, without demonstrable brain disease.

20.5. Exclusions applicable to Hospitalisation Benefit

We will not pay a Hospitalisation Benefit claim in the event of:

- a Claim Event resulting from homeopathic or ayurvedic treatment;
- treatment for chronic alcoholism, drug addiction, allergy or nervous or mental disorders, venereal disease, infection by any Human Immunodeficiency Virus (HIV) or the Life Insured carrying any antibodies to such a virus rest cures, sanatorium or custodial care or period of quarantine or isolation;
- cosmetic or plastic surgery, unless necessitated by an accidental injury occurring on or after the risk commencement date stated in the Policy Schedule;
- dental examinations, x-rays, extractions, fillings or general dental care;
- supply or fitting of eye glasses, lenses or hearing aids;
- pregnancy, including resulting childbirth, abortion or miscarriage;
- treatment not recommended to be undertaken by a physician or surgeon;
- routine or other medical examinations, or vaccinations or inoculations which are not required for the treatment of an illness or injury;
- injury or illness caused by nuclear fission, nuclear fusion, or radioactive contamination;
- participation in or training for any dangerous or hazardous sport or competition or riding or diving in any form of race or competition;
- aviation, gliding or any other form of aerial flight other than as a fare paying passenger of a recognised and fully licenced airline or charter service.

20.6. Exclusions applicable to Accidental Death Benefit

We will not pay an Accidental Death Benefit claim in the event of:

- participation in or training for any dangerous or hazardous sport or competition or riding or diving in any form of race or competition;
- aviation, gliding or any other form of aerial flight other than as a fare paying passenger of a recognised and fully licenced airline or charter service.

21. When your Policy ends

Your Policy will end and no further Benefits will be payable, except as expressly provided in these Policy Conditions, on the earlier of:

- **a claim in the event of the death of the relevant Life Insured, under the Policy Basis applicable to your Policy, or**
- **when you fully encash your Policy, or**
- **when your Policy Lapses.**

22. 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 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.

23. Assigning your Policy

If your Policy is Assigned (legally transferred) to a new Policy Owner you must give us prior written notice of such change to your Policy. The Assignment will not be acknowledged by us until we receive such written notice.

Each new Policy Owner must promptly provide an accurate self-certification regarding the jurisdiction(s) in which the new Policy Owner is a tax resident, and provide any other documentary evidence and information we ask for.

In addition to the actions described herein, failure to provide us with such written notice, or provide us the full information we need may impair the rights of the new Policy Owner under the Policy or result in us at our absolute discretion ending the Policy.

If you Assign your Policy it will invalidate any existing Beneficiary nomination.

24. Addition of a new Policy Owner

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

Each additional Policy Owner must promptly provide an accurate self-certification regarding the jurisdiction(s) in which the additional Policy Owner is a tax resident, and provide any documentary evidence and information we ask for.

In addition to the actions described herein, failure to provide us with such notice, or provide us the full information we need may impair the rights of the Policy Owner under the Policy or result in us at our absolute discretion ending the Policy.

25. 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, processing encashments or the payment of claims.

26. 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.

27. Changes to these Policy Conditions

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

28. Incorrect date of birth of the Life Insured

If the date of birth of a Life Insured stated in the Policy Schedule is not correct due to information provided when you applied for the Policy or on any other supporting documentation, we reserve the right to make an adjustment to the amount of any Benefit payable or premium charged.

If we would not have offered terms for a Benefit based on the correct age, we will cancel the Benefit from the Policy from outset and refund any proportion of premiums for the Benefit paid, without interest.

If we would have offered a Benefit based on the correct age, we will alter either the Benefit Sum Insured or the premium chargeable for the correct age from the Policy Commencement Date.

29. 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 these Policy Conditions, the Arabic version shall prevail as stipulated in United Arab Emirates laws.

The Policy and these Policy 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 Conditions and we may no longer be able to provide any of the Benefits under the Policy.

In the event of the death of a relevant Life Insured, if there is no nominated Beneficiary, we may require (at our absolute discretion) the executor(s) or administrator(s) of the Life Insured's estate to apply to a Court for probate in any relevant jurisdiction including the Isle of Man.

30. Notices to us

We will not accept any instruction request or notice in respect of the Policy unless it is received by us in writing or other acceptable forms of communication from you.

31. Exchanging information for international tax compliance purposes

Under laws and regulations relating to exchanging information abroad for tax purposes, including the US Foreign account Tax Compliance Act (FATCA) and laws and regulations associated with it, we must apply certain procedures to identify the tax residency (or residencies) of certain people related to your Policy (that is, where they are registered for tax purposes).

You, and any person entitled to:

- receive the proceeds of the Policy;
- change the Beneficiary; or
- carry out other actions relating to your Policy;

must, if we ask, give us an accurate self-certification about where their tax residency is and, if appropriate, provide any evidence and information we ask for.

32. Reporting to tax authorities

By law, we must regularly report certain information about all Policy Owners (including names, addresses, dates of birth and financial details relating to your Policy) to the appropriate tax authorities or other authorities stated by law.

33. 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 these Policy Conditions. Therefore, we reserve all rights to take any steps that we deem appropriate, including the right to cancel your Policy with immediate effect.

34. 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 Conditions. If this happens, we can take any steps necessary, including the right to cancel your Policy immediately.

35. Payment restrictions

We make payments under your Policy, such as partial or full encashments and 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 US residents.

36. Non co-operating Policy Owner and conditional payment

If we believe that the most recent self-certification or details of tax residency may no longer be reliable or accurate, you must promptly provide a new self-certification and other supporting documents we ask for.

We can take any steps we consider necessary (including the right not to make payments until we have received satisfactory information and documents, or to immediately cancel the Policy), if:

- you or a Beneficiary did not provide the self-certification, evidence or information we asked for within the time we gave;
- we discover that you or a Beneficiary provided an incorrect or incomplete self-certification; or
- we discover that any other information or evidence provided to us was inaccurate or incomplete.

In these circumstances, we may also report to the appropriate tax authority or other authorities.

37. 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 your country of residency.

38. 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.

39. Compliance with laws and regulations

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

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

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

- the Life Insured;
- the Policy Owner;
- a Beneficiary of the Policy;
- entitled to access the Policy's cash value or change a Beneficiary of the Policy;
- entitled to receive a payment under the Policy on its maturity, or who at any time had a vested entitlement to payment;

- connected or associated with, or capable of exercising effective control over, any of the above who is not an individual (such as a company, a partnership, an association or a trustee, settlor or Beneficiary of a trust).

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

- identify and obtain information about an Affected Person's status under foreign and local law, e.g. its taxpayer status;
- supply information about Affected Persons, the Policy and its value to local or foreign governmental, regulatory and taxation agencies;
- obtain a data privacy law waiver from Affected Persons;
- withhold or deduct amounts from the value of the Policy and amounts to be credited to it, such as on account of foreign taxation;
- refuse requests to process transfers of ownership of the Policy;
- refuse to perform some of our obligations specified elsewhere in the Policy contract, including to the point that we may no longer be able to provide some or all of its Benefits;
- modify the terms and conditions of this Policy without Policy Owner consent to comply with future Legal Obligations or future changes to current Legal Obligations;
- end 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:

- the Policy Owner must reside at the address provided on the Policy application form at the date the Policy is issued;
- 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;
- 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;
- 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;
- 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.

40. Force majeure

No liability shall arise if we are prevented from fulfilling our obligations under your Policy by reason of any circumstances beyond our reasonable control which could be construed as a force majeure event.

These include (but are not limited to) an act of God, war, national emergency, fire, flood, earthquake, strike or industrial action, change of law or regulation, or other events of a similar or different kind. 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 performance.

41. 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 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 Conditions. If we need to end your Policy in accordance with these Policy Conditions, we will send you a 'termination notice' and the contract will end in line with that termination notice.

42. Rights of third parties

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

43. The Isle of Man Policyholders' Compensation Fund

The Isle of Man's Life Assurance (Compensation of Policyholders) Regulations 1991 (the "Regulations") ensure that, in the event that we are unable to meet our liabilities to our Policy Owners, and subject to the Regulations, the Isle of Man Financial Services Authority would pay to the Policy Owner a sum equal to 90% of the amount of our liability under the Policy, from the Policyholders' Compensation Fund.

The Policyholders' Compensation Fund operates globally, providing protection to Policy Owners no matter where they reside.

The Policyholders' Compensation Fund would only be created if an Isle of Man Life Assurance Company becomes insolvent, and would be funded by a levy on the assets of the remaining Isle of Man Life Assurance Companies. As a result, we reserve the right to deduct from your Policy an amount not exceeding in aggregate 2% of your Policy Value, at the time of the deduction, in order for us to be able to fund our contribution to The Policyholders' Compensation Fund, if it is ever required. Further information is available on the Isle of Man Financial Services Authority website, <https://www.iomfsa.im/regulatedsectors/life-insurance/Policyholderprotection/> or from us.

44. Right to cancel

You have the right to cancel your Policy, a regular premium increase or an additional single premium and obtain a refund of any premiums paid by giving a written notice to us using the address in condition 48.

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.**
- **If regular premiums have been paid into the Policy, and the Policy Owner exercises their right to cancel, we will refund the regular premiums paid.**
- **If a single premium has been paid into the Policy and the Policy Owner decides to cancel, and there has been a fall in the Policy Value when we received the request to cancel, this amount will be deducted from the refund.**

We may require additional time to pay the cancellation value as all Fund trades have to be completed.

45. 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 you transfer personal information to other countries?

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

How long do you hold personal information for?

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

Data Subject rights

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

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

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

Data Protection Contact

Call Zurich International Life Customer Services on + 44 (0) 1624 691111

Email our Data Protection Officer at ZILLPrivacy@Zurich.com

Write to our Data Protection Officer at Zurich International Life Limited, Zurich House, Isle of Man Business Park, Douglas, Isle of Man IM2 2QZ.

46. Disclaimer

We reject any responsibility or liability whatsoever from any cost incurred by, or liability imposed on you 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.

47. 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 48. Details of our complaint handling process are available on our website www.zurich.ae/en/contact-us. 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 Service Ombudsman Scheme ("FSOS") for the Isle of Man.

Complaining to the Ombudsman will not affect your legal rights. You should note that companies and trusts are not eligible to refer a complaint to the Ombudsman, it is specifically aimed at individuals. The Ombudsman's contact details are:

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

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

48. How to contact us

Your financial adviser will normally be your first point of contact for any financial advice related to your Policy.

If you wish to contact us for any queries, you can call us, email or write to us.

Phone: +971 4 363 4567.

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

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

Write to:

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

Website: www.zurich.ae

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

49. Appendix A – Critical Illness

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 is 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 of 7 or above or having progressed to at least clinical TNM classification T2bN0M0.**
- **Chronic lymphocytic leukaemia unless histologically classified as having progressed to at least Binet Stage A.**
- **Any skin cancer (including cutaneous lymphoma) other than malignant melanoma that has been histologically classified as having caused invasion beyond the epidermis (outer layer of skin).**
- **All papillary thyroid tumours unless having progressed to at least tumour size T2 or histologically classified as having caused invasion in the lymph nodes or spread to distant organs.**

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 Class III under the New York Heart Association (NYHA) functional classification.

For the purposes of this condition, NYHA Class III classification of functional capacity 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.’**

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

viii) **Coma – resulting in 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 is 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 you are included 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.

If you are included on an official waiting list in India solely for coronary artery bypass surgery, the lower of 20% of the Critical Illness Sum Insured or USD 15,000 (or currency equivalent determined by us) can be advanced to enable the surgery to be performed.

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

We will pay the lower of 12.5% of the Critical Illness Sum Insured shown in the Policy Schedule (or any subsequent endorsement), or USD 20,000 (or currency equivalent determined by us), if the Life Insured is

diagnosed with a DCIS of the breast, which is histologically confirmed, and as a result requires total mastectomy, segmentectomy or lumpectomy. The need for the procedure must be confirmed by an oncologist or a breast surgeon.

This Benefit is only payable once by the Policy and after payment, the Critical Illness Sum Insured and Life Cover Sum Insured will be reduced by the amount of the payment for all Lives Insured.

For the above definition, the following are not covered:

- DCIS of the breast treated by other methods
- lobular carcinoma in situ of the breast.

xiv) **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 are not covered:

- chronic fatigue syndrome and myalgic encephalomyelitis.

xv) **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.

xvi) **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.

xvii) **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:

- the characteristic rise of cardiac enzymes or Troponins;
- new characteristic changes on resting electrocardiogram or other positive findings on diagnostic imaging tests. The evidence must show a definite acute myocardial infarction.

For the above definition, the following are not covered:

- **other acute coronary syndromes;**
- **angina without myocardial infarction;**
- **Angioplasty procedure.**

xviii) **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 to at least Class III of the New York Heart Association (NYHA) classification of functional capacity. For the purposes of this condition, NYHA Class III classification of functional capacity 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.'

xix) **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.

xx) **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 Risk Commencement Date and satisfying all of the following:

1. the incident must have been reported to appropriate State and professional authorities and have been investigated in accordance with the established procedures;
2. 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 following the date of the incident;
3. there must be a further HIV test within 12 months confirming the presence of HIV or antibodies to the virus;
4. the incident causing infection must have occurred in a Specified Country.

The eligible occupations are:

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

For the above definition, the following is not covered:

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

xxi) **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.

xxii) **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.

xxiii) **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.

xxiv) **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.

xxv) **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, 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.

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

A definite diagnosis of motor neurone disease by a consultant neurologist. There must be permanent clinical impairment of motor function and definitive evidence of appropriate and relevant clinical examination findings (e.g. Electromyography, Electroneurography, Nerve Conduction Velocity).

xxvii) **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.

xxviii) **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.

For the above definition, the following is not covered:

- congenital structural heart defects.

xxix) **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.

xxx) **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.

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

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

For the purposes of this condition, NYHA Class III classification of functional capacity 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.'

xxxiii) **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.**

xxxiiii) **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:
 1. paralysis;
 2. localised weakness;
 3. dysarthria (difficulty with speech);
 4. aphasia (inability to speak);
 5. dysphagia (difficulty in swallowing);
 6. difficulty in walking, lack of coordination;
 7. severe dementia where the insured needs constant supervision;
 8. permanent coma.

For the above definition, the following are not covered:

- **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.**
- **all other forms of SLE.**

xxxv) **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.**

xxxvi) **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.

xxxvi) **Children's Critical Illness Benefit**

Your Children are also covered for the conditions listed below at no extra cost.

Children's Critical Illness Benefit applies from each Child's first (1) birthday and ends on the day before their nineteenth (19) birthday, as long as the Policy is in force.

In the event of a claim we will pay the lower of:

- 10% of the current (at the date of the claim) Sum Insured in respect of Critical Illness Benefit; or
- USD15,000 (or currency equivalent).

For joint life both death Policies where the Sum Insured in respect of Critical Illness Benefit varies for each Life Insured, we will calculate the claim on the highest amount.

We will only pay one claim for each Child and limit claims to a maximum of three claims in total under this condition. At the time of a claim, we will take account of all your Zurich policies that offer this Benefit and will only pay one claim amount per Child.

The conditions covered under Children's Critical Illness Benefit are as follows and share the same definition as Critical Illness Benefit unless specified below:

- AIDS/HIV caught in a Specified Country by blood or blood product transfusion;
- Aorta graft surgery – for disease;
- Aplastic anaemia – resulting in permanent symptoms;
- Bacterial meningitis – resulting in permanent symptoms;
- Benign brain tumour – resulting in permanent symptoms;
- Cancer – excluding less advanced cases;
- Coronary artery by-pass surgery – to divide the breastbone (a payment is available to pay for surgery after being placed on a waiting list in a Specified Country.);
- Creutzfeldt-Jakob Disease (CJD) – requiring continuous assistance;
- Heart attack – of specified severity;
- Heart-valve replacement or repair – with surgery to divide the breastbone;
- Kidney failure – requiring dialysis;
- Liver failure – end stage;

- Major organ transplant;
- Motor neurone disease – resulting in permanent symptoms;
- Multiple sclerosis – with persisting symptoms;
- Paralysis – total and irreversible;
- Primary pulmonary arterial hypertension – resulting in permanent symptoms;
- Stroke – with permanent symptoms;
- Terminal Illness (as defined in the Glossary).

The following are not covered:

- **congenital abnormalities, birth defects and conditions present prior to age one (1) of the Child, or prior to the date of adoption.**

50. Appendix B – Cancer Cover

Cancer means any one of the following:

i) **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.**

ii) **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 malignancy potential, including:
- All tumours of the prostate unless histologically classified as having a Gleason score of 7 or above 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).
- All papillary thyroid tumours unless having progressed to at least tumour size T2 or histologically classified as having caused invasion in the lymph nodes or spread to distant organs.

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

We will pay the lower of 12.5% of the Cancer Cover Sum Insured shown in the Policy Schedule (or any subsequent endorsement), or USD 20,000 (or currency equivalent determined by us), if the Life Insured is diagnosed with a DCIS of the breast, which is histologically confirmed, and as a result requires total mastectomy, segmentectomy or lumpectomy. The need for the procedure must be confirmed by an oncologist or a breast surgeon.

This Benefit is only payable once by the Policy and after payment, the Sum Insured in respect of Cancer Cover and Life Cover will be reduced by the amount of the payment for all Lives Insured.

For the above definition, the following are not covered:

- DCIS of the breast treated by other methods;
- lobular carcinoma in situ of the breast.

iv) **Children's Cancer Cover**

Children are also covered for the conditions listed below at no extra cost.

Children's Cancer Cover applies from each Child's first (1) birthday and ends on the day before their nineteenth (19) birthday, as long as the Policy is in force.

In the event if a claim we will pay the lower of:

- 10% of the current (at the date of the claim) Sum Insured in respect of Cancer Cover; or
- USD15,000 (or currency equivalent).

For joint life both death Policies where the Sum Insured in respect of Cancer Cover varies for each Life Insured, we will calculate the claim on the highest amount.

We will only pay one claim for each Child and limit claims to a maximum of three claims in total under this condition. At the time of a claim, we will take account of all your Zurich policies that offer this Benefit and will only pay one claim amount per Child.

The conditions covered under Children's Cancer Cover are as follows and share the same definition as Cancer Cover:

- benign brain tumour – resulting in permanent symptoms;
- cancer – excluding less advanced cases.

All Cancer Cover claims except Children's Cancer Cover claims, will reduce or extinguish the Sum Insured in respect of Life Cover. The Sum Insured in respect of Aeroplane Cover amount may also be extinguished or reduced to match any reduction in Life Cover.

Where the Policy does not end as a result of a Cancer Cover claim, we reserve the right to deduct an amount from the Policy Value to contribute towards the claim payment.

51. Appendix C – The impact of claims on the Policy:

1. Life Cover and Terminal Illness

The following provisions describe the effect of a Life Cover claim and/or a claim for Terminal Illness on your Policy.

i) Single life Policies

In the event of the death of the Life Insured, the Policy ends.

In respect of Terminal Illness claims we will either:

- fully fund the claim from the Policy Value, where the Policy Value exceeds the claim amount; or
- partly fund the claim using your entire Policy Value, where the claim amount exceeds the Policy Value.

The Policy can continue but without Life Cover, Aeroplane Cover, Critical Illness Benefit or Cancer Cover, as long as the Policy Value is greater than zero.

ii) Joint life first death Policies

In the event of the death of one of the Lives Insured, the Policy ends.

In respect of Terminal Illness claims we will either:

- fully fund the claim from the Policy Value, where the Policy Value exceeds the claim amount; or
- partly fund the claim using your entire Policy Value, where the claim amount exceeds the Policy Value.

The Policy can continue but without Life Cover, Terminal Illness Benefit, Aeroplane Cover, Critical Illness Benefit or Cancer Cover for both Lives Insured as long as the Policy Value is greater than zero.

iii) Joint life both death Policies

Life Cover is payable separately for each Life Insured.

In the event of the death of the first of the Lives Insured to die, we will make a deduction from the Policy Value equal to the proportion of the Policy Value attributable to that deceased Life Insured for no more than the amount of the claim. The Policy continues for the remaining Life Insured with no change to the Sum Insured in respect of their chosen Benefits. In the event of the death of the second Life Insured to die, the Policy ends.

A Terminal Illness claim can be payable separately for each Life Insured.

In respect of a Terminal Illness claim by the first Life Insured, we will either:

- fully fund the claim from the Policy Value attributable to the Life Insured making the claim, where the Policy Value attributable to that Life Insured exceeds the claim amount; or
- partly fund the claim using the entire Policy Value attributable to the Life Insured making the claim, where the claim amount exceeds the Policy Value attributable to that Life Insured.

As long as the Policy Value is greater than zero, the Policy can continue for the Life Insured making the claim, but without Life Cover, Terminal Illness Benefit, Aeroplane Cover, Critical Illness Benefit or Cancer Cover and the Policy can continue for the other Life Insured with no change to the Sums Insured in respect of their chosen Benefits.

In respect of a Terminal Illness claim by the second Life Insured, we will either:

- fully fund the claim from the Policy Value attributable to the Life Insured making the claim, where the Policy Value attributable to that Life Insured exceeds the claim amount; or
- partly fund the claim using the entire Policy Value attributable to the Life Insured making the claim, where the claim amount exceeds the Policy Value attributable to that Life Insured.

The Policy can continue for the Life Insured making the claim, but without Life Cover, Terminal Illness Benefit, Aeroplane Cover, Critical Illness Benefit or Cancer Cover as long as the Policy Value is greater than zero.

iv) Joint life last death Policies

Only one Life Cover claim is payable and it is payable on the death of the last of the Lives Insured to die. On payment of the claim the Policy ends. Terminal Illness claims are not permitted on joint life last death policies.

2. Aeroplane Cover

The following provisions describe the effect of an Aeroplane Cover claim on your Policy:

i) Single life Policies:

In the event of an Aeroplane Cover claim, the Policy ends.

- ii) **Joint life first death Policies**
In the event of the first Aeroplane Cover claim, the Policy ends.
- iii) **Joint life both death Policies**
Aeroplane Cover is payable separately for each Life Insured.

In the event of the death of the first of the Lives Insured to die, the Policy continues for the remaining Life Insured with no change to the Sum Insured in respect of their chosen Benefits.

In the event of the death of the second Life Insured to die, the Policy ends.
- iv) **Joint life last death Policies**
Only one Aeroplane Cover claim is payable, on the death of the last of the Lives Insured to die if this is in an aircraft accident that meets the claim definition. On payment of the Aeroplane Cover claim the Policy ends.

3. **Accidental Death Benefit**

The following provisions describe the effect of an Accidental Death Benefit claim on your Policy:

- i) **Single life Policies:**
In the event of an Accidental Death Benefit claim, the Policy ends.
- ii) **Joint life first death Policies**
In the event of the first Accidental Death Benefit claim, the Policy ends for both Lives Insured.
- iii) **Joint life both death Policies**
Accidental Death Benefit is payable separately for each Life Insured.

In the event of the death by accidental means of the first of the Lives Insured to die, the Policy continues for the remaining Life Insured with no change to the Sums Insured in respect of their Benefits.

In the event of the death by accidental means of the second Life Insured to die, the Policy ends.
- iv) **Joint life last death Policies**
This Benefit is not available to joint life last death Policies.

4. **Family Income Benefit or Fixed Term Income Benefit**

The following provisions describe the effect of a Family Income Benefit/Fixed Term Income Benefit claim on your Policy:

- i) **Single life Policies:**
In the event of the death of the Life Insured the Policy ends. Although the Policy has ended we will continue to pay the Sum Insured in respect of the Benefit for the remaining Benefit Term.
- ii) **Joint life first death Policies**
In the event of the death of one of the Lives Insured the Policy ends for both Lives Insured. Although the Policy has ended we will continue to pay the Sum Insured in respect of the Benefit for the remaining Benefit Term.
- iii) **Joint life both death Policies**
Where both Lives Insured have chosen this Benefit, claims are payable separately on the death of each Life Insured.

In the event of the death of the first of the Lives Insured to die, the Policy continues for the remaining Life Insured with no change to the Sums Insured in respect of their Benefits.

In the event of the death of the second Life Insured to die, the Policy ends. Although the Policy has ended we will continue to pay the Sum Insured in respect of the Benefit for the remaining Benefit Term.
- iv) **Joint life last death Policies**
This Benefit is not available to joint life last death Policies.

5. **Critical Illness Benefit or Cancer Cover**

The following provisions describe the effect of a Critical Illness Benefit or Cancer Cover claim on your Policy:

- i) **Single life Policies:**
 - a) **Partial Payment claims**
Only one claim is payable for the Partial Payment condition.

The Sum Insured in respect of Critical Illness Benefit/Cancer Cover and Life Cover are both reduced by the amount of the claim.

Where the Life Cover is reduced below the maximum amount of Aeroplane Cover allowed on the Policy, the Sum Insured in respect of Aeroplane Cover will also be reduced to match the reduced Sum Insured in respect of Life Cover. All of the remaining critical illness or cancer conditions not relevant to that Partial Payment condition are still valid and the Policy continues with any Additional Benefits unchanged, as long as the Policy Value is greater than zero.

In respect of a Partial Payment claim, we will either:

- fully fund the claim from the Policy Value, where the Policy Value is greater than the Sum Insured in respect of Life Cover before the claim, or
- pay the claim without any deduction from the Policy Value, where the Policy Value is less than the difference between the Sum Insured in respect of Life Cover before the claim and the claim amount, or
- partly fund the claim from the Policy Value by the amount by which the Policy Value exceeds the Life Cover after the claim.

b) Critical Illness Benefit/Cancer Cover claim for the full Sum Insured

Only one claim of this type is payable. On payment of the claim, the Critical Illness Benefit/Cancer Cover ends.

Where the Sum Insured in respect of Life Cover is greater than the claim amount, the Sum Insured in respect of Life Cover is reduced by the amount of the claim.

Where the reduced Life Cover is less than the maximum amount of Aeroplane Cover allowed on the Policy, the Sum Insured in respect of Aeroplane Cover will also be reduced to match the reduced Sum Insured in respect of Life Cover. The Policy continues with any Additional Benefits unchanged, as long as the Policy Value is greater than zero.

In respect of a Critical Illness Benefit/Cancer Cover claim for the full Sum Insured where the Life Cover is greater than the claim amount, we will either:

- fully fund the claim from the Policy Value, where the Policy Value is greater than the Sum Insured in respect of Life Cover before the claim, or

- pay the claim without any deduction from the Policy Value, where the Policy Value is less than the difference between the Sum Insured in respect of Life Cover before the claim and the claim amount, or
- partly fund the claim from the Policy Value by the amount by which the Policy Value exceeds the Life Cover after the claim.

Where the Sum Insured in respect of Life Cover and the claim amount are equal, the Life Cover and Aeroplane Cover are completely removed from the Policy. Where no Additional Benefits apply, or where only Waiver of Premium Benefit applies to the Policy and where there is no Policy Value, the Policy ends. Where Additional Benefits other than Waiver of Premium Benefit apply to the Policy, the Policy can continue, but without Life Cover, Aeroplane Cover and Critical Illness Benefit/Cancer Cover as long as the Policy Value is greater than zero.

In respect of a Critical Illness Benefit/Cancer Cover claim for the full Sum Insured where the Life Cover and Critical Illness Benefit/Cancer Cover Sums Insured are equal and the Policy does not end, we will either:

- fully fund the claim from the Policy Value, where the Policy Value is greater than the claim amount; or
- use the entire Policy Value towards funding the claim, where the claim amount is greater than the Policy Value.

ii) Joint life first death Policies:

a) Partial Payment claims

Only one claim is payable for the Partial Payment condition for the first of the Lives Insured to make a claim.

The Sum Insured in respect of Critical Illness Benefit/Cancer Cover and Life Cover are both reduced by the amount of the claim for both Lives Insured.

Where the Life Cover is reduced below the maximum amount of Aeroplane Cover allowed on the Policy, the Sum Insured in respect of Aeroplane Cover will also be reduced to match the reduced Sum Insured in respect of Life Cover for both Lives Insured. All of the remaining critical illness or cancer conditions, not relevant to that Partial Payment condition, are still valid and the Policy continues with any Additional Benefits unchanged for both Lives Insured, as long as the Policy Value is greater than zero.

In respect of a Partial Payment claim, we will either:

- fully fund the claim from the Policy Value, where the Policy Value is greater than the Sum Insured in respect of Life Cover before the claim, or
- pay the claim without any deduction from the Policy Value, where the Policy Value is less than the difference between the Sum Insured in respect of Life Cover before the claim and the claim amount, or
- partly fund the claim from the Policy Value by the amount by which the Policy Value exceeds the Life Cover after the claim.

b) Critical Illness Benefit/Cancer Cover claim for the full Sum Insured

Only one claim of this type is payable for the first of the Lives Insured to make a claim. On payment of the claim, the Critical Illness Benefit/Cancer Cover ends for both Lives Insured.

Where the Sum Insured in respect of Life Cover is greater than claim amount, the Sum Insured in respect of Life Cover is reduced by the amount of the claim for both Lives Insured. Where the reduced Life Cover is less than the maximum amount of Aeroplane Cover allowed on the Policy, the Sum Insured in respect of Aeroplane Cover will also be reduced to match the reduced Sum Insured in respect of Life Cover for both Lives Insured. The Policy continues with any Additional Benefits unchanged for both Lives Insured, as long as the Policy Value is greater than zero.

In respect of a Critical Illness Benefit/Cancer Cover claim for the full Sum Insured where the Life Cover is greater than the claim amount, we will either:

- fully fund the claim from the Policy Value, where the Policy Value is greater than the Sum Insured in respect of Life Cover before the claim, or
- pay the claim without any deduction from the Policy Value, where the Policy Value is less than the difference between the Sum Insured in respect of Life Cover before the claim and the claim amount, or
- partly fund the claim from the Policy Value by the amount by which the Policy Value exceeds the Life Cover after the claim.

Where the Sum Insured in respect of Life Cover and the claim amount are equal, the Life Cover and Aeroplane Cover are completely removed from the Policy for both Lives Insured. Where no Additional Benefits apply, or where only Waiver of Premium Benefit applies to the Policy for both or either of the Lives insured and where there is no Policy Value, the Policy ends. Where Additional Benefits other than Waiver of Premium Benefit apply to the Policy, the Policy can continue, but without Life Cover, Aeroplane Cover and Critical Illness Benefit/Cancer Cover for both Lives Insured as long as the Policy Value is greater than zero.

In respect of a Critical Illness Benefit/Cancer Cover claim for the full Sum Insured where the Sums Insured in respect of Life Cover and Critical Illness Benefit/Cancer Cover are equal and the Policy does not end, we will either:

- fully fund the claim from the Policy Value, where the Policy Value is greater than the claim amount; or
- use the entire Policy Value towards funding the claim, where the claim amount is greater than the Policy Value.

iii) Joint life both death Policies:

Where both Lives Insured have chosen this Benefit both Lives Insured can claim separately for this Benefit.

a) Partial Payment claims

For each Life Insured, only one claim is payable for the Partial Payment condition.

The Sum Insured in respect of Critical Illness Benefit/Cancer Cover and Life Cover are both reduced by the amount of the claim for the relevant Life Insured making the claim.

Where the Life Cover is reduced below the maximum amount of Aeroplane Cover allowed on the Policy, the Sum Insured in respect of Aeroplane Cover will also be reduced to match the reduced Sum Insured in respect of Life Cover for the relevant Life Insured making the claim. All of the remaining critical illness or cancer conditions are still valid for the relevant Life Insured making the claim and the Policy continues with any Additional Benefits unchanged for both Lives Insured as long as the Policy Value is greater than zero.

In respect of a Partial Payment claim, we will either:

- fully fund the claim from the Policy Value attributable to the Life Insured making the claim, where the Policy Value attributable to the Life Insured making the claim is greater than the Sum Insured in respect of Life Cover before the claim for that Life Insured, or
- pay the claim without any deduction from the Policy Value attributable to the Life Insured making the claim, where the Policy Value attributable to the Life Insured making the claim is less than the difference between the Sum Insured in respect of Life Cover for that Life Insured before the claim, and the claim amount, or
- partly fund the claim from the Policy Value attributable to the Life Insured making the claim by the amount by which the Policy Value attributable to the Life Insured making the claim exceeds the Sum Insured in respect of Life Cover for that Life Insured after the claim.

b) Critical Illness Benefit/Cancer Cover claim for the full Sum Insured

For each Life Insured, only one claim of this type is payable. On payment of the claim, the Critical Illness Benefit/Cancer Cover ends for the relevant Life Insured making the claim.

Where the Sum Insured in respect of Life Cover for the Life Insured making the claim is greater than claim amount, the Sum Insured in respect of Life Cover is reduced by the amount of the claim for the Life Insured making the claim. Where the reduced Life Cover is less than the maximum amount of Aeroplane Cover allowed on the Policy, the Sum Insured in respect of Aeroplane Cover will also be reduced to match the reduced Sum Insured in respect of Life Cover for the Life Insured making the claim. The Policy continues with any Additional Benefits unchanged for both Lives Insured as long as the Policy Value is greater than zero.

In respect of a Critical Illness Benefit/Cancer Cover claim for the full Sum Insured where the Sum Insured in respect of Life Cover for the Life Insured making the claim is greater than the claim amount, we will either:

- fully fund the claim from the Policy Value attributable to the Life Insured making the claim, where the Policy Value attributable to the Life Insured making the claim is greater than the Sum Insured in respect of Life Cover for that Life Insured before the claim, or
- pay the claim without any deduction from the Policy Value attributable to the Life Insured making the claim, where the Policy Value attributable to the Life Insured making the claim is less than the difference between the Sum Insured in respect of Life Cover for that Life Insured before the claim and the claim amount, or
- partly fund the claim from the Policy Value attributable to the Life Insured making the claim by the amount by which the Policy Value attributable to the Life Insured making the claim exceeds the Sum Insured in respect of Life Cover for that Life Insured after the claim.

Where the Sum Insured in respect of Life Cover for the Life Insured making the claim and the claim amount are equal, the Life Cover and Aeroplane Cover are completely removed from the Policy for the Life Insured making the claim. Where no Additional Benefits apply, or where only Waiver of Premium Benefit applies to the Policy for both or either of the Lives insured and where there is no Policy Value, the Policy ends. Where Additional Benefits other than Waiver of Premium Benefit apply to the Policy, the Policy can continue, but without Life Cover, Aeroplane Cover and Critical Illness Benefit/Cancer Cover for the Life Insured making the claim, as long as the Policy Value is greater than zero.

In respect of a Critical Illness Benefit/Cancer Cover claim for the full Sum Insured where the Sums Insured in respect of Life Cover and Critical Illness Benefit/Cancer Cover for the Life Insured making the claim are equal and the Policy does not end, we will either:

- fully fund the claim from the Policy Value attributable to the Life Insured making the claim, where the Policy Value attributable to the Life Insured making the claim is greater than the claim amount; or
- use the entire Policy Value attributable to the Life Insured making the claim towards funding the claim, where the claim amount is greater than the Policy Value attributable to the Life Insured making the claim.

iv) **Joint life last death Policies**

This Benefit is not available to joint life last death Policies.

6. Children's Critical Illness Benefit/Cancer Cover claims

On payment of a Children's Critical Illness Benefit/Cancer Cover claim, the Policy continues. The Sum Insured in respect of Critical Illness Benefit/Cancer Cover remains unchanged for all Lives Insured and no reduction to the Policy Value is made in relation to the claim.

7. Waiver of Premium Benefit

The following provisions describe the effect of a Waiver of Premium Benefit claim on your Policy:

i) **All Policies**

Payment of a Waiver of Premium Benefit claim does not end the Policy and any other Benefits applicable to the Policy can continue unchanged.

On completion of a claim, Waiver of Premium Benefit can remain in place for the Life Insured as long as regular premiums continue to be paid. Subsequent claims for new Claim Events can be considered, subject to these Policy Conditions.

8. Permanent and Total Disability Benefit

The following provisions describe the effect of a Permanent and Total Disability Benefit claim on your Policy:

i) **Single life Policies:**

Permanent and Total Disability Benefit can only be claimed once. Payment of the claim will end the Policy if there are no other Benefits remaining, otherwise the Policy and all remaining Benefits can continue unchanged as long as the Policy Value is greater than zero.

ii) **Joint life first death Policies**

Permanent and Total Disability Benefit can only be claimed once, on the first diagnosis of permanent and total disability of either of the Lives Insured. On payment of the claim, Permanent and Total Disability Benefit ends for both Lives Insured. The Policy will end if there are no other Benefits remaining, otherwise the Policy and all remaining Benefits can continue unchanged as long as the Policy Value is greater than zero.

iii) **Joint life both death Policies**

Where both Lives Insured have chosen this Benefit, claims are payable separately on the diagnosis of permanent and total disability for each Life Insured.

In the event of the diagnosis of permanent and total disability for the first of the Lives Insured to be so diagnosed, Permanent and Total Disability Benefit ends for the relevant Life Insured making the claim, but the Policy continues with no change to the remaining Benefit Sums Insured for both Lives Insured as long as the Policy Value is greater than zero.

In the event of the diagnosis of permanent and total disability for the second of the Lives Insured to be so diagnosed, Permanent and Total Disability Benefit ends for the relevant Life Insured making the claim. The Policy will end if there are no other Benefits remaining for both Lives Insured, otherwise the Policy and all remaining Benefits can continue unchanged as long as the Policy Value is greater than zero.

iv) **Joint life last death Policies**

This Benefit is not available to joint life last death Policies.

9. Dismemberment Benefit

The following provisions describe the effect of a Dismemberment Benefit claim on your Policy:

i) **Single life Policies:**

Payment of a claim for the Sum Insured in respect of Dismemberment Benefit will end the Policy if there are no other Benefits remaining, otherwise the Policy and all remaining Benefits can continue unchanged as long as the Policy Value is greater than zero.

In the event of a Dismemberment Benefit claim for up to 50% of the Sum Insured in respect of Dismemberment Benefit, the Sum Insured in respect of Dismemberment Benefit is reduced by the amount of the claim and the Policy and all remaining Benefits can continue unchanged as long as the Policy Value is greater than zero.

ii) **Joint life first death Policies**

Payment of a first claim for the Sum Insured in respect of Dismemberment Benefit, will end the Policy if there are no other Benefits remaining, otherwise the Policy and all remaining Benefits can continue unchanged as long as the Policy Value is greater than zero.

In the event of a first Dismemberment Benefit claim for up to 50% of the Sum Insured in respect of Dismemberment Benefit, the Sum Insured in respect of Dismemberment Benefit is reduced by the amount of the claim for both Lives Insured and the Policy and all remaining Benefits can continue unchanged as long as the Policy Value is greater than zero.

iii) **Joint life both death Policies**

Where both Lives Insured have chosen this Benefit, claims are payable separately for each Life Insured.

In the event of a claim that pays up to 50% of the Sum Insured in respect of Dismemberment Benefit, the Sum Insured in respect of Dismemberment Benefit for the relevant Life Insured making the claim is reduced by the amount of the claim. The Policy and all remaining Benefit Sums Insured can continue unchanged for both Lives Insured as long as the Policy Value is greater than zero.

In the event of a first claim that pays the Sum Insured in respect of Dismemberment Benefit, Dismemberment Benefit ends for the relevant Life Insured making the claim and the Policy continues with no change to the remaining Benefit Sums insured for both Lives Insured as long as the Policy Value is greater than zero.

In the event of a second claim that pays the Sum Insured in respect of Dismemberment Benefit, Dismemberment Benefit ends for the relevant Life Insured making the claim. The Policy will end if there are no other Benefits remaining for both Lives Insured, otherwise the Policy and all remaining Benefits can continue unchanged as long as the Policy Value is greater than zero.

iv) **Joint life last death Policies**

This Benefit is not available to joint life last death Policies.

On completion of a claim, Hospitalisation Benefit can remain in place for the Life Insured, and subsequent claims for new Claim Events can be considered, subject to these Policy Conditions.

ii) **Joint life last death Policies**

This Benefit is not available to joint life last death Policies.

10. Hospitalisation Benefit

The following provisions describe the effect of a Hospitalisation Benefit claim on your Policy:

i) **Single Life, Joint life first death and joint life both death Policies**

Payment of a Hospitalisation Benefit claim does not end the Policy, and any other Benefits applicable to the Policy can continue unchanged as long as the Policy Value is greater than zero.

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 Limited 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 www.zurichinternational.com

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

تقدم شركة زوريخ انترناشيونال لايف ليمنت تأميناً على الحياة ومنتجات استثمار وحماية وهي مرخصة من قبل سلطة التأمين والتقاعد الحكومية بـ "أيل أوف مان"

مسجلة في أيل أوف مان بموجب رقم تسجيل 20126 سي
مكتبها المسجل: زوريخ هاوس، مجمع أيل أوف مان للأعمال، دوغلاس، أيل أوف مان، آي إم 2 كيو زي، الجزر البريطانية
هاتف: +44 1624 662266 www.zurichinternational.com

10. مزية الإقامة في المستشفى للعلاج
تبيين الأحكام التالية تأثير مطالبة بمزية الإقامة في المستشفى للعلاج على الوثيقة الخاصة بك:

1) وثائق التأمين الفردية على الحياة ووثائق التأمين المشترك على الحياة بوفاة الأول ووثائق التأمين المشترك على الحياة بوفاة الاثنين

لن يؤدي دفع مطالبة بمزية الإقامة في المستشفى للعلاج إلى إنهاء الوثيقة ويمكن أن تستمر أي مزايا أخرى تنطبق على الوثيقة دون تغيير طالما كانت قيمة الوثيقة أكبر من الصفر.

عند اكتمال مطالبة، يمكن أن تظل مزية الإقامة في المستشفى للعلاج قائمة للمؤمن له على الحياة، ويمكن النظر في المطالبات اللاحقة لأحداث مطالبة جديدة، مع مراعاة شروط الوثيقة هذه.

2) وثائق التأمين المشترك على الحياة بوفاة الأخير

لا تتوفر هذه المزية لوثائق التأمين المشترك على الحياة بوفاة الأخير.

6. **مطالبات مزية المرض الخطير/التغطية التأمينية على السرطان للأطفال**
تستمر الوثيقة عند دفع مطالبة بمزие المرض الخطير/التغطية التأمينية على السرطان للأطفال. يبقى مبلغ تأمين مزية المرض الخطير/التغطية التأمينية على السرطان دون تغيير لجميع المؤمن لهم على الحياة ولن يتم إجراء تخفيض على قيمة الوثيقة فيما يتعلق بالمطالبة.

7. **مزية الإعفاء من قسط التأمين**
تبين الأحكام التالية تأثير مطالبة بمزие الإعفاء من قسط التأمين على الوثيقة الخاصة بك:

1) جميع وثائق التأمين

لا ينهي دفع مطالبة بمزие الإعفاء من قسط التأمين الوثيقة ويمكن أن تستمر أي مزايا تنطبق على الوثيقة دون تغيير.
عند اكتمال المطالبة، يمكن أن تستمر مزية الإعفاء من قسط التأمين القائمة للمؤمن له على الحياة طالما استمر دفع أقساط التأمين المنتظمة. يمكن النظر في مطالبات لاحقة لأحداث مطالبة جديدة مع مراعاة شروط الوثيقة هذه.

8. **مزية العجز الكلي الدائم**
تبين الأحكام التالية تأثير مطالبة بمزие العجز الكلي الدائم على الوثيقة الخاصة بك.

1) وثائق التأمين الفردية على الحياة

يمكن المطالبة بمزие العجز الكلي الدائم مرة واحدة فقط. يؤدي دفع المطالبة إلى إنهاء الوثيقة إذا لم تكن هناك مزايا أخرى متبقية، بخلاف ذلك يمكن أن تستمر الوثيقة لجميع المزايا المتبقية دون تغيير طالما كانت قيمة الوثيقة أكبر من الصفر.

2) وثائق التأمين المشترك على الحياة بوفاة الأول

يمكن المطالبة بمزие العجز الكلي الدائم مرة واحدة فقط عند أول تشخيص بالعجز الكلي الدائم لأي من المؤمن لهم على الحياة. تنتهي مزية العجز الكلي الدائم لكلا المؤمن لهم على الحياة عند دفع المطالبة. تنتهي الوثيقة إذا لم تكن هناك مزايا أخرى متبقية، بخلاف ذلك يمكن أن تستمر الوثيقة لجميع المزايا المتبقية دون تغيير طالما كانت قيمة الوثيقة أكبر من الصفر.

3) وثائق التأمين المشترك على الحياة بوفاة الاثنين

إذا اختار كلا المؤمن لهم على الحياة هذه المزية، يستحق دفع المطالبات بشكل منفصل عند التشخيص بالعجز الكلي الدائم لكل مؤمن له على الحياة.

في حالة تشخيص أول مؤمن له على الحياة بالعجز الكلي الدائم، تنتهي مزية العجز الكلي الدائم للمؤمن له على الحياة ذي الصلة الذي يقدم المطالبة، ولكن تستمر الوثيقة دون تغيير على مبلغ تأمين المزية المتبقي لكلا المؤمن لهم على الحياة طالما كانت قيمة الوثيقة أكبر من الصفر.

في حالة تشخيص المؤمن له على الحياة الثاني بالعجز الكلي الدائم، تنتهي مزية العجز الكلي الدائم للمؤمن له على الحياة ذي الصلة الذي يقدم المطالبة. تنتهي الوثيقة إذا لم تكن هناك مزايا أخرى متبقية لكلا المؤمن لهم على الحياة، بخلاف ذلك يمكن أن تستمر الوثيقة لجميع المزايا المتبقية دون تغيير طالما كانت قيمة الوثيقة أكبر من الصفر.

4) وثائق التأمين المشترك على الحياة بوفاة الأخير

لا تتوفر هذه المزية لوثائق التأمين المشترك على الحياة بوفاة الأخير

مزية البتر

تبين الأحكام التالية تأثير مطالبة بمزие البتر على الوثيقة الخاصة بك:

1) وثائق التأمين الفردية على الحياة

يؤدي دفع مطالبة بمبلغ تأمين مزية البتر إلى إنهاء الوثيقة إذا لم تكن هناك مزايا أخرى متبقية، بخلاف ذلك يمكن أن تستمر الوثيقة لجميع المزايا المتبقية دون تغيير طالما كانت قيمة الوثيقة أكبر من الصفر.

في حالة مطالبة بمزие البتر لما يصل إلى 50% من مبلغ تأمين مزية البتر، يتم تخفيض مبلغ التأمين الخاص بمزие البتر بمبلغ المطالبة ويمكن أن تستمر الوثيقة لجميع المزايا المتبقية دون تغيير طالما كانت قيمة الوثيقة أكبر من الصفر.

2) وثائق التأمين المشترك على الحياة بوفاة الأول

ينهي دفع مطالبة أولى بمبلغ التأمين الخاص بمزие البتر الوثيقة إذا لم تكن هناك مزايا أخرى متبقية، بخلاف ذلك يمكن أن تستمر الوثيقة لجميع المزايا المتبقية دون تغيير طالما كانت قيمة الوثيقة أكبر من الصفر.

في حالة مطالبة بمزие البتر لما يصل إلى 50% من مبلغ تأمين مزية البتر، يتم تخفيض مبلغ التأمين الخاص بمزие البتر بمبلغ المطالبة لكلا المؤمن لهم على الحياة ويمكن أن تستمر الوثيقة لجميع المزايا المتبقية دون تغيير طالما كانت قيمة الوثيقة أكبر من الصفر.

3) وثائق التأمين المشترك على الحياة بوفاة الاثنين

إذا اختار كلا المؤمن لهم على الحياة هذه المزية، يستحق دفع المطالبات بشكل منفصل لكل مؤمن له على الحياة.

في حالة مطالبة تدفع ما يصل إلى 50% من مبلغ التأمين الخاص بمزие البتر، يتم تخفيض مبلغ التأمين الخاص بمزие البتر للمؤمن له على الحياة ذي الصلة الذي يقدم المطالبة بمبلغ المطالبة. يمكن أن تستمر الوثيقة لجميع المزايا المتبقية دون تغيير لكلا المؤمن لهم على الحياة طالما كانت قيمة الوثيقة أكبر من الصفر.

في حالة أول مطالبة تدفع مبلغ التأمين الخاص بمزие البتر تنتهي مزية البتر للمؤمن له على الحياة ذي الصلة الذي يقدم المطالبة، وتستمر الوثيقة دون تغيير على مبالغ تأمين المزية المتبقية لكلا المؤمن لهم على الحياة طالما كانت قيمة الوثيقة أكبر من الصفر.

في حالة مطالبة ثانية تدفع مبلغ التأمين الخاص بمزие البتر، تنتهي مزية البتر للمؤمن له على الحياة ذي الصلة الذي يقدم المطالبة. تنتهي الوثيقة إذا لم تكن هناك مزايا متبقية لكلا المؤمن لهم على الحياة، بخلاف ذلك يمكن أن تستمر الوثيقة لجميع المزايا المتبقية دون تغيير طالما كانت قيمة الوثيقة أكبر من الصفر.

4) وثائق التأمين المشترك على الحياة بوفاة الأخير

لا تتوفر هذه المزية لوثائق التأمين المشترك على الحياة بوفاة الأخير

3) وثائق التأمين المشترك على الحياة بوفاة الاثنین

إذا اختار كلا المؤمن لهما على الحياة هذه المزية، يمكن لكلا المؤمن لهما على الحياة المطالبة بهذه المزية بشكل منفصل.

أ) مطالبات الدفع الجزئي

يستحق دفع مطالبة واحدة عن بند الدفع الجزئي لكل مؤمن له على الحياة.

يتم تخفيض مبلغ تأمين كل من مزية المرض الخطير/التغطية التأمينية على السرطان والتغطية التأمينية على الحياة بمبلغ المطالبة للمؤمن له على الحياة ذي الصلة الذي يقدم المطالبة

إذا تم تخفيض التغطية التأمينية على الحياة لأقل من الحد الأقصى لمبلغ التغطية التأمينية لركوب الطائرات المسموح به على الوثيقة، يتم تخفيض مبلغ تأمين التغطية التأمينية على ركوب الطائرات أيضا ليطابق مبلغ التأمين المخفض الخاص بالتغطية التأمينية على الحياة للمؤمن له على الحياة ذي الصلة الذي يقدم المطالبة تبقى جميع بنود مزية المرض الخطير أو التغطية التأمينية على السرطان المتبقية سارية للمؤمن له على الحياة ذي الصلة الذي يقدم المطالبة وتستمر الوثيقة دون تغيير على أي مزايا إضافية لكلا المؤمن لهما على الحياة، طالما كانت قيمة الوثيقة أكبر من الصفر.

فيما يتعلق بمطالبة دفع جزئي سوف نقوم بأي مما يلي:

- تمويل المطالبة بالكامل من قيمة الوثيقة التي تعود للمؤمن له على الحياة الذي يقدم المطالبة، إذا كانت قيمة الوثيقة التي تعود للمؤمن له على الحياة الذي يقدم المطالبة أكبر من مبلغ تأمين التغطية التأمينية على الحياة قبل المطالبة لذلك المؤمن له على الحياة؛ أو

- دفع المطالبة دون أي اقتطاع من قيمة الوثيقة التي تعود للمؤمن له على الحياة الذي يقدم المطالبة إذا كانت قيمة الوثيقة التي تعود للمؤمن له على الحياة الذي يقدم المطالبة أقل من الفرق بين مبلغ تأمين التغطية التأمينية على الحياة لذلك المؤمن له على الحياة قبل المطالبة ومبلغ المطالبة؛ أو

- تمويل المطالبة جزئيا من قيمة الوثيقة التي تعود للمؤمن له على الحياة الذي يقدم المطالبة بالمبلغ الذي تتجاوز به قيمة الوثيقة التي تعود للمؤمن له على الحياة الذي يقدم المطالبة مبلغ تأمين التغطية التأمينية على الحياة لذلك المؤمن له على الحياة بعد المطالبة

ب) المطالبة بكامل مبلغ تأمين مزية المرض الخطير/التغطية التأمينية على السرطان

يستحق دفع مطالبة واحدة من هذا النوع لكل مؤمن له على الحياة. تنتهي مزية المرض الخطير/التغطية التأمينية على السرطان للمؤمن له على الحياة ذي الصلة الذي يقدم المطالبة

إذا كان مبلغ تأمين التغطية التأمينية على الحياة للمؤمن له على الحياة الذي يقدم المطالبة أكبر من مبلغ المطالبة، يتم تخفيض مبلغ تأمين التغطية التأمينية على الحياة بمبلغ المطالبة للمؤمن له على الحياة الذي يقدم المطالبة. إذا كانت التغطية التأمينية على الحياة المخفضة أقل من الحد الأقصى لمبلغ التغطية التأمينية لركوب الطائرات المسموح به على الوثيقة، يتم تخفيض مبلغ تأمين التغطية التأمينية على ركوب الطائرات أيضا ليطابق مبلغ التأمين المخفض الخاص بالتغطية التأمينية على الحياة للمؤمن له على الحياة الذي يقدم المطالبة. تستمر الوثيقة دون تغيير على أي مزايا إضافية لكلا المؤمن لهما على الحياة، طالما كانت قيمة الوثيقة أكبر من الصفر.

فيما يتعلق بمطالبة بكامل مبلغ تأمين مزية المرض الخطير/التغطية التأمينية على السرطان، إذا كانت التغطية التأمينية على الحياة أكبر من مبلغ المطالبة، سنقوم بأي مما يلي:

- تمويل المطالبة بالكامل من قيمة الوثيقة التي تعود للمؤمن له على الحياة الذي يقدم المطالبة، إذا كانت قيمة الوثيقة التي تعود للمؤمن له على الحياة الذي يقدم المطالبة أكبر من مبلغ تأمين التغطية التأمينية على الحياة قبل المطالبة لذلك المؤمن له على الحياة؛ أو

- دفع المطالبة دون أي اقتطاع من قيمة الوثيقة التي تعود للمؤمن له على الحياة الذي يقدم المطالبة إذا كانت قيمة الوثيقة التي تعود للمؤمن له على الحياة الذي يقدم المطالبة أقل من الفرق بين مبلغ تأمين التغطية التأمينية على الحياة لذلك المؤمن له على الحياة قبل المطالبة ومبلغ المطالبة؛ أو

- تمويل المطالبة جزئيا من قيمة الوثيقة التي تعود للمؤمن له على الحياة الذي يقدم المطالبة بالمبلغ الذي تتجاوز به قيمة الوثيقة التي تعود للمؤمن له على الحياة الذي يقدم المطالبة مبلغ تأمين التغطية التأمينية على الحياة لذلك المؤمن له على الحياة بعد المطالبة

إذا تساوى مبلغ تأمين التغطية التأمينية على الحياة للمؤمن له على الحياة الذي يقدم المطالبة ومبلغ المطالبة، يتم حذف التغطية التأمينية على الحياة والتغطية التأمينية على ركوب الطائرات بالكامل من الوثيقة للمؤمن له على الحياة الذي يقدم المطالبة. تنتهي الوثيقة إذا لم تنطبق مزايا إضافية أو إذا انطبقت فقط مزية الإغفاء من قسط التأمين على الوثيقة لكلا المؤمن لهما على الحياة أو احدهما ولم تكن هنالك قيمة وثيقة. إذا انطبقت مزايا إضافية بخلاف مزية الإغفاء من قسط التأمين على الوثيقة، يمكن أن تستمر الوثيقة ولكن دون التغطية التأمينية على الحياة والتغطية التأمينية على ركوب الطائرات ومزية المرض الخطير/التغطية التأمينية على السرطان للمؤمن له على الحياة الذي يقدم المطالبة، طالما كانت قيمة الوثيقة أكبر من الصفر.

فيما يتعلق بمطالبة بكامل مبلغ تأمين مزية المرض الخطير/التغطية التأمينية على السرطان، إذا تساوت مبلغ تأمين التغطية التأمينية على الحياة ومزية المرض الخطير/التغطية التأمينية على السرطان للمؤمن له على الحياة الذي يقدم المطالبة ولم تنتهي الوثيقة، سنقوم بأي مما يلي:

- تمويل المطالبة بالكامل من قيمة الوثيقة التي تعود للمؤمن له على الحياة الذي يقدم المطالبة، إذا كانت قيمة الوثيقة التي تعود للمؤمن له على الحياة الذي يقدم المطالبة أكبر من مبلغ المطالبة؛ أو

- استخدام كامل قيمة الوثيقة التي تعود للمؤمن له على الحياة الذي يقدم المطالبة نحو تمويل المطالبة إذا كان مبلغ المطالبة أكبر من قيمة الوثيقة التي تعود للمؤمن له على الحياة الذي يقدم المطالبة.

4) وثائق التأمين المشترك على الحياة بوفاة الأخير

لا تتوفر هذه المزية لوثائق التأمين المشترك على الحياة بوفاة الأخير

- تمويل المطالبة جزئياً من قيمة الوثيقة بالمبلغ الذي تتجاوز به قيمة الوثيقة التغطية التأمينية على الحياة بعد المطالبة.

(ب) المطالبة بكامل مبلغ تأمين مزية المرض الخطير/التغطية التأمينية على السرطان

يستحق دفع مطالبة واحدة من هذا النوع للأول من المؤمن لهما على الحياة الذي يقدم مطالبة. تنتهي مزية المرض الخطير/التغطية التأمينية على السرطان لكلا المؤمن لهما على الحياة عند دفع المطالبة.

إذا كان مبلغ التأمين الخاص بالتغطية التأمينية على الحياة أكبر من مبلغ المطالبة، يتم تخفيض مبلغ تأمين التغطية التأمينية على الحياة بمبلغ المطالبة لكلا المؤمن لهما على الحياة. إذا كانت التغطية التأمينية على الحياة المخفضة أقل من الحد الأقصى لمبلغ التغطية التأمينية لركوب الطائرات المسموح به على الوثيقة، يتم تخفيض مبلغ تأمين التغطية التأمينية على ركوب الطائرات أيضاً ليطلق مبلغ التأمين المخفض الخاص بالتغطية التأمينية على الحياة لكلا المؤمن لهما على الحياة. تستمر الوثيقة دون تغيير على أي مزايا إضافية لكلا المؤمن لهما على الحياة، طالما كانت قيمة الوثيقة أكبر من الصفر.

فيما يتعلق بمطالبة بكامل مبلغ تأمين مزية المرض الخطير/التغطية التأمينية على السرطان، إذا كانت التغطية التأمينية على الحياة أكبر من مبلغ المطالبة، سنقوم بأي مما يلي:

- تمويل المطالبة بالكامل من قيمة الوثيقة إذا كانت قيمة الوثيقة أكبر من مبلغ تأمين التغطية التأمينية على الحياة قبل المطالبة؛ أو
- دفع المطالبة دون أي اقتطاع من قيمة الوثيقة إذا كانت قيمة الوثيقة أقل من الفرق بين مبلغ التأمين الخاص بالتغطية التأمينية على الحياة قبل المطالبة ومبلغ المطالبة؛ أو
- تمويل المطالبة جزئياً من قيمة الوثيقة بالمبلغ الذي تتجاوز به قيمة الوثيقة التغطية التأمينية على الحياة بعد المطالبة.

إذا تساوى مبلغ تأمين التغطية التأمينية على الحياة ومبلغ المطالبة، يتم حذف التغطية التأمينية على الحياة والتغطية التأمينية على ركوب الطائرات بالكامل من الوثيقة لكلا المؤمن لهما على الحياة تنتهي الوثيقة إذا لم تنطبق مزايا إضافية أو إذا انطبقت فقط مزية الإعفاء من قسط التأمين على الوثيقة لكلا المؤمن لهما على الحياة أو احدهما ولم تكن هناك قيمة وثيقة. إذا انطبقت مزايا إضافية بخلاف مزية الإعفاء من قسط التأمين على الوثيقة، يمكن أن تستمر الوثيقة ولكن دون التغطية التأمينية على الحياة والتغطية التأمينية على ركوب الطائرات ومزие المرض الخطير/التغطية التأمينية على السرطان لكلا المؤمن لهما على الحياة، طالما كانت قيمة الوثيقة أكبر من الصفر.

فيما يتعلق بمطالبة بكامل مبلغ تأمين مزية المرض الخطير/التغطية التأمينية على السرطان، إذا تساوت مبالغ تأمين التغطية التأمينية على الحياة ومزие المرض الخطير/التغطية التأمينية على السرطان ولم تنتهي الوثيقة، سنقوم بأي مما يلي:

- تمويل المطالبة بالكامل من قيمة الوثيقة إذا كانت قيمة الوثيقة أكبر من مبلغ المطالبة؛ أو
- استخدام كامل قيمة الوثيقة نحو تمويل المطالبة إذا كان مبلغ المطالبة أكبر من قيمة الوثيقة.

- تمويل المطالبة بالكامل من قيمة الوثيقة إذا كانت قيمة الوثيقة أكبر من مبلغ تأمين التغطية التأمينية على الحياة قبل المطالبة؛ أو

دفع المطالبة دون أي اقتطاع من قيمة الوثيقة إذا كانت قيمة الوثيقة أقل من الفرق بين مبلغ التأمين الخاص بالتغطية التأمينية على الحياة قبل المطالبة ومبلغ المطالبة؛ أو

- تمويل المطالبة جزئياً من قيمة الوثيقة بالمبلغ الذي تتجاوز به قيمة الوثيقة التغطية التأمينية على الحياة بعد المطالبة.

إذا تساوى مبلغ تأمين التغطية التأمينية على الحياة ومبلغ المطالبة، يتم حذف التغطية التأمينية على الحياة والتغطية التأمينية على ركوب الطائرات بالكامل من الوثيقة. تنتهي الوثيقة إذا لم تنطبق مزايا إضافية أو إذا انطبقت فقط مزية الإعفاء من قسط التأمين على الوثيقة ولم تكن هناك قيمة وثيقة. إذا انطبقت مزايا إضافية بخلاف مزية الإعفاء من قسط التأمين على الوثيقة، يمكن أن تستمر الوثيقة ولكن دون التغطية التأمينية على الحياة والتغطية التأمينية على ركوب الطائرات ومزие المرض الخطير/التغطية التأمينية على السرطان، طالما كانت قيمة الوثيقة أكبر من الصفر.

فيما يتعلق بمطالبة بكامل مبلغ تأمين مزية المرض الخطير/التغطية التأمينية على السرطان، إذا تساوت مبالغ تأمين التغطية التأمينية على الحياة ومزие المرض الخطير/التغطية التأمينية على السرطان ولم تنتهي الوثيقة، سنقوم بأي مما يلي:

- تمويل المطالبة بالكامل من قيمة الوثيقة إذا كانت قيمة الوثيقة أكبر من مبلغ المطالبة؛ أو
- استخدام كامل قيمة الوثيقة نحو تمويل المطالبة إذا كان مبلغ المطالبة أكبر من قيمة الوثيقة.

2) وثائق التأمين المشترك على الحياة بوفاة الأول

(أ) مطالبات الدفع الجزئي

يستحق دفع مطالبة واحدة عن بند الدفع الجزئي للأول من المؤمن لهما على الحياة الذي يقدم المطالبة

يتم تخفيض مبلغ تأمين كل من مزية المرض الخطير/التغطية التأمينية على السرطان والتغطية التأمينية على الحياة بمبلغ المطالبة لكلا المؤمن لهما على الحياة.

إذا تم تخفيض التغطية التأمينية على الحياة لأقل من الحد الأقصى لمبلغ التغطية التأمينية لركوب الطائرات المسموح به على الوثيقة، يتم تخفيض مبلغ تأمين التغطية التأمينية على ركوب الطائرات أيضاً ليطلق مبلغ التأمين المخفض الخاص بالتغطية التأمينية على الحياة لكلا المؤمن لهما على الحياة. تبقى جميع بنود مزية المرض الخطير أو التغطية التأمينية على السرطان المتبقية والتي ليس لها علاقة ببند الدفع الجزئي سارية وتستمر الوثيقة دون تغيير على أي مزايا إضافية لكلا المؤمن لهما على الحياة، طالما كانت قيمة الوثيقة أكبر من الصفر.

فيما يتعلق بمطالبة دفع جزئي سوف نقوم بأي مما يلي:

- تمويل المطالبة بالكامل من قيمة الوثيقة إذا كانت قيمة الوثيقة أكبر من مبلغ تأمين التغطية التأمينية على الحياة قبل المطالبة؛ أو
- دفع المطالبة دون أي اقتطاع من قيمة الوثيقة إذا كانت قيمة الوثيقة أقل من الفرق بين مبلغ التأمين الخاص بالتغطية التأمينية على الحياة قبل المطالبة ومبلغ المطالبة؛ أو

4 وثائق التأمين المشترك على الحياة بوفاة الأخير
يستحق دفع مطالبة واحدة فقط بالتغطية التأمينية على ركوب
الطائرات عند وفاة المؤمن له على الحياة الأخير في حادث طائرة
يفي بتعريف المطالبة. تنتهي الوثيقة عند دفع مطالبة بالتغطية
التأمينية على ركوب الطائرات

4 وثائق التأمين المشترك على الحياة بوفاة الأخير
لا تتوفر هذه المزية لوثائق التأمين المشترك على الحياة بوفاة
الأخير

5. مزية المرض الخطير أو التغطية التأمينية على السرطان
تبين الأحكام التالية تأثير مطالبة بمزية المرض الخطير أو التغطية
التأمينية على السرطان على الوثيقة الخاصة بك

3. مزية الوفاة العرضية
تبين الأحكام التالية تأثير مطالبة بمزية وفاة عرضية على الوثيقة
الخاصة بك.

1 وثائق التأمين الفردية على الحياة

(أ) مطالبات الدفع الجزئي

يستحق دفع مطالبة واحدة عن بند الدفع الجزئي.

يتم تخفيض مبلغ تأمين مزية المرض الخطير/التغطية التأمينية
على السرطان بمبلغ المطالبة.

إذا تم تخفيض التغطية التأمينية على الحياة لأقل من الحد الأقصى
لمبلغ التغطية التأمينية لركوب الطائرات المسموح به على الوثيقة،
يتم تخفيض مبلغ تأمين التغطية التأمينية على ركوب الطائرات
أيضا ليطابق مبلغ التأمين المخفض الخاص بالتغطية التأمينية على
الحياة. تبقى جميع بنود مزية المرض الخطير أو التغطية التأمينية
على السرطان المتبقية والتي ليس لها علاقة ببند الدفع الجزئي
سارية وتستمر الوثيقة دون تغيير على أي مزايا إضافية، طالما
كانت قيمة الوثيقة أكبر من الصفر.

فيما يتعلق بمطالبة دفع جزئي سوف نقوم بأي مما يلي:

- تمويل المطالبة بالكامل من قيمة الوثيقة إذا كانت قيمة
الوثيقة أكبر من مبلغ تأمين التغطية التأمينية على الحياة قبل
المطالبة؛ أو
- دفع المطالبة دون أي اقتطاع من قيمة الوثيقة إذا كانت قيمة
الوثيقة أقل من الفرق بين مبلغ التأمين الخاص بالتغطية
التأمينية على الحياة قبل المطالبة ومبلغ المطالبة؛ أو
- تمويل المطالبة جزئيا من قيمة الوثيقة بالمبلغ الذي تتجاوز به
قيمة الوثيقة التغطية التأمينية على الحياة بعد المطالبة.

(ب) المطالبة بكامل مبلغ تأمين مزية المرض الخطير/التغطية
التأمينية على السرطان

يستحق دفع مطالبة واحدة من هذا النوع. تنتهي مزية المرض
الخطير/التغطية التأمينية على السرطان عند دفع المطالبة.

إذا كان مبلغ التأمين الخاص بالتغطية التأمينية على الحياة أكبر من
مبلغ المطالبة، يتم تخفيض مبلغ تأمين التغطية التأمينية على الحياة
بمبلغ المطالبة.

إذا كانت التغطية التأمينية على الحياة المخفضة أقل من الحد
الأقصى لمبلغ التغطية التأمينية لركوب الطائرات المسموح به
على الوثيقة، يتم تخفيض مبلغ تأمين التغطية التأمينية على ركوب
الطائرات أيضا ليطابق مبلغ التأمين المخفض الخاص بالتغطية
التأمينية على الحياة.

تستمر الوثيقة دون تغيير على أي مزايا إضافية، طالما كانت قيمة
الوثيقة أكبر من الصفر.

فيما يتعلق بمطالبة بكامل مبلغ تأمين مزية المرض الخطير/
التغطية التأمينية على السرطان، إذا كانت التغطية التأمينية على
الحياة أكبر من مبلغ المطالبة، سنقوم بأي مما يلي:

1 وثائق التأمين الفردية على الحياة:

تنتهي الوثيقة في حالة مطالبة بمزية وفاة عرضية

2 وثائق التأمين المشترك على الحياة بوفاة الأول

تنتهي الوثيقة لكلا المؤمن لهما على الحياة في حالة أول مطالبة
بمزية الوفاة العرضية.

3 وثائق التأمين المشترك على الحياة بوفاة الاثنتين

يستحق دفع مزية الوفاة العرضية بشكل منفصل لكل مؤمن له على
الحياة.

في حالة وفاة المؤمن له على الحياة الأول بوسائل عرضية، تستمر
الوثيقة للمؤمن له على الحياة المتبقي دون تغيير على مبالغ تأمين
المزايا الخاصة بهما

تنتهي الوثيقة في حالة وفاة المؤمن له على الحياة الثاني بوسائل
عرضية.

4 وثائق التأمين المشترك على الحياة بوفاة الأخير

لا تتوفر هذه المزية لوثائق التأمين المشترك على الحياة بوفاة
الأخير

4. مزية دخل الأسرة أو مزية الدخل لمدة ثابتة

تبين الأحكام التالية تأثير مطالبة بمزية دخل الأسرة/مزية الدخل لمدة
ثابتة على الوثيقة الخاصة بك

1 وثائق التأمين الفردية على الحياة:

تنتهي الوثيقة في حالة وفاة المؤمن له على الحياة. على الرغم من
انتهاء الوثيقة سوف نستمر في دفع مبلغ التأمين الخاص بالمزية
عن مدة المزية المتبقية.

2 وثائق التأمين المشترك على الحياة بوفاة الأول

تنتهي الوثيقة في حالة وفاة واحد من المؤمن لهما على الحياة
لكلا المؤمن لهما على الحياة. على الرغم من انتهاء الوثيقة سوف
نستمر في دفع مبلغ تأمين المزية عن مدة المزية المتبقية

3 وثائق التأمين المشترك على الحياة بوفاة الاثنتين

إذا اختار كلا المؤمن لهما على الحياة هذه المزية، يستحق دفع
المطالبات بشكل منفصل عند وفاة كل مؤمن له على الحياة.

في حالة وفاة المؤمن له على الحياة الأول، تستمر الوثيقة للمؤمن
له على الحياة المتبقي دون تغيير على مبالغ تأمين المزايا الخاصة
بهما

تنتهي الوثيقة في حالة وفاة المؤمن له على الحياة الثاني، وعلى
الرغم من انتهاء الوثيقة سوف نستمر في دفع مبلغ تأمين المزية
عن مدة المزية المتبقية

51. الملحق (ج) – تأثير المطالبات على الوثيقة

- تمويل المطالبة جزئياً باستخدام كامل قيمة الوثيقة التي تعود للمؤمن له على الحياة الذي يقدم المطالبة إذا تجاوز مبلغ المطالبة قيمة الوثيقة التي تعود لذلك المؤمن له على الحياة.

طالما كانت قيمة الوثيقة أكبر من الصفر، يمكن أن تستمر الوثيقة للمؤمن له على الحياة الذي يقدم المطالبة ولكن دون التغطية التأمينية على الحياة أو مزية المرض المؤدي للوفاة أو التغطية التأمينية على ركوب الطائرات أو مزية المرض الخطير أو التغطية التأمينية على السرطان، ويمكن أن تستمر الوثيقة للمؤمن له على الحياة الآخر دون تغيير على مبالغ التأمين الخاصة بالمزايا التي قام باختيارها.

فيما يتعلق بمطالبة بمزية المرض المؤدي للوفاة بواسطة المؤمن له على الحياة الثاني، سوف نقوم بأي مما يلي:

- تمويل المطالبة بالكامل من قيمة الوثيقة التي تعود للمؤمن له على الحياة الذي يقدم المطالبة، إذا تجاوزت قيمة الوثيقة التي تعود لذلك المؤمن له على الحياة مبلغ المطالبة؛ أو

- تمويل المطالبة جزئياً باستخدام كامل قيمة الوثيقة التي تعود للمؤمن له على الحياة الذي يقدم المطالبة إذا تجاوز مبلغ المطالبة قيمة الوثيقة التي تعود لذلك المؤمن له على الحياة.

يمكن أن تستمر الوثيقة للمؤمن له على الحياة الذي يقدم المطالبة ولكن دون التغطية التأمينية على الحياة أو مزية المرض المؤدي للوفاة أو التغطية التأمينية على ركوب الطائرات أو مزية المرض الخطير أو التغطية التأمينية على السرطان طالما كانت قيمة الوثيقة أكبر من الصفر

4 وثائق التأمين المشترك على الحياة بوفاة الأخير

يستحق دفع مطالبة تغطية تأمينية على الحياة واحدة فقط عند وفاة المؤمن له على الحياة الأخير. تنتهي الوثيقة عند دفع المطالبة. لا يسمح بمطالبات بمزية المرض المؤدي للوفاة في وثائق التأمين المشترك على الحياة بوفاة الأخير.

2. التغطية التأمينية على ركوب الطائرات

تبين الأحكام التالية تأثير مطالبة بالتغطية التأمينية على ركوب الطائرات على الوثيقة الخاصة بك.

1 وثائق التأمين الفردية على الحياة:

تنتهي الوثيقة في حالة مطالبة بالتغطية التأمينية على ركوب الطائرات.

2 وثائق التأمين المشترك على الحياة بوفاة الأول

تنتهي الوثيقة في حالة أول مطالبة بالتغطية التأمينية على ركوب الطائرات

3 وثائق التأمين المشترك على الحياة بوفاة الاثنین

يستحق دفع التغطية التأمينية على ركوب الطائرات بشكل منفصل لكل مؤمن له على الحياة.

في حالة وفاة المؤمن له على الحياة الأول تستمر الوثيقة بالنسبة للمؤمن له على الحياة المتبقي دون تغيير على مبلغ التأمين الخاص بالمزايا التي اختارها.

تنتهي الوثيقة في حالة وفاة المؤمن له على الحياة الثاني

1.

التغطية التأمينية على الحياة والمرض المؤدي للوفاة

تبين الأحكام التالية تأثير مطالبة بالتغطية التأمينية على الحياة و/أو مطالبة بمزية المرض المؤدي للوفاة على الوثيقة الخاصة بك.

1 وثائق التأمين الفردية على الحياة

تنتهي الوثيقة في حالة وفاة المؤمن له على الحياة.

فيما يتعلق بمطالبات المرض المؤدي للوفاة سوف نقوم بأي مما يلي:

- تمويل المطالبة بالكامل من قيمة الوثيقة إذا تجاوزت قيمة الوثيقة مبلغ المطالبة؛ أو

- تمويل المطالبة جزئياً باستخدام كامل قيمة الوثيقة الخاصة بك إذا تجاوز مبلغ المطالبة قيمة الوثيقة.

يمكن أن تستمر الوثيقة ولكن دون التغطية التأمينية على الحياة أو التغطية التأمينية على ركوب الطائرات أو مزية المرض الخطير أو التغطية التأمينية على السرطان طالما كانت قيمة الوثيقة أكبر من الصفر.

2 وثائق التأمين المشترك على الحياة بوفاة الأول

تنتهي الوثيقة في حالة وفاة أحد المؤمن لهما على الحياة.

فيما يتعلق بمطالبات المرض المؤدي للوفاة سوف نقوم بأي مما يلي:

- تمويل المطالبة بالكامل من قيمة الوثيقة إذا تجاوزت قيمة الوثيقة مبلغ المطالبة؛ أو

- تمويل المطالبة جزئياً باستخدام كامل قيمة الوثيقة الخاصة بك إذا تجاوز مبلغ المطالبة قيمة الوثيقة.

يمكن أن تستمر الوثيقة ولكن دون التغطية التأمينية على الحياة أو مزية المرض المؤدي للوفاة أو التغطية التأمينية على ركوب الطائرات أو مزية المرض الخطير أو التغطية التأمينية على السرطان لكلا المؤمن لهما على الحياة طالما كانت قيمة الوثيقة أكبر من الصفر.

3 وثائق التأمين المشترك على الحياة بوفاة الاثنین

يستحق دفع التغطية التأمينية على الحياة بشكل منفصل لكل مؤمن له على الحياة.

في حالة وفاة المؤمن له على الحياة الأول سوف تجري اقتطاعاً من قيمة الوثيقة يساوي الجزء من قيمة الوثيقة الذي يعود لذلك المؤمن له على الحياة المتوفي بمبلغ لا يتجاوز مبلغ المطالبة تستمر الوثيقة فيما يتعلق بالمؤمن له على الحياة المتبقي على قيد الحياة دون تغيير على مبلغ التأمين الخاص بالمزايا التي اختارها. تنتهي الوثيقة في حالة وفاة المؤمن له على الحياة الثاني.

يستحق دفع مطالبة بمزية المرض المؤدي للوفاة بشكل منفصل لكل مؤمن له على الحياة.

فيما يتعلق بمطالبة بمزية المرض المؤدي للوفاة بواسطة المؤمن له على الحياة الأول، سوف نقوم بأي مما يلي:

- تمويل المطالبة بالكامل من قيمة الوثيقة التي تعود للمؤمن له على الحياة الذي يقدم المطالبة، إذا تجاوزت قيمة الوثيقة التي تعود لذلك المؤمن له على الحياة مبلغ المطالبة؛ أو

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

- جميع حالات السرطان التي تصنفها فحوصات الأنسجة على أنها واحدة من الحالات الآتية:
 - ورم محتمل الخباثة،
 - ورم غير منتشر؛
 - سرطان كامن؛
 - وجود خباثة حدية؛ أو
 - وجود احتمال منخفض للإصابة بورم خبيث.
- جميع حالات أورام البروستاتا ما عدا ما تصنفها فحوصات الأنسجة على أنها ذات درجة جليسون أكبر من 7 أو التي تطورت حسب تصنيف TNM السريري لأورام الخبيثة لتصل إلى T2bN0M0 على الأقل.
- حالات ابيضاض الدم الليمفاوي المزمن ما عدا ما تصنفها فحوصات الأنسجة على أنها تطورت إلى المرحلة A على الأقل في نظام بينيت.
- أي حالة من حالات سرطان الجلد (بما في ذلك الأورام الليمفاوية الجلدية) بخلاف ورم ميلانيني الخبيث التي أشارت فحوصات الأنسجة إلى أنها اخترقت البشرة (الطبقة الخارجية للجلد).
- جميع أورام الغدة الدرقية الحليمية ما لم تتطور إلى حجم الورم T2 على الأقل أو تصنف من الناحية النسيجية على أنها تسبب في غزو العقد اللمفية أو انتشارها إلى أعضاء بعيدة

(3) السرطان القنوي الموضعي في الثدي – مع علاج خاص (الدفعات الجزئية)

سوف ندفع 12.5% من مبلغ تأمين المرض الخطير المبين في جدول الوثيقة (أو أي ملحق تغيير لاحق) أو 20,000 دولار أمريكي (أو ما يعادله بعملة أخرى نحددها)، أيهما أقل، في حالة تشخيص إصابة المؤمن له على الحياة بسرطان قنوي موضعي تم تأكيده عن طريق فحوصات الأنسجة ويتطلب استئصال الثدي بالكامل أو استئصال جزء منه أو استئصال الكتلة الورمية. يجب تأكيد الحاجة لمثل هذا الإجراء من قبل أخصائي أورام أو جراح ثدي.

تدفع هذه المزية مرة واحدة فقط من الوثيقة وسيتم بعد الدفع تخفيض مبلغ تأمين مزية المرض الخطير والتغطية التأمينية على الحياة بمقدار المبلغ المدفوع لكل المؤمن لهم على الحياة.

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

- السرطان القنوي الموضعي في الثدي الذي تتم معالجته بوسائل أخرى.
- السرطان المفصص في موضع الثدي.

(4) التغطية التأمينية على السرطان للأطفال

يتم أيضا شمل أطفالك بالتغطية التأمينية للحالات المدرجة المقابلة دون تكلفة إضافية

تتطبق التغطية التأمينية على السرطان للأطفال من تاريخ بلوغ كل طفل عمر السنة وتنتهي في اليوم الذي يسبق بلوغه عمر الـ 19 سنة، طالما كانت الوثيقة سارية.

في حالة مطالبة سوف ندفع الأقل من بين:

- نسبة 10% من مبلغ تأمين التغطية التأمينية على السرطان الحالي (في تاريخ المطالبة)؛ أو
- مبلغ 15,000 دولار أمريكي (أو ما يعادله بالعملة الأخرى)

لوثائق التأمين المشترك على الحياة حيث يختلف مبلغ تأمين التغطية التأمينية على السرطان لكل مؤمن له على الحياة سوف نحسب المطالبة على أعلى مبلغ

سوف ندفع مطالبة واحدة فقط لكل طفل وتقتصر التغطية التأمينية على ثلاثة مطالبات كحد أقصى بموجب هذا البند. في وقت المطالبة سنضع في اعتبارنا جميع وثائق التأمين الخاصة بك من زيورخ التي تقدم هذه المزية وسوف ندفع مطالبة واحدة لكل طفل

الحالات المشمولة بموجب التغطية التأمينية للسرطان للأطفال هي كما يلي وتحمل نفس تعريفات التغطية التأمينية للسرطان للأطفال ما لم يتم تحديدها أدناه:

- الورم الحميد في المخ – المسبب لأعراض دائمة
- السرطان – باستثناء الحالات الأقل تطورًا

تخفيض أو تستند جميع مطالبات التغطية التأمينية على السرطان باستثناء التغطية التأمينية على السرطان للأطفال مبلغ تأمين التغطية التأمينية على الحياة. قد يستند مبلغ التغطية التأمينية على ركوب الطائرات أيضا أو يخفض ليطابق أي تخفيض في التغطية التأمينية على الحياة.

يحق لنا إذا لم تنتهي الوثيقة نتيجة لمطالبة خاصة بالتغطية التأمينية على السرطان أن نقتطع مبلغا من قيمة الوثيقة كمساهمة في دفع المطالبة.

34) 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.

35) إصابة الدماغ الرضية – مع أعراض دائمة

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

36) المرض الخطير للأطفال

يتم أيضا شمل أطفالك بالتغطية التأمينية للحالات المدرجة المقابلة دون تكلفة إضافية.

تنطبق مزية المرض الخطير للأطفال من تاريخ بلوغ كل طفل عمر السنة وتستمر حتى بلوغه عمر الـ 19 سنة، طالما كانت الوثيقة سارية

في حالة مطالبة سوف ندفع الأقل من بين:

- نسبة 10% من مبلغ تأمين مزية المرض الخطير الحالية؛ أو
- مبلغ 15,000 دولار أمريكي (أو ما يعادله بالعملة الأخرى)

لوثائق التأمين المشترك على الحياة حيث يختلف مبلغ تأمين مزية المرض الخطير لكل مؤمن له على الحياة سوف نحتسب مزية المرض الخطير للأطفال على أعلى مبلغ

سوف ندفع مطالبة واحدة فقط لكل طفل وتقتصر التغطية التأمينية على ثلاثة مطالبات كحد أقصى بموجب هذا البند. في وقت المطالبة سنضع في اعتبارنا جميع وثائق التأمين الخاصة بك من زيورخ التي تقدم هذه المزية وسوف ندفع مطالبة واحدة لكل طفل

الحالات المشمولة بموجب مزية المرض الخطير للأطفال هي كما يلي وتحمل نفس تعريفات مزية المرض الخطير ما لم يتم تحديدها أدناه:

- الإصابة بمرض فقدان المناعة المكتسبة في دولة محددة عن طريق الدم أو نقل مشتقات الدم
- جراحات الشريان الأورطي – بسبب مرض
- فقر الدم اللاتنسجي – المتسبب في أعراض الدائمة
- التهاب السحايا الجرثومي – المتسبب في أعراض الدائمة
- الورم الحميد في المخ – المسبب لأعراض دائمة
- السرطان – باستثناء الحالات الأقل تطوراً

- ترقيع الشريان التاجي – مصاحب بجراحة لفصل عظم القص (تتوفر دفعة للدفع للجراحة بعد وضعه في قائمة انتظار في دولة محددة)

- مرض كروتزفيلد-جاكوب – الذي يتطلب عناية دائمة
- النوبات القلبية – ذات الخطورة المحددة
- تغيير صمام القلب وإصلاحه - عن طريق جراحة لفصل عظم القص
- الفشل الكلوي – الذي يتطلب غسيل الكلى
- فشل الكبد – في المرحلة النهائية؛
- زراعة عضو رئيسي
- مرض العصبون الحركي – المتسبب في أعراض دائمة
- التصلب المتعدد – المصاحب بأعراض مزمنة
- شلل الأطراف – كلي ودائم ولا يرجى علاجه
- ارتفاع ضغط الشريان الرئوي الأولي – المتسبب في أعراض دائمة
- السكتة الدماغية – ذات الأعراض الدائمة
- المرض المؤدي للوفاة – حسب تعريفه في البند 2.9 "مزية المرض المؤدي للوفاة"

ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية

- التشوهات والعيوب الخلقية والحالات التي تظهر قبل بلوغه عمر السنة الواحدة، أو قبل تاريخ التبني

50. الملحق (ب)

يعني السرطان أي مما يلي

1) 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

2) السرطان – باستثناء الحالات الأقل تطوراً

تشخيص الإصابة بورم خبيث تم تأكيده عن طريق فحوصات الأنسجة حينما يتسم المرض بنمو خارج عن السيطرة للخلايا السرطانية وغزو الأنسجة.

ويدخل ضمن مصطلح الورم الخبيث حالات اللوكيميا والساركومة والورم الليمفاوي باستثناء الورم الليمفاوي الجلدي (الورم الليمفاوي الذي يصيب الجلد فقط).

26) 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).

27) 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.

28) 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.

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

• عيوب القلب الهيكلية الخلقية

29) شلل الأطراف – كلي ودائم ولا يرجى علاجه

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

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

• فقدان الوظيفة الناتج عن اضطراب عقلي أو نفسي.

30) 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.

31) 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:

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

32) 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.

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

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

33) 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 بوظيفة الكلية حيث تقل سرعة الترشيح الكبيبي عن 30 مل/دقيقة/م² 1.73. أو 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.

1. الشلل

2. الضعف الموضعي

3. الرثة (صعوبة الكلام)

4. الحبسة (عدم القدرة على الكلام)

5. عسر البلع (صعوبة في البلع)

6. صعوبة المشي، عدم تناسق الخطوات

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

8. غيبوبة دائمة

لأعراض التعريف أعلاه، ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية:

- لن تقبل النوبات، الصداع، الإجهاد، الخمول أو أي أعراض ترجع لسبب عقلي أو نفسي كدليل على وجود خلل دائم بالجهاز العصبي.
- كافة الأشكال الأخرى من الذئبة الحمراء الجهازية.

18) 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.

• لأعراض هذا البند، تم تعريف الدرجة الثالثة حسب تصنيف جمعية القلب في نيويورك على أنها:

"قصور ملحوظ من حيث الأنشطة البدنية أقل من النشاط العادي للشخص المشمول بالتغطية بسبب التعب، والخفقان، وضيق في التنفس أو ألم في الصدر. ويكون الشخص المشمول بالتغطية مرتاحاً فقط في وضع الراحة من المجهود."

19) 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.

20) عدوى فيروس نقص المناعة المكتسبة - التي يصاب بها المرء في دولة محددة عن طريق نقل الدم أو الاعتداء الجسدي أو العمل في وظيفة مؤهلة

عدوى فيروس نقص المناعة المكتسبة ناجمة عما يلي:

• نقل الدم كجزء من المعالجة الطبية؛

• الاعتداء الجسدي؛

• وقوع حادث أثناء أداء المهام الوظيفية للمهن المؤهلة المدرجة أدناه بعد تاريخ بدء المخاطرة المفترض شريطة أن يستوفي ذلك كل ما يلي:

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

2. حيثما تكون الإصابة بعدوى فيروس نقص المناعة

المكتسبة عن طريق الاعتداء الجسدي أو عن طريق حادث أثناء القيام بواجبات العمل الاعتيادية، يجب تدعيم الحادث باختبار سالب للأجسام المضادة لفيروس نقص المناعة المكتسبة في غضون 10 أيام من وقوع الحادث؛

3. يجب إجراء اختبار آخر لفيروس نقص المناعة المكتسبة في غضون 21 شهراً للتأكد من وجود فيروس نقص المناعة المكتسبة أو الأجسام المضادة؛

4. يجب أن يكون الحادث المسبب للإصابة قد وقع في دولة محددة.

الوظائف المؤهلة هي:

• عضو في المهن الطبية أو طب الأسنان.

• ضابط شرطة أو سجون أو مطافي؛

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

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.

21) 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.

22) 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 أحد:

• 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.

23) فقدان 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.

24) 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.

25) زراعة عضو رئيسي

الخضوع لعملية زرع لاستبدال عضو مريض أو تالف، بما في ذلك نخاع العظام البشري باستخدام زرع خلايا الدم الجذعية المسبوبة 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 محددة، بغرض 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.

11) 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.

12) الخرف (بما في ذلك داء الزهايمر) قبل سن 56 – المتسبب في أعراض دائمة.

تشخيص قاطع لداء الخرف أو الزهايمر قبل سن الـ 56 سنة 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 الآخرين.

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

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

13) السرطان القنوي الموضعي في الثدي – مع علاج خاص (الدفعات الجزئية)

سوف تدفع 12.50% من مبلغ تأمين المرض الخطير المبين في جدول الوثيقة (أو أي ملحق تغيير لاحق) أو 20,000 دولار أمريكي (أو ما يعادله بعملة أخرى نحددها)، أيهما أقل، في حالة تشخيص إصابة المؤمن له على الحياة بسرطان قنوي موضعي تم تأكيده عن طريق فحوصات الأنسجة ويتطلب استئصال الثدي بالكامل أو استئصال جزء منه أو استئصال الكتلة الورمية. يجب تأكيد الحاجة لمثل هذا الإجراء من قبل أخصائي أورام أو جراح ثدي.

تدفع هذه المزية مرة واحدة فقط من الوثيقة وسيتم بعد الدفع تخفيض مبلغ تأمين مزية المرض الخطير والتغطية التأمينية على الحياة بمقدار المبلغ المدفوع لجميع المؤمن لهم على الحياة.

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

- السرطان القنوي الموضعي في الثدي الذي تتم معالجته بوسائل أخرى

- السرطان المفصص في موضع الثدي

14) التهاب الدماغ

تشخيص قاطع بالإصابة 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 والنخاع المؤلم للعصل

15) الفشل الكبدي – المرحلة النهائية

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

- البرقان 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.

16) أمراض الجهاز التنفسي – المرحلة النهائية/توقف التنفس – ذات الخطورة المحددة

تأكيد طبيب استشاري الإصابة بمرض حاد في الرئة يثبتته كل 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؛
- ضيق النفس في وضع الراحة.

17) 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:

- صعود خواص إنزيمات القلب أو التروبونين
- تغيرات جديدة مميزة في مخطط القلب الكهربائي، ويجب أن يظهر الدليل الاحتشاء الحاد لعضلة القلب بشكل قطعي.

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

- المتلازمات التاجية الحادة الأخرى؛
- الذبحة الصدرية دون احتشاء عضلة القلب؛
- عملية قسطرة .

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 والسرطان 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 السرطان التي تصنفها فحوصات الأنسجة على أنها واحدة من الحالات الآتية:
 - ورم محتمل الخباثة،
 - ورم غير منتشر؛
 - سرطان كامن؛
 - وجود خباثة حدية؛ أو
 - وجود احتمال منخفض للإصابة بورم خبيث.

- جميع حالات أورام البروستاتا ما عدا ما تصنفها فحوصات الأنسجة على أنها ذات درجة جليسون أكبر من 7 أو التي تطورت حسب تصنيف TNM السريري للأورام الخبيثة لتصل إلى T2bN0M0 على الأقل.

- حالات ابيضاض الدم الليمفاوي المزمن ما عدا ما تصنفها فحوصات الأنسجة على أنها تطورت إلى المرحلة A على الأقل في نظام بينيت.

- أي حالة من حالات سرطان الجلد (بما في ذلك الأورام الليمفاوية الجلدية) بخلاف ورم ميلانيني الخبيث التي أشارت فحوصات الأنسجة إلى أنها اخترقت البشرة (الطبقة الخارجية للجلد).

- جميع أورام الغدة الدرقية الحليمية ما لم تتطور إلى حجم الورم T2 على الأقل أو تصنف من الناحية النسيجية على أنها تسبب في غزو العقد اللمفية أو انتشارها إلى أعضاء بعيدة

7) اعتلال عضلة القلب

تشخيص مؤكد 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.

لأغراض 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، وبحة في الصوت أو ألم نحي، 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 بجراحة لفصل عظم القص

الخضوع لجراحة تتطلب شق بطول عظم القص (عملية جراحية لفصل عظم القص) بناء على استشارة استشاري أمراض القلب لتصحيح ضيق أو انسداد شريان تاجي أو أكثر بالترقيع.

وبالنسبة لعملية الشريان التاجي فقط، إذا كنت مدرجاً بقائمة الانتظار الرسمية في دولة محددة فقط لجراحة ترقيع الشريان التاجي فيمكن دفع ما يصل إلى 20% من مبلغ تأمين المرض الخطير مقدماً للتمكين من إجراء مثل هذا النوع من العمليات الجراحية.

إذا كنت مدرجاً في قائمة انتظار رسمية في الهند فقط لجراحة ترقيع الشريان التاجي، يمكن دفع الأقل من بين نسبة 20% من مبلغ تأمين المرض الخطير أو 15,000 دولار أمريكي (أو ما يعادله بالعملة الأخرى التي نحددتها) مقدماً للتمكين من إجراء الجراحة.

10) مرض كروتزفلد-جاكوب – الذي يتطلب عناية دائمة

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

47. 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 84. تتوفر تفاصيل إجراءات التعامل مع الشكاوى في موقعنا الإلكتروني www.zurich.ae/en/contact-us. إذا لم تكن راضياً 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: 971 2 499 0111

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 تحديداً للأفراد. تفاصيل الاتصال بأمين المظالم هي كما يلي

برنامج أمين المظالم للخدمات المالية

مكتب أيل أوف مان للتجارة الحرة

ثي سلبو واهليان

فوكسدیل روود،

سانت جون

آیل أوف مان

آي إم 3 آيه إس

هاتف: +44 1624 686500

البريد الإلكتروني: ombudsman@omft.gov.im

الموقع الإلكتروني: www.gov.im/oft

48. 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 متاحين من الأحد إلى الخميس بين الساعة 8 صباحاً وحتى الساعة 5 مساءً

البريد الإلكتروني: helppoint.uae@zurich.com أو

benefit.claims@zurich.com للمطالبات الخاصة بالمزايا

كتابيا إلى:

زيورخ انترناشيونال لايف

زيورخ هيلب بوينت

ص.ب. 50389

الوحدة 601

الطابق 6

المبنى 6،

ساحة إعمار،

دبي،

الإمارات العربية المتحدة

الموقع الإلكتروني: www.zurich.ae

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

49. الملحق (أ) – المرض الخطير

يعني المرض الخطير أي واحد 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 بقرعة.

ويدخل ضمن تعريف مصطلح الشريان الأورطي الأورطي البطيني 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 دائمة.

هو التشخيص القاطع بوجود مرض التهاب السحايا الجرثومي المتسبب في عجز عصبي دائم مصاحب أعراض سريرية مزمنة أو عجز جسدي

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

44. حق الإلغاء

يحق لك إلغاء الوثيقة الخاصة بك أو زيادة قسط تأمين منتظم أو قسط تأمين فردي إضافي والحصول على استرداد لأي أقساط تم دفعها بتقديم إخطار كتابي لنا باستخدام العنوان الوارد في البند 48.

تتم معالجة الإلغاء على النحو المبين أدناه:

- يجب توقيع إخطار إلغاء الوثيقة بواسطة جميع مالكي الوثيقة وإعادته إلينا خلال 30 يوما من يوم استلامك لمستندات الوثيقة الخاصة بك.
 - إذا كان مالكي الوثيقة في عناوين منفصلة، يتم إصدار إخطار الإلغاء لعنوان مالك الوثيقة الأول فقط.
 - يمكنك إلغاء الوثيقة الخاصة بك قبل استلام مستندات الوثيقة الخاصة بك بالتواصل معنا أو مع المتخصص المالي المعني الخاص بك.
 - إذا تم دفع أقساط التأمين المنتظمة في الوثيقة، ومارس مالك الوثيقة حقه في الإلغاء، سوف نرد أقساط التأمين المنتظمة التي تم دفعها.
 - إذا تم دفع قسط تأمين فردي في الوثيقة وقرر مالك الوثيقة الإلغاء، وكان هنالك انخفاض في قيمة الوثيقة عند استلامنا لطلب الإلغاء، يتم اقتطاع هذا المبلغ من المبلغ الذي سيتم رده.
- قد نحتاج لوقت إضافي لدفع قيمة الإلغاء حيث يجب اكتمال جميع التداولات في الصندوق.

45. حماية البيانات والإفصاح عن المعلومات

إشعار الخصوصية

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

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

المعلومات الشخصية التي نستخدمها

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

ما نفعله بالمعلومات الشخصية

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

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

مشاركة المعلومات الشخصية

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

- زيوريخ 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 تتقنون المعلومات الشخصية لدول أخرى؟

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

ما هو طول مدة احتفاظكم بالمعلومات الشخصية؟

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

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 الآلية
- سحب الموافقة في أي وقت حيث تستند المعالجة على موافقة.

إذا كان لديك سبب للشكوى فيما يتعلق بمعالجتنا للمعلومات الشخصية، يمكنك التواصل مع مفوض المعلومات في أيل أوف مان.

جهة الاتصال بخصوص حماية البيانات

الاتصال بخدمة العملاء لدى زيوريخ انترناشيونال لايف على الرقم +44 (0) 1624 691111

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

الكتابة إلى مسؤول حماية البيانات لدينا إلى العنوان زيوريخ انترناشيونال لايف ليمتد، زيوريخ هاوس، أيل أوف مان، مجمع الأعمال، دوغلاس، أيل أوف مان أي إم 2 كيو زي.

46. إخلاء مسؤولية

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

• تعديل شروط وأحكام هذه الوثيقة دون موافقة مالك الوثيقة للائتمان بالالتزامات 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 بامتنال الحسابات الأجنبية للضريبة والقوانين واللوائح ذات الصلة بها، تحديد مالكي الوثيقة والأشخاص المتأثرين الآخرين من مواطني الولايات المتحدة الأمريكية والمقيمين في الولايات المتحدة الأمريكية وبعض الكيانات الأمريكية المحددة. الكيانات الأمريكية أو الكيانات المملوكة لأشخاص أمريكيين، والقيام دورياً بتقديم تقرير ببعض المعلومات لدائرة الإيرادات الداخلية للولايات المتحدة.

يمكن أن تنطبق التزاماتنا القانونية فيما يختص بأي شخص متأثر كان في السابق أو في الوقت الحالي أو سيكون في المستقبل مواطناً أو دافعاً 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 "لناية") أو عنوان السكن أو الهاتف أو تفاصيل الاتصال الأخرى أو تعليمات تحويل أموال دائمة أو تعيين محامي أو وكيل تعد بعض من العوامل الأخرى التي يمكن أن تتسبب في تطبيق الالتزامات القانونية.

يعد شرطاً من شروط هذه الوثيقة:

• أن يقيم مالك الوثيقة في العنوان المقدم لنا في نموذج طلب الوثيقة في تاريخ إصدار الوثيقة؛

• يجب على مالك الوثيقة تزويدنا بالمعلومات التي نطلبها فيما يتعلق بشخص متأثر بشكل كامل وصحيح وخلال الأطر الزمنية التي نحددها؛

• يجب على مالك الوثيقة إخطارنا قبل أن يصبح شخص متأثر مقيماً أو مواطناً في دولة أخرى وعند تعديل وضع الضرائب الخاص بهم.

• يحق لنا احتساب أي مبالغ محتجزة وأي تكاليف متصلة بها على مالك الوثيقة حسبما يكون مطلوباً للائتمان بأي التزام قانوني؛

• يحق لنا ولدينا سلطة اتخاذ (أو عدم اتخاذ) أي إجراء نراه ضرورياً للائتمان بجميع الالتزامات القانونية (وتعديلاتها من وقت لآخر) التي نرى أنها تؤثر على هذه الوثيقة؛

40. القوة القاهرة

لن تنشأ أي مسؤولية علينا إذا عجزنا عن الوفاء بالتزاماتنا بموجب الوثيقة الخاصة بك بسبب أي ظروف خارج نطاق سيطرتنا المعقولة والتي يمكن تفسيرها على أنها حدث قوة القاهرة .

ويشمل ذلك (ولكن دون تحديد) القضاء والقدر أو الحرب أو الطوارئ الوطنية أو الحرائق أو الفيضانات أو الزلازل أو الإضرابات أو الاضطرابات العمالية أو تغيير القانون أو اللوائح أو غيرها من الأحداث ذات الطبيعة المماثلة أو المختلفة.

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.

41. 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 الوثيقة هذه حسبما نراه مناسباً للوفاء بمتطلبات القانون أو اللائحة المتغيرة دون الحصول على إذنك؛ أو

• إنهاء الوثيقة بأثر فوري

سوف نقدم لك إخطاراً مسبقاً عندما يكون ذلك ممكناً بشكل معقول بالتغيرات في شروط الوثيقة هذه. إذا احتجنا لإنهاء الوثيقة الخاصة بك وفقاً لشروط الوثيقة هذه، سوف نرسل لك "إخطار إنهاء" وينتهي العقد وفقاً لإخطار الإنهاء ذلك.

42. 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.

43. صندوق تعويض مالكي الوثيقة في آيل أوف مان

تضمن لوائح التأمين على الحياة في آيل أوف مان لسنة 1991 (تعويض حاملي الوثيقة) أنه في حالة عدم قدرتنا على الوفاء بالتزاماتنا تجاه مالكي الوثيقة التابعين لنا، ومع مراعاة اللوائح، تدفع سلطة الخدمات المالية في آيل أوف مان لمالك الوثيقة مبلغ يساوي 90% من مبلغ التزامنا بموجب الوثيقة من صندوق تعويض حاملي الوثيقة.

يعمل صندوق تعويض حاملي الوثيقة عالمياً ويقدم حماية لمالكي الوثيقة بغض النظر عن مكان إقامتهم.

يتم إنشاء صندوق تعويض حاملي الوثيقة فقط إذا أصبحت شركة تأمين على الحياة في آيل أوف مان معسرة، ويتم تمويله من خلال فرض ضريبة على أصول شركات التأمين على الحياة في آيل أوف مان المتبقية. نتيجة لذلك، يحق لنا أن نقتطع مبلغ لا يتجاوز في مجمله نسبة 2% من قيمة الوثيقة من الوثيقة الخاصة بك في وقت الاقتطاع لكي تتمكن من تمويل مساهمتنا في صندوق تعويض حاملي الوثيقة، إذا كان ذلك مطلوباً.

تتوفر معلومات إضافية في الموقع الإلكتروني لسلطة الخدمات المالية في آيل أوف مان

<https://www.iomfsa.im/regulatedsectors/life-insurance/Policyholderprotection/>

34. 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 ذي صلة 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 الوثيقة هذه. إذا حدث هذا، يمكننا اتخاذ أية خطوات مناسبة، بما في ذلك حق إلغاء الوثيقة الخاصة بك بأثر فوري.

35. قيود الدفع

نقوم بتنفيذ الدفعات بموجب الوثيقة الخاصة بك مثل التصفية الجزئية أو الكلية ومطالبات المزية لك أو للمستفيد. يمكن 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 يجري استثناء لهذا القيد بعد تقييمنا للحقائق والظروف.

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

36. مالك الوثيقة غير المتعاون والدفع المشروط

إذا اعتقدنا أن أحدث شهادة ذاتية أو تفاصيل الإقامة لأغراض الضريبة لم تعد موثوقة أو دقيقة، يجب عليك القيام فوراً بتقديم شهادة ذاتية جديدة وغيرها من المستندات الداعمة التي نطلبها.

يجوز لنا اتخاذ أي خطوات نراها ضرورية (بما في ذلك حق عدم إجراء أي دفعات حتى نستلم معلومات ومستندات وافية، أو إلغاء الوثيقة بأثر فوري)، إذا:

- اكتشفنا عدم قيامك أنت أو مستفيد بتقديم شهادة اعتماد ذاتي أو دليل أو معلومات طلبناها خلال الوقت الذي حددناه.
- اكتشفنا قيامك أنت أو مستفيد بتقديم شهادة ذات غير صحيحة أو غير مكتملة؛ أو
- اكتشفنا أن أي معلومات أخرى أو دليل تم تقديمه لنا لم يكن دقيقاً أو غير مكتمل.

في هذه الحالات قد نقدم أيضاً تقريراً للسلطة الضريبية أو السلطات الأخرى المناسبة.

37. 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 أنفاً 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.

38. العقوبات

تتطبق 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 أي 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.

39. الامتثال للقوانين واللوائح

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

- زيربوخ تم فرضها علينا بموجب قانون أو لائحة أجنبية أو محلية
- تنشأ عن اتفاقيات وتسجيلات تجريها مع وكالات حكومية محلية وتنظيمية وضريبية.

يمكن للالتزامات القانونية أن تؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر على مجموعة من الأفراد أو الكيانات ("الشخص المتأثر") بما في ذلك فرد أو كيان كان في الماضي أو في الوقت الحالي أو سيكون في المستقبل:

- المؤمن له على الحياة؛

- مالك الوثيقة؛

- مستفيد من الوثيقة

- له حق الوصول للقيمة النقدية للوثيقة أو تغيير مستفيد من الوثيقة
- يحق له استلام دفعة بموجب الوثيقة عند استحقاقها، أو كان له في أي وقت استحقاق مكتسب للدفع؛

- متصل أو مرتبط أو قادر على ممارسة سيطرة فعالة على أي مما ذكر أعلاه، والذي ليس فرداً (مثل شركة أو شراكة أو اتحاد أو أمين أو مكلف بتسوية أو مستفيد من ائتمان).

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

- تحديد والحصول على معلومات حول وضع شخص متأثر بموجب القانون الأجنبي والمحلي، 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؛

إضافة إلى الإجراءات المقررة بموجب هذه الشروط، قد يؤدي الإخفاق في تزويدنا بهذا الإخطار أو بكافة المعلومات التي نحتاجها إلى إضعاف حقوق مالك الوثيقة بموجب الوثيقة أو يؤدي، حسب تقديرنا المطلق، إلى قيامنا بإنهاء الوثيقة.

25. 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 ممتلك/ممتلكك بتزويدنا بجميع المعلومات المطلوبة من قبلنا والتي تمثل للوائح. يؤدي الإخفاق في تزويدنا بهذه المعلومات إلى تأخير أو حظر تخصيص أقساط التأمين أو معالجة عمليات التصفية أو دفع المطالبات.

26. السياق

حيث يسمح النص في كامل الوثيقة، الكلمات بالمفرد تشمل الجمع والمذكر يشمل المؤنث، والعكس بالعكس.

27. التعديلات على شروط الوثيقة هذه

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

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

28. الخطأ في تاريخ ميلاد المؤمن له على الحياة

إذا كان تاريخ ميلاد المؤمن له على الحياة الوارد في جدول الوثيقة غير صحيح وفقاً للمعلومات التي تم تقديمها عند تقديمك للوثيقة أو أي مستندات مدعمة أخرى، يحق لنا أن نجري تعديلاً على مبلغ أي مزية مستحقة الدفع أو قسط تأمين مفروض.

إذا لم تكن لنقدم شروطاً لمزية استناداً إلى العمر الصحيح، سوف نلغي المزية من الوثيقة منذ بدايتها ونعيد أي جزء من أقساط التأمين المدفوعة عن المزية دون أي فائدة.

إذا كنا سنقدم تغطية تأمينية لمزية وفقاً للعمر الصحيح، سوف نعدل إما مبلغ تأمين المزية أو قسط التأمين المفروض على العمر الصحيح من تاريخ بدء الوثيقة.

29. القانون والتفسير

تخضع الوثيقة وتفسر وفقاً لقوانين الإمارات العربية المتحدة، و ستخضع للاختصاص القضائي غير الحصري لأي سلطة قانونية مختصة في الإمارات العربية المتحدة فيما يتعلق بأي دعوى تنشأ عن الوثيقة.

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

لن تكون الوثيقة وشروط 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 للعامل 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 الوثيقة هذه، وقد لا نصبح قادرين على تقديم أي من المزايا بموجب الوثيقة.

في حالة وفاة مؤمن له على الحياة ذي صلة، ولم يكن هنالك مستفيد معين، قد نطلب (حسب تقديرنا المطلق) من منفذ/منفذي وإداري/إداريو شركة المؤمن له على الحياة التقديم للمحكمة لإثبات صحة الوصية في أي ولاية قضائية ذات صلة بما في ذلك أيل أوف مان.

30. الإخطارات المرسلة إلينا

لن نقبل أية تعليمات أو طلب أو إخطار فيما يختص بالوثيقة ما لم نستلمها منك بشكل كتابي أو أشكال اتصال أخرى مقبولة.

31. تبادل المعلومات لأغراض الامتثال الضريبي الدولي

بموجب القوانين واللوائح الخاصة بالتبادل الدولي للمعلومات لأغراض الضريبة، بما في ذلك قانون الولايات المتحدة الأمريكية الخاص بالامتثال الحسابات الأجنبية للضريبة (FATCA) والقوانين واللوائح ذات الصلة بها، يجب علينا تطبيق بعض الإجراءات لتحديد الإقامة/الإقامات لأغراض الضريبة لبعض الأشخاص ذوي الصلة بالوثيقة الخاصة بك (ذلك بخصوص المكان المسجلين فيه لأغراض الضريبة).

يجب عليك أنت وعلى أي شخص يحق له:

• استلام عائدات الوثيقة؛

• تغيير المستفيد؛ أو

• القيام بالإجراءات المتعلقة بالوثيقة الخاصة بك؛

أن يزودنا بشهادة ذاتية دقيقة فيما يتعلق مكان إقامته لأغراض الضريبة، وإذا انطبق، تقديم أي دليل أو معلومات نطلبها.

32. تقديم التقارير للسلطات الضريبية

يجب علينا بموجب القانون، أن نقوم بشكل دوري بتقديم تقرير ببعض المعلومات حول جميع مالكي الوثيقة (تشمل الأسماء والعناوين وتواريخ الميلاد والتفاصيل المالية ذات الصلة بالوثيقة الخاصة بك) للسلطات الضريبية ذات الصلة أو السلطات الأخرى التي بينها القانون.

33. 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 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 ذي صلة بالوثيقة الخاصة بك. قد تؤثر القوانين واللوائح المحلية في الولاية القضائية التي قد تنتقل إليها على قدرتنا على الاستمرار في إدارة الوثيقة وفقاً لشروط الوثيقة هذه. عليه، فإننا نحتفظ بكافة الحقوق لاتخاذ أية خطوات نعتبرها مناسبة، بما في ذلك حق إلغاء الوثيقة الخاصة بك باثر فوري.

• فعل جنائي يرتكبه:

– المؤمن له على الحياة؛ أو

– مالك الوثيقة أو أي مستفيد ضد المؤمن له على الحياة.

• الإدمان على أو سوء استخدام الكحول أو سوء استخدام العقاقير غير الموصوفة.

لن ندفع مطالبة إذا كان حدث المطالبة:

• لا يفي تماما بتعريف المزية في شروط الوثيقة هذه؛ أو

• حدث قبل تاريخ بدء المخاطرة؛ أو

• حدث قبل إضافة المزية للوثيقة؛ أو حدث قبل تاريخ الزيادة فيما يتعلق بزيادة مزية؛ أو

• حدث بعد انقضاء الوثيقة وقبل استعادتها؛ أو

• حدث قبل إكمال الفترة المؤهلة ذات الصلة بالمزية المطالب بها

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

20.4 استثناءات تنطبق على مزية العجز الكلي الدائم و/أو مزية الإعفاء من قسط التأمين

لن ندفع مزية عجز كلي دائم و/أو مزية إعفاء من قسط التأمين إذا كانت تعزو بشكل مباشر أو غير مباشر إلى:

• إصابة المؤمن له على الحياة بفيروس فقدان المناعة أو كان حاملا لأي أجسام مضادة لهذا الفيروس؛ أو

• الاضطرابات العقلية أو العصبية أو النفسية دون مرض في الدماغ يمكن إثباته.

20.5 استثناءات تنطبق على مزية الإقامة في المستشفى للعلاج

لن ندفع مطالبة بمزية إقامة في المستشفى للعلاج في حال:

• حدث المطالبة الذي ينتج عن المعالجة المثلية أو الأيورفيدا

• العلاج المزمن للإدمان على الكحول والمخدرات أو الحساسية أو الأمراض العصبية أو العقلية أو الأمراض التناسلية، أو الإصابة بفيروس فقدان المناعة أو حمل المؤمن له على الحياة لأي أجسام مضادة لهذا الفيروس أو علاجات النقاهاة أو الرعاية في مصحة أو فترة الحجر الصحي أو العزل؛

• الجراحة التجميلية ما لم تستدعيها إصابة عرضية تحدث في أو بعد تاريخ بدء المخاطرة المبين في جدول الوثيقة؛

• فحوصات وأشعة وخلق وحشو الأسنان أو العناية العامة بالأسنان؛

• التزويد أو تثبيت النظارات أو العدسات أو المعينات السمعية؛

• الحمل، بما في ذلك الولادة أو الإجهاض أو الإسقاط الناتج عنه؛

• العلاج الذي لم يوصى به طبيب أو جراح؛

• الفحوصات الطبية الاعتيادية أو الأخرى أو التطعيمات أو اللقاحات التي لا تكون مطلوبة لعلاج مرض أو إصابة؛

• إصابة أو مرض ناتج عن الانشطار النووي أو الاندماج النووي أو التلوث الإشعاعي؛

• المشاركة في أو التدريب على أي رياضة خطيرة أو منافسة أو ركوب أو الغوص في أي شكل من أشكال السباق أو المنافسة؛

• الطيران أو الطيران الشراعي أو أي شكل آخر من أشكال الرحلات الجوية بخلاف ما يكون كراكب بالأجرة في خطوط طيران معتمدة أو خدمة تأجير؛

20.6 استثناءات تنطبق على مزية الوفاة العرضية لن ندفع مطالبة بمزية وفاة عرضية في حالة:

• المشاركة في أو التدريب على أي رياضة خطيرة أو منافسة أو ركوب أو الغوص في أي شكل من أشكال السباق أو المنافسة؛

• الطيران أو الطيران الشراعي أو أي شكل آخر من أشكال الرحلات الجوية بخلاف ما يكون كراكب بالأجرة في خطوط طيران معتمدة أو خدمة تأجير.

21. متى تنتهي الوثيقة الخاصة بك

تنتهي الوثيقة الخاصة بك ولن يستحق دفع مزايا إضافية باستثناء ما ينص عليها صراحة في شروط الوثيقة هذه، عند حدوث الأول مما يلي:

• مطالبة في حالة وفاة المؤمن له على الحياة ذي الصلة بموجب أساس الوثيقة المطبق على الوثيقة الخاصة بك؛ أو

• عندما تقوم بتصفية الوثيقة الخاصة بك بالكامل؛ أو

• عند انقضاء الوثيقة الخاصة بك.

22. 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 الوثيقة هذه.

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

بخضع أي دفع لمستفيد لموافقنا.

23. التنازل عن الوثيقة الخاصة بك

إذا تم التنازل عن الوثيقة الخاصة بك (تم تحويلها بشكل قانوني) لمالك وثيقة جديد، يجب عليك منحنا إخطار كتابي مسبق بهذا التغيير في الوثيقة الخاصة بك. لن نعتزف بالتنازل حتى نستلم هذا الإخطار الكتابي.

يجب على كل مالك وثيقة جديد القيام فوراً بتزويدنا بشهادة اعتماد ذاتي دقيقة فيما يتعلق بالولاية/الولايات القضائية التي يقيم فيها مالك الوثيقة الجديد لأغراض الضريبة، وأن يقدم أي دليل مستندي آخر ومعلومات نطلبها.

إضافة إلى الإجراءات المقررة بموجب هذه الشروط، قد يؤدي الإخفاق في تزويدنا بهذا الإخطار الكتابي أو بكافة المعلومات التي نحتاجها إلى إضعاف حقوق مالك الوثيقة الجديد بموجب الوثيقة أو يؤدي، حسب تقديرنا المطلق، إلى قيامنا بإنهاء الوثيقة.

إذا قمت بالتنازل عن الوثيقة الخاصة بك فإن ذلك سيؤدي إلى إبطال أي تعيين قائم لمستفيد.

24. إضافة مالك وثيقة جديد

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

يجب على كل مالك وثيقة إضافي القيام فوراً بتزويدنا بشهادة اعتماد ذاتي دقيقة فيما يتعلق بالولاية/الولايات القضائية التي يقيم فيها مالك الوثيقة الإضافي لأغراض الضريبة، وأن يقدم أي دليل مستندي ومعلومات نطلبها.

17. قيمة الوثيقة

قد تكون الوثيقة قيمة وثيقة، والتي تستحق الدفع عند التصفية الكاملة للوثيقة.

سوف تتقلب قيمة الوثيقة مع مرور الوقت استنادا إلى أوضاع التأمين المستلمة واقتطاعات الوثيقة التي نجريها وأداء الصناديق التي اخترتها وأي سحبات جزئية و/أو دفعات حدث مطالب تم إجراؤها.

- سوف نرسل لك بيان تقييم كل عام في الذكرى السنوية للوثيقة الخاصة بك أو يمكنك التواصل معنا لتطلب تقييم في أي وقت باستخدام التفاصيل الواردة في البند 48.
- يمكنك أيضا الوصول للوثيقة الخاصة بك بالتسجيل في زيورخ انترناشيونال أونلاين على الموقع الإلكتروني <https://www.zurich.ae> باستخدام رقم الوثيقة الخاصة بك والبريد الإلكتروني والجنس وتاريخ الميلاد.

فيما يتعلق بوثائق التأمين المشترك على الحياة بوفاة الاثنتين يجوز لنا حسب تقديرنا المطلق بتوزيع قيمة الوثيقة بين المؤمن لهما على الحياة الاثنتين لأغراض معالجة المطالبة. تتوفر تفاصيل تأثير المطالبات على الوثيقة في الملحق (ج).

للحصول على التفاصيل الكاملة حول كيفية تأثير المطالبات الخاصة بأي مزايا متاحة على الوثيقة، يرجى الرجوع للملحق (ج) من شروط الوثيقة هذه.

20.2 التغطية التأمينية على الجنزة

في حالة المطالبة بمزية الوفاة، يمكننا أن ندفع سلفة نقدية فورية تصل إلى 7,500 دولار أمريكي (أو ما يعادله بالعملة الأخرى) نحو تكاليف الجنزة الفورية. يتم إجراء هذا الدفع حسب تقديرنا المطلق وسيتم إجراؤه فقط إذا حصلنا على دليل كافي بمطالبة وفاة ويمكننا التحقق من هوية المستفيد.

20.3 استثناءات تنطبق على جميع المزايا

بالإضافة إلى أي بنود استثناء محددة في الوثيقة، لن ندفع مطالبة إذا كانت تعود بشكل مباشر أو غير مباشر لما يلي:

- إخفاق المؤمن له على الحياة عن دراية أو بسبب الاستهتار في الإفصاح أو قدم متعمدا بيانا كاذبا بشأن أي حقيقة عند التقديم لوثيقة، أو زيادة في الوثيقة، أو استعادة الوثيقة أو أي مزية. يكون عدم الإفصاح أو البيان الكاذب هو ما يتسبب في قيامنا بما يلي:

- رفض المزايا التي تم التقديم لها بالكامل؛ أو
- قبول مزية التي تم التقديم لها كليا أو جزئيا بقسط تأمين إضافي مستحق الدفع و/أو بند استثناء على مزية؛ أو
- قبول التغطية التأمينية على الحياة ببعض الشروط لكن رفض واحد أو أكثر من المزايا الإضافية.

- مشاركة المؤمن له على الحياة الفعلية في:

- الإرهاب أو التآمر لارتكاب إرهاب والذي يشمل أي نشاط يهدد استمرار حياة الإنسان أو يتسبب في ضرر بالململكات.
- الحرب أو العمليات شبه الحربية (سواء أن أعلنت الحرب أم لم تعلن)
- الغزو أو الأعمال العدائية أو التمرد أو أعمال الشغب أو الاضطرابات المدنية أو الحرب الأهلية أو الثورة أو العصيان المسلح أو اغتصاب سلطة الحكومة
- عمل قام به عدو أجنبي
- أي نشاط (عسكري أو خلاف ذلك) أو مؤامرة تسبب أو تقود إلى إعلان الحكم العرفي أو حالة حصار.

- انتحار المؤمن له على الحياة (سواء كان عاقلا أو مختل العقل) خلال:

- 12 شهرا من تاريخ بدء المخاطرة؛ أو
- 12 شهرا من تاريخ استعادة الوثيقة؛ أو
- 12 شهرا من زيادة التغطية التأمينية على الحياة أو مزية الوفاة العرضية أو مزية دخل الأسرة أو مزية الدخل لمدة ثابتة.
- 12 شهرا من إضافة مزية الوفاة العرضية أو مزية دخل الأسرة أو مزية الدخل لمدة ثابتة في الوثيقة.
- تسبب المؤمن له على الحياة في إصابة ذاتية متعمدة أو محاولة الانتحار (سواء كان عاقلا أو مختل العقل).

18. التصفية الجزئية

يمكنك أن تطلب إجراء تصفية جزئية طالما كان للوثيقة قيمة وثيقة. يخضع مبلغ التصفية الجزئية للحد الأدنى المتبقي من قيمة الوثيقة الذي نطلبه في ذلك الوقت، والذي يمكن الحصول عليه منا باستخدام تفاصيل الاتصال في البند 48.

يحق لنا حسب تقديرنا المطلق، مع مراعاة البنود 12.5 و 12.6 تأجيل أو رفض أي طلب/طلبات تصفية جزئية. تتم ممارسة هذا التقدير بشكل معقول.

سوف نقوم بتخفيض التغطية التأمينية على الحياة وإذا كان ضروريا، التغطية التأمينية على ركوب الطائرات، ومزية المرض الخطير والتغطية التأمينية على السرطان، بمبلغ التصفية الجزئية.

19. التصفية الكلية

يمكنك أن تطلب إجراء تصفية كلية في أي وقت طالما كان للوثيقة قيمة وثيقة. عند استلامنا لتعليماتك وأية متطلبات أخرى قد نحتاجها، سنقوم ببيع جميع الوحدات المتبقية في الصندوق أو الصناديق التي اخترتها.

يحق لنا حسب تقديرنا المطلق، مع مراعاة البنود 12.5 و 12.6 تأجيل أو رفض أي طلب/طلبات تصفية كلية. تتم ممارسة هذا التقدير بشكل معقول.

تنتهي الوثيقة الخاصة بك عند استلامنا وقبولنا لطلب التصفية الكلية الخاص بك.

20. مطالبات المزية

20.1 تقديم مطالبة

في حالة مطالبة، يجب على مقدم المطالبة الاتصال بنا خلال المدد الزمنية المحددة أدناه. تتوفر تفاصيل الاتصال الخاصة بنا في البند 48.

يجب إبلاغنا بمطالبات الوفاة خلال 180 يوما من تاريخ وفاة المؤمن له على الحياة، ويجب إبلاغنا بجميع المطالبات الأخرى خلال 90 يوما من تاريخ حدث المطالبة. لن يؤدي الإخفاق في الإبلاغ عن مطالبة في الوقت المناسب إلى إبطال المطالبة إذا كان هنالك 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.

عند إبلاغنا بمطالبة سوف نخبر مقدم المطالبة بالمعلومات التي نحتاجها للتمكن من التقييم الكامل للمطالبة.

15. مكافأة الولاء

يتم تطبيق مكافأة الولاء على الوثيقة ابتداءً من الشهر 121 من تاريخ بدء الوثيقة وكل شهر يليه، ويتم تطبيق مكافأة الولاء على الوثيقة بنسبة 0.04167% من قيمة الوثيقة في كل شهر (يعادل ذلك نسبة 0.5% من قيمة الوثيقة سنوياً).

16. الرسوم

16.1 رسم قسط التأمين المنتظم

قبل تخصيص الوحدات لحساب الوحدة الخاص بك، نقوم باقتطاع مبلغ من كل قسط تأمين منتظم مستلم، ويبين جدول الوثيقة المبلغ الذي نقوم باقتطاعه.

يتم التعبير عن الرسم بنسبة مئوية من مبلغ قسط التأمين المنتظم وتختلف هذه النسبة عبر الوقت.

16.2 فترة عدم التخصيص

عند بدء الوثيقة فيما يختص بالوثائق بقسط التأمين المنتظم فقط، نقوم بالاحتفاظ بجميع أقساط التأمين المنتظمة الخاصة بك ولا نقوم بتخصيص أي وحدات في حساب الوحدة الخاص بك. تعرف هذه بفترة عدم التخصيص.

تنتهي فترة عدم التخصيص بمجرد استلام العدد المطبق لأقساط التأمين المنتظمة أو الإغفاء منها في حالة مطالبة بمزية الإغفاء من قسط التأمين. لن تنقضي الوثيقة خلال فترة عدم التخصيص المبدينية هذه طالما تم دفع أقساط التأمين المنتظمة عند استحقاقها بالمبلغ المحدد في جدول الوثيقة.

تنطبق فترات عدم تخصيص لاحقة على أي زيادة في مبلغ قسط التأمين المنتظم وتنتهي بمجرد استلام عدد أقساط التأمين المنتظمة التي تمت زيادتها المطبقة أو يتم الإغفاء منها في حالة المطالبة بمزية الإغفاء من قسط التأمين.

16.3 رسم قسط التأمين الفردي

قبل تخصيص الوحدات لحساب الوحدة الخاص بك، نقوم باقتطاع مبلغ من كل قسط تأمين فردي يتم استلامه، ويبين جدول الوثيقة المبلغ الذي نقوم باقتطاعه. يتم التعبير عن الرسم بنسبة مئوية من مبلغ قسط التأمين الفردي.

16.4 رسوم المزية

يتم اقتطاع جميع رسوم المزية في اليوم الأول من كل شهر، بالغاء وحدات بالتناسب مع قيمة صناديق الاستثمار التي قمت باختيارها. سوف نقوم باحتساب التكلفة الشهرية لتقديم المزايا المطبقة على الوثيقة الخاصة بك باستخدام معدلات الرسم التي نحددها لتكون منصفة وتعكس الوفيات الضرورية والحالات المرضية والعناصر الأخرى ذات الصلة (بما في ذلك، وعندما يكون مناسباً، العمر وبلد الإقامة والجنسية والجنس والمهنة والتاريخ الطبي وحالة المدخن بالنسبة للمؤمن له على الحياة).

16.5 رسم الوثيقة

يبين جدول الوثيقة هذا الرسم ويتم اقتطاعه بالغاء وحدات بالتناسب مع قيمة صناديق الاستثمار التي تختارها في أول يوم من كل شهر.

16.6 الرسم السنوي لإدارة الصندوق

لا يكون الرسم السنوي لإدارة الصندوق اقتطاعاً صريحاً من الوثيقة، هو اقتطاع يجريه مدير الصندوق من أصول الصندوق الأساسي قبل احتساب سعر الصندوق.

قد يختلف الرسم حسب الصندوق ويتم التعبير عنه كنسبة مئوية سنوية للمبلغ. تبين معلومات الصندوق الحالية الخاصة بنا الرسم السنوي لإدارة الصندوق لكل من الصناديق المتاحة ويمكن الحصول عليها منا عند الطلب.

16.7 رسم الصندوق الخارجي

إذا تم اختيار الصناديق الخارجية من زيوربخ، يتم اقتطاع رسم إضافي من قبلنا من أصول الصندوق الأساسي قبل احتساب سعر الصندوق، ويبين جدول الوثيقة مبلغ الرسم.

16.8 سعر صرف العملة

يتم فرض رسم صرف العملة من قبلنا عند:

- استلامنا لأقساط التأمين بعملة تختلف عن عملة الوثيقة؛ أو
- إضافتنا أو خصمنا للوحدات في صندوق/صناديق بعملة تختلف عن عملة الوثيقة؛ أو
- إجرائنا لدفعات من الوثيقة (بما في ذلك المطالبات) بعملة تختلف عن عملة الوثيقة.

في هذه الحالات سوف نحدد سعر الصرف المستخدم في ذلك الوقت. رسم صرف العملة لا يكون اقتطاعاً صريحاً من الوثيقة؛ ويتم تضمينه في أسعار صرف العملة التي نستخدمها لكل معاملة.

لا نقوم بتطبيق رسم صرف العملة عند اقتطاع رسومنا من الوثيقة.

16.9 رسم تحويل العملة

عند تحويل الوحدات في أو من صناديق تكون فيها عملة كل صندوق مختلفة، يتم فرض رسم على صافي المبلغ المنتقل بين كل عملة مختلفة خلال معاملة التحويل. يبين جدول الوثيقة مبلغ الرسم.

يتم اقتطاع رسم تحويل العملة من الوثيقة فوراً بعد معالجة التحويل. سنحدد سعر الصرف المستخدم في ذلك الوقت. لا نقوم باقتطاع رسم تحويل العملة عند اقتطاع رسومنا الوثيقة.

16.10 رسم الانتمان

هذا رسم اختياري ينطبق فقط إذا اخترت ائتمان الوثيقة الخاصة بك ضمن ترتيبات ائتمان مناسبة معتمدة من زيوربخ.

إذا انطبق ذلك، يبين جدول الوثيقة الخاصة بك مبلغ الرسم وسيتم اقتطاعه في اليوم الأول من كل شهر بالغاء وحدات بالتناسب مع قيمة الصناديق التي اخترتها.

16.11 التعديلات على الرسوم

يحق لنا تعديل الرسوم، أو استحداث رسوم جديدة إلى المدى المعقول المطلوب لتغطية:

1) رسوم المنتج والصندوق:

- الزيادة في التكاليف الإدارية والتكاليف الأخرى التي نتكدها بشكل معقول؛ و/أو
- تكلفة الرسوم الإضافية أو الجبايات أو الضرائب التي تنطبق على الوثيقة الخاصة بك أو علينا ككل؛ و/أو
- أي تكاليف إضافية مرتبطة بالتغير في المتطلبات التشريعية أو التنظيمية.

2) رسوم المزايا:

- التغيرات في تجربة المطالبات طويلة الأجل.
- الزيادات في أي نفقات أساسية، بما في ذلك رسوم إعادة التأمين.
- أثر التطورات الطبية في علاج و/أو معالجة مخاطر الوفيات والإصابة بالأمراض المطبقة

ما لم يكن ذلك غير ممكن بشكل معقول في ظل الظروف الراهنة، سوف نمسك إخطاراً كتابياً لا تقل مدته عن ثلاثة أشهر بخصوص أي تعديل في الرسوم أو استحداث رسوم جديدة.

لا تكون أي رسوم صندوق يقطعها مدير الصندوق تحت سيطرتنا وتخضع للتعديل حسب تقدير مدير الصندوق.

13. أقساط التأمين

13.1 دفع أقساط التأمين

يجب عليك دفع أي رسم يفرضه البنك أو أي مؤسسة مالية عن دفع أقساط التأمين.

سوف يعتبر قسط التأمين الخاص بك على أنه تم قبوله عند إكمال متطلبات الأعمال والمتطلبات القانونية والتنظيمية الخاصة بنا.

يمكننا رفض قبول قسط التأمين الخاص بك لتفادي انتهاك أي لوائح مكافحة غسل أموال أو أي قوانين ولوائح أخرى معمول بها في الإمارات العربية المتحدة أو آيل أوف مان أو أي ولاية قضائية أخرى ذات صلة.

إذا استلمنا مبلغاً أقل من قسط التأمين المنتظم الذي نتوقع استلامه، سوف نستخدم المبلغ المستلم فقط في احتساب عدد الوحدات التي نضيفها لحساب الوحدة الخاص بك.

13.2 الزيادات في أقساط التأمين المنتظمة

يمكنك زيادة قسط التأمين المنتظم الخاص بك بالاتصال بنا مباشرة، أو من خلال المستشار المالي الخاص بك.

قد نحتاج استناداً إلى مبلغ الزيادة إلى المزيد من المعلومات والتي سنطلعك بها في الوقت المناسب.

بعد استلامنا وقبولنا لطلبك، يستحق دفع أول قسط تمت زيادته في تاريخ استحقاق قسط التأمين التالي.

إذا انطبقت مزية الإعفاء من قسط التأمين على الوثيقة الخاصة بك، تؤدي الزيادة في قسط التأمين المنتظم الخاص بك إلى زيادة مبلغ التأمين الخاص بمزية الإعفاء من قسط التأمين. قد يخضع ذلك لدليل إضافي عن الصحة وقابلية التأمين حسبما نحدده في ذلك الوقت، وبمجرد تقييم الدليل سوف نقوم بـ:

- إضافة الزيادة في المزية بالأسعار القياسية؛ أو
- إضافة الزيادة في المزية بشروط خاصة؛ أو
- تأجيل أو رفض الزيادة في المزية.

13.3 التخفيض في أقساط التأمين المنتظمة

يمكنك أن تطلب تخفيض مبلغ قسط التأمين المنتظم الخاص بك بالتواصل معنا مباشرة أو من خلال المستشار المالي الخاص بك. يخضع أي تخفيض في قسط التأمين للحد الأدنى المعمول به في ذلك الوقت، والذي يمكن الحصول عليه باستخدام تفاصيل الاتصال الخاصة بنا المتاحة في البند 48.

عند استلامنا وقبولنا للطلب، يستحق قسط التأمين المخفض الأول في تاريخ استحقاق قسط التأمين التالي.

إذا انطبقت مزية الإعفاء من قسط التأمين على الوثيقة الخاصة بك، يتم تخفيض المزية والرسم تماشياً مع مبلغ قسط التأمين الجديد.

13.4 أقساط التأمين الفردية الإضافية

يمكنك دفع قسط تأمين فردي إضافي في أي وقت حسب تقديرنا، مع مراعاة شروط الوثيقة هذه وأي متطلبات حد أدنى لقسط التأمين في ذلك الوقت.

13.5 التوقف عن دفع أقساط التأمين المنتظمة

تنتهي الوثيقة وتتوقف جميع المزايا الخاصة بك إذا توقفت عن دفع أقساط التأمين المنتظمة ولم تكن بالوثيقة الخاصة بك قيمة وثيقة.

إذا توقفت عن دفع أقساط التأمين المنتظمة ولم تكن بالوثيقة الخاصة بك قيمة وثيقة، سوف تصبح الوثيقة خاملة. إذا اشتملت الوثيقة الخاصة بك على مزية الإعفاء من قسط التأمين، سيتوقف تطبيق ذلك ولن يتم اقتطاع رسم المزية من الوثيقة الخاصة بك. تبقى جميع المزايا الأخرى كما هي ويستمر اقتطاع جميع رسوم الوثيقة بينما الوثيقة خاملة. تنتهي الوثيقة الخاملة وتتوقف جميع المزايا إذا انخفضت قيمة الوثيقة ووصلت للصفر.

13.6 إعادة بدء أقساط التأمين المنتظمة

يمكنك إعادة البدء في أقساط التأمين المنتظمة في أي وقت بالتواصل معنا مباشرة أو من خلال المستشار المالي الخاص بك. قد نطلب منك بعض المعلومات ولكننا سنخبرك بما هو مطلوب في ذلك الوقت.

بعد قبولنا لطلبك يستحق قسط التأمين المنتظم التالي في تاريخ استحقاق قسط التأمين التالي. يعاد بدء أي فترة عدم تخصيص للجزء المناسب من قسط التأمين المنتظم الخاص بك.

يمكنك اختيار سداد أي أقساط تأمين منتظمة لم تدفعها في السابق، ويتم بشكل اعتيادي تخصيص أي وحدات لحساب الوحدة الخاص بك باستخدام السعر التالي المتاح.

إذا قمت في السابق ورغبت في استعادة مزية الإعفاء من قسط التأمين أو ترغب في إضافة مزية الإعفاء من قسط التأمين للوثيقة الخاصة بك، سوف نطلب دليل إضافي عن الصحة ومعلومات اكتتاب أخرى يجب تقديمها على نفقتك الخاصة. سنقوم بتقييم الدليل ونقوم حسب تقديرنا بأي مما يلي:

- إضافة هذه المزية بالأسعار القياسية؛ أو
- إضافة هذه المزية بشروط خاصة؛ أو
- تأجيل أو رفض هذه المزية.

14. الوثيقة المنقضية

عندما تنخفض قيمة وثيقة للصفر ولم تعد الوثيقة قادرة على تحمل مزايا ورسوم الوثيقة عندها سوف تنتهي الوثيقة.

يمكنك أن تطلب منا خلال 12 شهراً من تاريخ الانقضاء استعادة الوثيقة الخاصة بك بالتواصل معنا مباشرة أو من خلال المستشار المالي الخاص بك. سوف نخبرك في ذلك الوقت بالدليل الإضافي عن الصحة أو معلومات الاكتتاب الأخرى التي نطلبها، والتي يجب تقديمها على نفقتك الخاصة.

يجب عليك سداد جميع أقساط التأمين المنتظمة التي لم تدفعها في السابق ويتم بشكل اعتيادي تخصيص أي وحدات لحساب الوحدة الخاص بك باستخدام السعر التالي المتاح.

سنقوم بتقييم الدليل حسب تقديرنا ونقوم بأي مما يلي:

- استعادة الوثيقة مع جميع المزايا المطبقة بالأسعار القياسية
- استعادة الوثيقة لكن مع قبول بعض المزايا المطبقة بشروط خاصة أو رفضها أو تأجيلها أو تطبيق استثناءات على مزايا محددة؛ أو
- رفض استعادة الوثيقة.

لن يتم استعادة الوثيقة من وضع الانقضاء أكثر من مرة.

يرجى ملاحظة أن خيار الزيادة في حدث التأمين على الحياة يتم حذفه من الوثائق التي تتم استعادتها.

- سريان الزيادة خلال 90 يوما من وقوع حدث التأمين على الحياة؛ و
- أن ترسل لنا دليل حدث التأمين على الحياة الذي نحتاجه كما هو موضح أدناه.

ينطبق الحد الأقصى لحد زيادة المزية المحدد أعلاه على كل وثيقة وليس على كل مؤمن له على الحياة منفصل.

حدث التأمين على الحياة	الدليل المطلوب
الزواج	عقد الزواج
الطلاق	أمر مطلق أو أمر حل أو مستند قانوني فعال مشابه
ولادة أو تبني طفل	شهادة الميلاد أو التبني
شراء عقار سكني (مع رهن على العقار)	إثبات على رهن على العقار
منزل متحرك	دليل على رهن جديد أو قرض على العقار
تحسينات المنزل	دليل على رهن جديد أو قرض على العقار

يتم استثناء خيار الزيادة في حدث التأمين على الحياة من الوثائق التي تتم استعادتها بعد الانقضاء.

11. تغيير المزايا أو مبلغ تأمين المزية

يحق لنا خفض أي من مبالغ تأمين المزية على الوثيقة الخاصة بك وفقا لشروط الوثيقة هذه.

يمكنك اختيار خفض أي مبالغ تأمين مزية أو حذف أي مزية إضافية في أي ذكرى سنوية للوثيقة أو في تاريخ استحقاق قسط التأمين المنتظم دون أن نحتاج إلى أي دليل تأمين، مع مراعاة أي مبالغ حد أدنى للمزية الذي نحددها من وقت لآخر.

يمكنك أن تطلب منا زيادة أي مبلغ تأمين مزية أو إضافة مزية إضافية للوثيقة، مع مراعاة أي إثبات تأمين نطلبه، والحد الأقصى لمبالغ المزية المطبق في ذلك الوقت.

سوف نقيم إثبات التأمين وسوف نقوم إما:

- بقبول الزيادة أو الإضافة بالأسعار القياسية؛ أو
- تطبيق شروط خاصة للزيادة أو الإضافة؛ أو
- تطبيق استثناءات على الزيادة أو الإضافة؛ أو
- تأجيل أو رفض الزيادة أو الإضافة.

عندما يكون مقبولا سوف تسري الزيادة على مبلغ تأمين أو إضافة مزية من اليوم الأول من الشهر الذي يلي قرارنا وتبدأ أي رسوم مزية مرتبطة من هذا التاريخ.

12. الصناديق والوحدات

12.1 الوحدات

الوثيقة مرتبطة بوحدات مما يعني أننا نحتفظ بحساب وحدة لتحديد قيمة الوثيقة الخاصة بك من يوم لآخر. لا تمنحك الوحدات ملكية على الأصول الأساسية للصناديق والتي تعود ملكيتها إلينا.

نحن نستخدم أقساط التأمين الخاصة بك لإضافة وحدات للصناديق التي قمت باختيارها لحساب الوحدة. كما سنقوم بإضافة وحدات للوثيقة الخاصة بك فيما يختص بأي مكافأة ولاء مطبقة.

نقوم باقتطاع وحدات من حساب الوحدة لدفع رسوم الوثيقة وللدفع عن التصفيات الجزئية والكلية ولدفع المطالبات في بعض الظروف (كما هي مبينة في الملحق ج).

سوف نحدد التواريخ التي سنقوم فيها باقتطاع الوحدات من حساب الوحدة الخاص بك فيما يختص برسومنا.

سوف نقوم بإضافة وحدات إلى أو خصم وحدات من حساب الوحدة الخاص بك في أقرب وقت ممكن عمليا بعد قبولنا للتعليمات الصادرة منك واستلام قسط التأمين الخاص بك، حسب الاقتضاء.

سوف نستخدم أسعار الوحدة وأسعار الصرف السارية في تاريخ المعاملة لاحتساب عدد الوحدات التي نضيفها إلى أو نخصمها من حساب الوحدة الخاص بك.

إذا انطوت معاملة الوحدة على أكثر من صندوق واحد، يتم إضافة أو اقتطاع الوحدات من جميع الصناديق في تاريخ معاملة واحد.

يتم تقريب عدد الوحدات في أي معاملة إلى 3 خانات عشرية وتستحق أي تعديلات تقريب إلينا.

12.2 الصناديق

يبين جدول الوثيقة الخاص بك اختيارك الابتدائي للصناديق واستراتيجية الاستثمار الخاصة بك، والتي قد تتغير استنادا إلى تعليماتك.

يتم تسعير الوحدات عادة كل يوم في كل يوم عمل في أيل أوف مان.

تتوفر معلومات الصندوق على الموقع الإلكتروني www.zurich.ae يجوز لنا تعديل الصناديق المتاحة حسب تقديرنا المطلق.

12.3 تحويل الصناديق

يمكنك تغيير خيار الصناديق الخاصة بك في أي وقت، ويعرف ذلك بالتحويل.

تتم معالجة طلبات التحويل التي يتم استلامها وقبولها قبل الوقت النهائي للتداول (والذي قد يتغير حسب تقديرنا المطلق) في يوم العمل التالي في أيل أوف مان.

تعتبر أي طلبات تحويل يتم استلامها بعد الوقت النهائي الخاص بنا للتداول على أنه قد تم استلامها في يوم العمل التالي في مكتبنا في أيل أوف مان.

12.4 كيف نحسب قيمة الوثيقة الخاصة بك

يتم تحديد قيمة الوثيقة بواسطة الصناديق التي اخترتها وقد ترتفع وتتناقص تماشيا مع هذه الاستثمارات.

يتم احتساب قيمة الوثيقة الخاصة بك في أي يوم بضرب عدد الوحدات في حساب الوحدة الخاص بك في سعر الوحدة باستخدام أي أسعار صرف عملة معمول بها.

نحن نستخدم آخر أسعار وحدة وصرف عملة متاحة إذا انطبقت، والتي قد تتقلب يوميا.

12.5 تأجيل إضافة أو خصم وحدات

يحق لنا تأجيل إضافة وحدات إلى أو خصم وحدات من الوثيقة الخاصة بك عندما تكون هنالك أسباب معقولة للقيام بذلك. في هذه الحالات يظهر التأجيل في سعر الوحدة الذي تم الحصول عليه وأي سعر صرف معمول به.

12.6 تأجيل الدفع

يحق لنا تأجيل أي دفع لك إذا تم تأجيل الدفع لنا لأي سبب بواسطة مدير الصندوق.

في حالة أي تأجيل، سوف ندفع لك فقط عند استلامنا له.

لن تكون هنالك فائدة مستحقة فيما يتعلق بالدفع المؤجل.

يتم دفع المطالبات ك مبلغ فردي مقطوع عن كامل فترة الإقامة في المستشفى. يتم احتساب دفع المطالبة ك مبلغ تأمين مزية الإقامة في المستشفى للعلاج مضروبا في عدد أيام الإقامة في المستشفى ومقسوما على سبعة.

إذا وقعت فترة الإقامة في المستشفى للعلاج خلال 30 يوما من نهاية فترة سابقة للإقامة في المستشفى للعلاج، يتم التعامل معها على أنها استمرار للفترة السابقة للإقامة في المستشفى للعلاج .

مع مراعاة شروط الوثيقة هذه، يمكن أن تؤدي مطالبة بمزية الإقامة في المستشفى للعلاج إلى نشوء مطالبات منفصلة بمزية العجز الكلي الدائم ومزية الإغفاء من قسط التأمين ومزية البتر ومزية المرض المؤدي للوفاة ومزية المرض الخطير والتغطية التأمينية على السرطان لنفس حدث المطالبة، استنادا إلى ما إذا كانت هذه المزايا تنطبق على المؤمن له على الحياة ذي الصلة في وقت المطالبة بمزية الإقامة في المستشفى للعلاج.

تتوقف مزية الإقامة في المستشفى للعلاج والرسم المصاحب عند حدوث الأول مما يلي:

- بلوغ المؤمن له على الحياة ذي الصلة لعمر الـ70 سنة؛ أو
- عند حذف هذه المزية من الوثيقة؛ أو
- أصبحت الوثيقة منقضية.

إذا كانت هناك مطالبة بمزية الإقامة في المستشفى للعلاج مستمرة وبلغ المؤمن له على الحياة ذي الصلة عمر الـ70 سنة، سوف تستمر المطالبة المستمرة على الرغم من توقف المزية ورسم المزية عند بلوغ عمر الـ70 سنة.

8.11 مزية الدخل لمدة ثابتة

مع مراعاة البند 20، في حالة وفاة المؤمن لهم على الحياة ذي الصلة قبل بلوغهم عمر الـ70 سنة، سوف ندفع مبلغ تأمين مزية الدخل لمدة ثابتة كسلسلة من الدفعات السنوية عن مدة المزية المحددة في جدول الوثيقة. مدة المزية عدد ثابت من السنوات الكاملة تبدأ من التاريخ الذي نوافق فيه على دفع المطالبة.

مع مراعاة شروط الوثيقة هذه، قد تؤدي مطالبة بمزية الدخل لمدة ثابتة إلى نشوء مطالبات منفصلة بمزية الوفاة العرضية والتغطية التأمينية على ركوب الطائرات ومزية دخل الأسرة لنفس حدث المطالبة، استنادا إلى ما إذا كانت هذه المزايا تنطبق على المؤمن له على الحياة ذي الصلة في وقت المطالبة بمزية الدخل لمدة ثابتة.

تتوقف مزية الدخل لمدة ثابتة ورسم المزية المصاحب عند حدوث الأول مما يلي:

- بلوغ المؤمن له على الحياة ذي الصلة لعمر الـ70 سنة؛ أو
- عند وفاة المؤمن له على الحياة (ولكن فقط للمؤمن له على الحياة الذي يقدم مطالبة بموجب وثائق التأمين المشترك على الحياة بوفاة الاثنين)؛ أو
- عند حذف هذه المزية من الوثيقة؛ أو
- أصبحت الوثيقة منقضية.

9. المقايسة

إذا تم اختيار المقايسة، سنقوم باحتساب الزيادة في مبالغ تأمين المزية ذات الصلة وأقساط التأمين المنتظمة المستحقة بسعر المقايسة المطبق، وسوف نخاطر بهذه التغييرات قبل كل ذكرى سنوية للوثيقة.

مع مراعاة البنود 27 و41 يكون سعر المقايسة ثابت بنسبة 5% سنويا طوال فترة سريان الوثيقة الخاصة بك.

تنطبق الزيادات في المزية نتيجة للمقايسة في الذكرى السنوية اللاحقة للوثيقة ولا تخضع لأي فترة انتظار/مؤهلة.

يعتبر دفع قسط التأمين المنتظم الزائد على أنه قبول لزيادة المقايسة؛ ويعد دفع مبلغ أقل من هذا أو مساوي لقسط التأمين المنتظم قبل المقايسة على أنه رفض لخيار المقايسة.

عند احتساب زيادة المقايسة لمبلغ التأمين، سوف نقرب إلى وحدة العملة الكاملة التالية الأقل.

عند احتساب زيادة المقايسة في أقساط التأمين المنتظمة، سوف نقرب إلى وحدة العملة الكاملة التالية الأعلى.

يحق لنا حسب تقديرنا المطلق تعديل سعر المقايسة.

لا تتوفر المقايسة أو سوف يتوقف تطبيقها في الظروف التالية:

- إذا بلغ المؤمن له على الحياة عمر الـ70 سنة (لوثائق التأمين المشترك على الحياة بحسب المؤمن له على الحياة الأكبر سنا).
 - إذا توقفت أقساط التأمين المنتظمة أو لم تتم زيادتها بالمبلغ الذي نطلبه في أي ذكرى سنوية للوثيقة.
 - إذا لم يتم قبول أي مزية من قبلنا بأسعار الاكتتاب القياسية لدينا.
 - إذا تم دفع مطالبة عن الوثيقة لأي مزية بخلاف مزية الدخل للمستشفى للعلاج.
 - إذا كان يتم دفع مطالبة بالإغفاء من قسط التأمين لأي مؤمن له على الحياة.
 - إذا وصلت مزية إلى الحد الأقصى للمبلغ المتاح مع الوثيقة.
 - إذا تم رفض زيادة المقايسة لأي من الأسباب المحددة في ذكرتين سنويتين متتاليتين للوثيقة.
- إذا طلب مالك الوثيقة إضافة أو استعادة المقايسة بعد تاريخ بدء الوثيقة، يحق لنا طلب دليل حول الصحة وأي معلومات قد نحتاج إليها للنظر في الطلب في ذلك الوقت.

10. خيار الزيادة في حدث تأمين على الحياة

ينطبق هذا الخيار فقط إذا بين جدول الوثيقة الخاصة بك أنه ينطبق عليك.

لأحداث التأمين على الحياة المبينة أدناه، يمكنك زيادة المزايا دون متطلبات إضافية لتأمين إضافي.

يجوز لك استخدام هذا الخيار لأي عدد من المرات شريطة ما يلي:

- ألا يتجاوز إجمالي مبلغ التأمين لجميع زيادات خيار حدث التأمين على الحياة للوثيقة الخاصة بك الأقل من بين 25% من مبلغ تأمين المزية الأصلي أو 100,000 دولار أمريكي (أو ما يعادله بالعملة الأخرى)؛ و
- يجب عليك استخدام الخيار قبل بلوغ المؤمن له على الحياة عمر الـ55 سنة (لوثيقة التأمين المشترك على الحياة ينطبق ذلك على المؤمن له على الحياة الأكبر سنا)؛ و
- لم تقدم أو لست مؤهلا لتقديم مطالبة على الوثيقة؛ و

8.7

مزية دخل الأسرة

مع مراعاة البند 20، في حالة وفاة المؤمن له على الحياة ذي الصلة خلال مدة المزية، سوف ندفع مبلغ تأمين مزية دخل الأسرة كسلسلة من الدفعات السنوية عن كل من السنين المتبقية من مدة المزية. مدة المزية هو عدد ثابت من السنين الكاملة تبدأ من تاريخ بدء الوثيقة وهي مبينة في جدول الوثيقة الخاصة بك.

يستحق دفع مطالبة بمزية دخل الأسرة بالإضافة إلى مطالبة بالتغطية التأمينية على الحياة لنفس حدث المطالبة. مع مراعاة شروط الوثيقة هذه، قد يستحق أيضا دفع مطالبات بمزية الوفاة العرضية والتغطية التأمينية على ركوب الطائرات ومزية الدخل لمدة ثابتة لنفس حدث المطالبة، استنادا إلى ما إذا كانت هذه المزايا تنطبق على المؤمن له على الحياة ذي الصلة في وقت المطالبة بمزية دخل الأسرة.

تتوقف مزية دخل الأسرة ورسم المزية المصاحب عند حدوث الأول مما يلي:

- انتهاء مدة المزية؛ أو
- عند وفاة المؤمن (ولكن فقط للمؤمن له على الحياة الذي يقدم مطالبة بموجب وثائق التأمين المشترك على الحياة بوفاة الاثنين)؛ أو
- عند حذف هذه المزية من الوثيقة؛ أو
- أصبحت الوثيقة منقضية.

8.8

مزية الوفاة العرضية

مع مراعاة البند 20، سوف ندفع مبلغ التأمين الخاص بمزية الوفاة العرضية إذا توفى المؤمن له على الحياة ذي الصلة كنتيجة مباشرة لحادث شريطة أن تحدث الوفاة خلال 30 يوما من حدث المطالبة وأن يقع حدث المطالبة قبل بلوغ المؤمن له على الحياة عمر الـ70 سنة.

يستحق دفع مطالبة بمزية الوفاة العرضية بالإضافة إلى مطالبة بالتغطية التأمينية على الحياة لنفس حدث المطالبة.

مع مراعاة شروط الوثيقة هذه، قد يستحق أيضا دفع مطالبات التغطية التأمينية على ركوب الطائرات ومزية دخل الأسرة ومزية الدخل لمدة ثابتة، استنادا إلى ما إذا كانت هذه المزايا تنطبق على المؤمن له على الحياة ذي الصلة في وقت حدث المطالبة.

تتوقف مزية الوفاة العرضية ورسم المزية المصاحب عند حدوث الأول مما يلي:

- بلوغ المؤمن له على الحياة ذي الصلة لعمر الـ70 سنة؛ أو
- عند دفع مطالبة بمزية الوفاة العرضية (ولكن فقط للمؤمن له على الحياة الذي يقدم مطالبة بموجب وثائق التأمين المشترك على الحياة بوفاة الاثنين)؛ أو
- عند حذف هذه المزية من الوثيقة؛ أو
- أصبحت الوثيقة منقضية.

8.9

مزية البتر

مع مراعاة البند 20، إذا تعرض المؤمن له على الحياة قبل بلوغه لعمر الـ70 سنة لإصابات بسبب يعزو فقط وبشكل مباشر ومستقل عن باقي الأسباب الأخرى ومن خلال وسائل خارجية عنيفة ومرئية وعرضية وخلال 30 يوما بعد تكبده لتلك الإصابات عانى من فقدان للبصر أو طرف كنتيجة مباشرة لتلك الإصابات، سوف ندفع النسب التالية من مبلغ التأمين الخاص بمزية البتر، إذا نجى المؤمن له على الحياة من الإصابات وبقي على قيد الحياة لمدة 30 يوما بعد الحدث الذي تسبب في الإصابات:

100% من مبلغ التأمين الخاص بمزية البتر	50% من مبلغ التأمين الخاص بمزية البتر
عن فقدان:	عن فقدان:
• اليدين، أو	• يد واحدة، أو
• القدمين، أو	• قدم واحدة، أو
• النظر في العينين، أو	• النظر في عين واحدة
• يد واحدة و قدم واحدة، أو	
• قدم واحدة والنظر في عين واحدة، أو	
• يد واحدة والنظر في عين واحدة	

يعني فقدان يد أو قدم الفقدان بالقطع العضوي في أو فوق الرسغ أو مفصل الكاحل، على التوالي، وفقدان النظر يعني الفقدان الكلي غير القابل للعلاج للنظر.

لا يمكن للحد الأقصى للمبلغ مستحق الدفع من قبلنا نتيجة لمطالبة أو أكثر مبلغ التأمين الخاص بمزية البتر.

مع مراعاة شروط الوثيقة هذه، يمكن أن تؤدي مطالبة بمزية البتر إلى نشوء مطالبات منفصلة بمزية العجز الكلي الدائم ومزية الإقامة في المستشفى للعلاج ومزية الإعفاء من قسط التأمين ومزية المرض المؤدي للوفاة ومزية المرض الخطير والتغطية التأمينية على السرطان لنفس حدث المطالبة، استنادا إلى ما إذا كانت هذه المزايا تنطبق على المؤمن له على الحياة ذي الصلة في وقت المطالبة بمزية البتر.

تتوقف مزية البتر ورسم المزية المصاحب عند حدوث الأول مما يلي:

- بلوغ المؤمن له على الحياة ذي الصلة لعمر الـ70 سنة؛ أو
- عند دفع مبلغ تأمين مزية البتر (ولكن فقط للمؤمن له على الحياة الذي يقدم مطالبة بموجب وثائق التأمين المشترك على الحياة بوفاة الاثنين)؛ أو
- عند حذف هذه المزية من الوثيقة؛ أو
- أصبحت الوثيقة منقضية.

8.10

مزية الإقامة في المستشفى للعلاج

يتم قبول المطالبات بموجب هذه المزية فقط إذا وقع حدث المطالبة بعد 90 يوما أو أكثر من:

- تاريخ بدء المخاطرة؛ أو
- تاريخ أي زيادة في مبلغ تأمين المزية (يتعلق هذا فقط بمبلغ الزيادة في مبلغ التأمين)؛ أو
- تاريخ إضافة أو استعادة المزية في الوثيقة.

مع مراعاة البند 20 وفترة الـ90 يوما المؤهلة (المبينة في هذا البند)، سوف ندفع مبلغ تأمين مزية الإقامة في المستشفى للعلاج إذا أقام المؤمن له على الحياة ذي الصلة في المستشفى لمدة 4 أيام متتالية كحد أدنى و 365 يوما متتالية كحد أقصى لنفس حدث المطالبة قبل بلوغه لعمر الـ70 سنة.

تعني عاجز كلياً في وقت مطالبة بمزية الإعفاء من قسط التأمين:

8.6

مزية العجز الكلي الدائم

مع مراعاة البند 20، سوف تدفع مبلغ تأمين مزية العجز الكلي الدائم كمبلغ واحد مقطوع إذا تم تشخيص المؤمن له على الحياة ذي الصلة بأنه مصاب بعجز كلي دائم قبل عيد ميلاده الـ70، وكان عاجزاً لفترة 180 يوماً متواصلة على الأقل.

يعني العجز الكلي الدائم في وقت المطالبة أي مما يلي:

1) المؤمن لهما على الحياة اللذين لديهما عمل مريح

يعتبر المؤمن له على الحياة على أنه لديه عجز كلي إذا لم يكن قادراً على المشاركة في وظيفته أو مهنته أو أعماله (سواء أن كان بأجر أو خلاف ذلك)، وغير قادر كذلك على المشاركة في وظيفته أو مهنته أو أعماله وكذلك غير قادر على المشاركة في أي وظيفة يعتبر مناسباً لها بالتعليم أو التدريب أو الخبرة نتيجة للعجز. يعني العجز الكلي الدائم في هذه الحالة أنه، حسب رأي أخصائي طبي مناسب، العجز المتوقع أن يبقى مع المؤمن له على الحياة طوال حياته؛ أو

2) المؤمن لهما على الحياة اللذين ليس لديهما عمل مريح

يعتبر المؤمن له على الحياة على أنه لديه عجز كلي إذا لم يكن قادراً على القيام باتنين على الأقل من أنشطة العمل اليومية، وهي:

- المشي – القدرة على المشي لما يزيد عن 200 متر على الأرض المسطحة دون توقف أو إرهاق مفرط.
- الانحناء – القدرة على دخول سيارة صالون قياسية أو الخروج منها أو القدرة على الانحناء أو الجثو لالتقاط جسم خفيف من على الأرض والاعتدال ثانية؛
- الاتصالات – القدرة على الرد على الهاتف وتلقي الرسائل؛
- القراءة – توفر الإبصار المطلوب للقدرة على قراءة جريدة يومية مع المساعدات التصحيحية إذا تطلب الأمر.
- الكتابة – توفر القدرة البدنية على الكتابة المقروءة باستخدام قلم جاف أو رصاص.

تعني دائم في هذه الحالة حسب رأي أخصائي طبي مناسب، العجز المتوقع أن يبقى مع المؤمن له على الحياة طوال حياته.

مع مراعاة شروط الوثيقة هذه، يمكن أن تؤدي مطالبة بمزية العجز الكلي الدائم إلى نشوء مطالبات منفصلة بمزية الإقامة في المستشفى للعلاج ومزية البتر ومزية المرض المؤدي للوفاة ومزية المرض الخطير والتغطية التأمينية على السرطان لنفس حدث المطالبة، استناداً إلى ما إذا كانت هذه المزايا تنطبق على المؤمن له على الحياة ذي الصلة في وقت المطالبة بمزية العجز الكلي الدائم.

تتوقف مزية العجز الكلي الدائم ورسم المزية المصاحبة عند حدوث الأول مما يلي:

- بلوغ المؤمن له على الحياة ذي الصلة لعمر الـ70 سنة؛ أو
- عند دفع مطالبة بمزية العجز الكلي الدائم (ولكن فقط للمؤمن له على الحياة الذي يقدم مطالبة بموجب وثائق التأمين المشترك على الحياة بوفاة الاثنين)؛ أو
- عند حذف هذه المزية من الوثيقة؛ أو
- أصبحت الوثيقة منقضية.

1) للمؤمن لهما على الحياة اللذين لديهما عمل مريح

يعتبر المؤمن له على الحياة على أنه لديه عجز كلي إذا لم يكن قادراً على المشاركة في وظيفته أو مهنته أو أعماله (سواء أن كان بأجر أو خلاف ذلك)، وغير قادر كذلك على المشاركة في وظيفته أو مهنته أو أعماله وكذلك غير قادر على المشاركة في أي وظيفة يعتبر مناسباً لها بالتعليم أو التدريب أو الخبرة نتيجة للعجز؛ أو

2) المؤمن لهما على الحياة ليس لديهما عمل مريح

يعتبر المؤمن له على الحياة على أنه عاجز كلياً إذا لم يكن قادراً على القيام باتنين على الأقل من أنشطة العمل اليومية، وهي:

- المشي – القدرة على المشي لما يزيد عن 200 متر على الأرض المسطحة دون توقف أو إرهاق مفرط.
- الانحناء – القدرة على دخول سيارة صالون قياسية أو الخروج منها أو القدرة على الانحناء أو الجثو لالتقاط جسم خفيف من على الأرض والاعتدال ثانية؛
- الاتصالات – القدرة على الرد على الهاتف وتلقي الرسائل؛
- القراءة – توفر الإبصار المطلوب للقدرة على قراءة جريدة يومية مع المساعدات التصحيحية إذا تطلب الأمر.
- الكتابة – توفر القدرة البدنية على الكتابة المقروءة باستخدام قلم جاف أو رصاص.

يسمح بمطالبة واحدة فقط بمزية الإعفاء من قسط التأمين في كل مرة.

مع مراعاة شروط الوثيقة هذه، يمكن أن تؤدي مطالبة بمزية الإعفاء من قسط التأمين إلى نشوء مطالبات منفصلة بمزية العجز الكلي الدائم ومزية الإقامة في المستشفى للعلاج ومزية البتر ومزية المرض المؤدي للوفاة ومزية المرض الخطير والتغطية التأمينية على السرطان لنفس حدث المطالبة، استناداً إلى ما إذا كانت هذه المزايا تنطبق على المؤمن له على الحياة ذي الصلة في وقت المطالبة بمزية الإعفاء من قسط التأمين.

تتوقف مزية الإعفاء من قسط التأمين ورسم المزية المصاحبة عند حدوث الأول مما يلي:

- بلوغ المؤمن له على الحياة ذي الصلة لعمر الـ70 سنة؛ أو
- إذا توقفت أقساط التأمين المنتظمة؛ أو
- عند حذف هذه المزية من الوثيقة؛ أو
- أصبحت الوثيقة منقضية.

إذا كانت هنالك مطالبة بمزية الإعفاء من قسط التأمين مستمرة وبلغ المؤمن له على الحياة ذي الصلة عمر الـ70 سنة، سوف تستمر المطالبة المستمرة على الرغم من توقف المزية ورسم المزية عند بلوغ عمر الـ70 سنة.

- إذا تم تشخيص المؤمن له على الحياة ذي الصلة بمرض مؤدي للوفاة.

لوثائق التأمين المشترك على الحياة بوفاة الأخير فقط، ومع مراعاة البند 20، سوف ندفع الأعلى من بين مبلغ التأمين الخاص بالتغطية التأمينية على الحياة أو قيمة الوثيقة عند وفاة آخر مؤمن له على الحياة.

يمكن تخفيض مبلغ التأمين الخاص بالتغطية التأمينية على الحياة أو استنفاده بالكامل نتيجة لمطالبات المرض المؤدي للوفاة والتغطية التأمينية على السرطان ومزمية المرض الخطير.

مع مراعاة شروط الوثيقة هذه، يمكن أن تؤدي مطالبة تغطية تأمينية على الحياة أيضا إلى نشوء مطالبات منفصلة بمزمية الوفاة العرضية والتغطية التأمينية على ركوب الطائرات ومزمية الدخل لمدة ثابتة ومزمية دخل الأسرة لنفس حدث المطالبة، استنادا إلى ما إذا كانت هذه المزايا تنطبق على المؤمن له على الحياة ذي الصلة في وقت مطالبة التغطية التأمينية على الحياة.

8.2 التغطية التأمينية على ركوب الطائرات

مع مراعاة البند 20، سوف ندفع مبلغ التأمين فيما يختص بالتغطية التأمينية على ركوب الطائرات إذا توفى المؤمن له على الحياة ذي الصلة بسبب يعزو فقط وبشكل مباشر ومستقل عن باقي الأسباب الأخرى ومن خلال وسائل خارجية ومرئية وعرضية وخلال 90 يوما بعد حادث طائرة بأجنحة مثبتة يحدث بينما المؤمن له على الحياة ذي الصلة راكب بالأجرة أو حامل لتذكرة مسافرا في طائرة مرخصة بالكامل تابعة لخطوط طيران مسجلة ومنظمة أو خدمة تأجير.

يستحق دفع مطالبة التغطية التأمينية على ركوب الطائرات بالإضافة إلى مطالبة التغطية التأمينية على الحياة عن نفس حدث المطالبة.

مع مراعاة شروط الوثيقة هذه، يجوز أيضا دفع مطالبة بمزمية الوفاة العرضية ومزمية دخل الأسرة ومزمية الدخل لمدة ثابتة، استنادا إلى ما إذا كانت هذه المزايا تنطبق على المؤمن له على الحياة ذي الصلة في وقت حدث المطالبة.

يمكن تخفيض مبلغ تأمين التغطية التأمينية على ركوب الطائرات أو استنفاده بالكامل نتيجة لمطالبات مزمية المرض المؤدي للوفاة والتغطية التأمينية على السرطان ومزمية المرض الخطير.

إذا كانت هناك وثائق متعددة من زوربخر لنفس المؤمن له على الحياة تشمل التغطية التأمينية على ركوب الطائرات، لا يمكن أن يتجاوز الحد الأقصى للمبلغ مستحق الدفع بموجب جميع الوثائق لنفس حدث المطالبة عن التغطية التأمينية على ركوب الطائرات 1,000,000 دولار أمريكي (أو ما يعادله بالعملة الأخرى التي نحددها في ذلك الوقت).

8.3 مزمية المرض الخطير

يتم قبول المطالبات بموجب هذه المزمية فقط إذا وقع حدث المطالبة بعد 90 يوما أو أكثر من:

- تاريخ بدء المخاطرة؛ أو
- تاريخ أي زيادة في مبلغ تأمين المزمية (يتعلق هذا فقط بمبلغ الزيادة في مبلغ التأمين)؛ أو
- تاريخ إضافة أو استعادة المزمية في الوثيقة.

مع مراعاة البند 20، وفترة الـ 90 يوما المؤهلة (كما هي مبينة في هذا البند)، سوف ندفع المبلغ المناسب عن مبلغ التأمين الخاص بمزمية المرض الخطير إذا تم تشخيص المؤمن له على الحياة ذي الصلة أو طفل بمرض خطير أو خضع لإجراء طبي كما هو وارد في تعريفات المرض الخطير في الملحق (أ) من شروط الوثيقة هذه.

يمكن حذف مبلغ التأمين الخاص بمزمية المرض الخطير بالكامل نتيجة لمطالبة خاصة بالمرض المؤدي للوفاة.

مع مراعاة شروط الوثيقة هذه، يمكن أن تؤدي مطالبة بمزمية المرض الخطير أيضا إلى نشوء مطالبات منفصلة بمزمية العجز الكلي الدائم ومزمية الإقامة في المستشفى للعلاج ومزمية البتر ومزمية المرض المؤدي للوفاة ومزمية الإعفاء من قسط التأمين لنفس حدث المطالبة، استنادا إلى ما إذا كانت هذه المزايا تنطبق على المؤمن له على الحياة ذي الصلة في وقت المطالبة بمزمية المرض الخطير.

8.4 التغطية التأمينية على السرطان

يتم قبول المطالبات بموجب هذه المزمية من قبلنا فقط إذا وقع حدث المطالبة بعد 90 يوما أو أكثر من:

- تاريخ بدء المخاطرة؛ أو
- تاريخ أي زيادة في مبلغ تأمين المزمية (يتعلق هذا فقط بمبلغ الزيادة في مبلغ التأمين)؛ أو
- تاريخ إضافة أو استعادة المزمية في الوثيقة.

مع مراعاة البند 20، وفترة الـ 90 يوما المؤهلة (كما هي مبينة في هذا البند)، سوف ندفع المبلغ المناسب عن مبلغ تأمين التغطية التأمينية على السرطان إذا تم تشخيص المؤمن له على الحياة ذي الصلة أو طفل بمرض خطير أو خضع لإجراء طبي كما هو وارد في تعريفات التغطية التأمينية على السرطان في الملحق (ب) من شروط الوثيقة هذه.

يمكن حذف مبلغ التأمين الخاص بالتغطية التأمينية على السرطان بالكامل نتيجة لمطالبة خاصة بالمرض المؤدي للوفاة.

مع مراعاة شروط الوثيقة هذه، يمكن أن تؤدي مطالبة بالتغطية التأمينية على السرطان أيضا إلى نشوء مطالبات منفصلة بمزمية العجز الكلي الدائم ومزمية الإقامة في المستشفى للعلاج ومزمية البتر ومزمية المرض المؤدي للوفاة ومزمية الإعفاء من قسط التأمين لنفس حدث المطالبة، استنادا إلى ما إذا كانت هذه المزايا تنطبق على المؤمن له على الحياة ذي الصلة في وقت المطالبة بمزمية التغطية التأمينية على السرطان.

8.5 الإعفاء من قسط التأمين

تدفع هذه المزمية في الظروف الواردة أنها مبلغا يصل إلى مبلغ التأمين فيما يخص مزمية الإعفاء من قسط التأمين بدلا عن أقساط التأمين المنتظمة الخاصة بك المستحقة، ولن تكون ملزما بإجراء أي دفعات قسط تأمين. مع مراعاة البند 21، تبقى الوثيقة نافذة بعد حدث المطالبة.

مع مراعاة البند 20 إذا حدث في تاريخ استحقاق أي قسط تأمين قبل بلوغ المؤمن له على الحياة عمر الـ 70 سنة أن أصبح المؤمن له على الحياة عاجزا كليا (كما هو مبين في هذا البند) لفترة مستمرة لا تقل عن ستة أشهر وتم قبول مطالبة بمزمية الإعفاء من قسط التأمين، سوف نطبق مبلغ تأمين مزمية الإعفاء من قسط التأمين على الوثيقة الخاصة بك بدلا من أقساط التأمين المنتظمة الخاصة بك طوال استمرار العجز حتى حدوث الأول من بين:

- طلبك بحذف المزمية من الوثيقة؛ أو
- انتهاء فترة دفع أقساط التأمين المنتظمة الخاصة بك؛ أو
- التصفية الكلية للوثيقة الخاصة بك؛ أو
- تعافي المؤمن له على الحياة بشكل كافي بشكل يجعله لا يفي بتعريف المطالبة المبين في هذا البند، أو
- انتهاء الوثيقة الخاصة بك بسبب مطالبة منفصلة مثل مطالبة وفاة أو بسبب انقضائها.

الوثيقة

تتكون الوثيقة الخاصة بك من شروط الوثيقة هذه وجدول الوثيقة الخاصة بك وأية تعديلات لاحقة نجريها وفقا لشروط الوثيقة هذه.

أساس الوثيقة

يحدد هذا عند وفاة من تنتهي الوثيقة:

- لوثائق التأمين الفردية على الحياة، تنتهي الوثيقة عند وفاة المؤمن له على الحياة.
- لوثائق التأمين المشترك على الحياة بحدوث أول وفاة، تنتهي الوثيقة عند وفاة الأول من المؤمن لهما على الحياة.
- لوثائق التأمين المشترك على الحياة بوفاة الاثنين، تنتهي الوثيقة عند وفاة المؤمن له على الحياة الثاني.
- لوثائق التأمين المشترك على الحياة بحدوث آخر وفاة، تنتهي الوثيقة عند المؤمن له على الحياة الأخير.

لاحظ أن هذا يتعلق فقط بالتغطية التأمينية على الحياة. قد يستحق دفع المزايا الأخرى والتي قد لا تنهي الوثيقة. قد تتسبب ظروف أخرى أيضا في انتهاء الوثيقة كما هي مفصلة في البند 21.

شروط الوثيقة

هذا المستند، والذي يشكل جزءا من العقد القانوني بينك وبيننا ويوضح الطريقة التي تعمل بها الوثيقة الخاصة بك.

مالك الوثيقة

المالك القانوني للوثيقة الخاصة بك. يمكن أن يكون مالك الوثيقة لغاية شخصين يبلغان من العمر 18 سنة فما فوق، أو أمناء ائتمان أو شركة.

جدول الوثيقة

مستند نقدمه لك يحدد الخيارات الشخصية الخاصة بك فيما يتعلق بالوثيقة، ويشمل (دون حصر): رقم الوثيقة واسم/أسماء مالك الوثيقة والمؤمن له/لها على الحياة ومبلغ قسط التأمين ومبالغ تأمين جميع المزايا والرسوم والاختيار المبدئي للصاديق.

قيمة الوثيقة

قيمة جميع الوحدات التي تحتفظ بها الوثيقة.

الدول المحددة – الدفع من الوثيقة بموجب حالات محددة ضمن مزية المرض الخطير (9) ترقيع الشريان التاجي، (20) العدوى بفيروس نقص المناعة المكتسبة، و (25) زراعة عضو رئيسي، محدودة بالدولة التي يقع فيها حدث المطالبة، أو التي يتم فيها علاج المؤمن له على الحياة.

الدول المحددة المشار إليها في هذه الحالة هي:

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

المطالبات عن جميع حالات مزايا المرض الخطير الأخرى وجميع المزايا الأخرى غير محدودة صراحة بالدولة التي يقع فيها حدث المطالبة.

مبلغ التأمين

المبلغ المحدد في جدول الوثيقة الذي سندفعه في حالة مطالبة بالمزية المناسبة (ما لم تنص شروط الوثيقة هذه على خلاف ذلك) بينما الوثيقة والمزية المناسبة نافذة.

المرض المؤدي للوفاة

مرض متقدم ويتطور بسرعة وغير قابل للعلاج، والذي يكون بسببه حسب رأي الطبيب الممارس المعالج المقبول لدينا والمسؤول الطبي للشركة لدينا الوقت المتبقي لبقاء المؤمن له على الحياة للبقاء على قيد الحياة أقل من 12 شهرا.

الوحدة

الأجزاء المتساوية التي يتم تقسيم صندوق عليها.

قسط التأمين المتلاشي

يعد هذا خيارا حيث يمكن دفع أقساط التأمين المنتظمة خلال فترة محددة من الوقت بدلا من دفعها مدى الحياة. إذا تم اختيار هذا الخيار، يبين جدول الوثيقة مدة قسط التأمين المتلاشي.

3. المؤمن له على الحياة

يمكن أن يكون هنالك حتى اثنين مؤمن لهما على الحياة. ليس لزاما أن يكون المؤمن له على الحياة مالك وثيقة طالما:

- وافق المؤمن له على الحياة على ذلك؛ و
- وتمكن مالك الوثيقة من إظهار مصلحة قابلة للتأمين.

بمجرد بدء الوثيقة الخاصة بك يمكن إضافة مؤمن له على الحياة إضافي لوثيقة التأمين على الحياة الفردية ويمكن أن يتغير أساس الوثيقة للتأمين المشترك على الحياة بوفاة الأول أو التأمين المشترك على الحياة بوفاة الاثنين.

4. مدة الوثيقة والمزية

الوثيقة وثيقة تأمين على الحياة تستمر مدى الحياة وليس لها تاريخ انتهاء محدد مسبقا. تبقى بالتغطية التأمينية على الحياة أو التغطية التأمينية على ركوب الطائرات، أو مزية المرض الخطير أو التغطية التأمينية على السرطان سارية مدى الحياة. يكون لجميع المزايا الأخرى إما مدة محددة أو تنتهي عند بلوغ المؤمن له على الحياة للعمر الذي تحدده شروط هذه الوثيقة.

5. تاريخ بدء الوثيقة

هو التاريخ الذي يستحق فيه أول قسط تأمين.

6. تاريخ بدء المخاطرة

هو التاريخ الذي تنحمل فيه مخاطر عن المزايا في الوثيقة الخاصة بك.

7. عملة الوثيقة

يتم التعبير عن جميع أقساط التأمين والرسوم والتصفيات الكلية أو الجزئية ودفعات المطالبات التي تتم بعملة الوثيقة التي تختارها عند التقديم للوثيقة الخاصة بك.

8. المزايا

8.1 التغطية التأمينية على الحياة

باستثناء وثائق التأمين المشترك على الحياة بوفاة الأخير، ومع مراعاة البند 20، سوف ندفع مبلغ التأمين فيما يختص بالتغطية التأمينية على الحياة في أي من الطرفين التاليين:

- وفاة المؤمن له على الحياة ذي الصلة. إذا أنهى حدث المطالبة الوثيقة، سوف ندفع الأعلى من بين مبلغ التأمين فيما يتعلق بالتغطية التأمينية على الحياة أو قيمة الوثيقة، أو

1. مقدمة

هذه الوثيقة عقد تأمين بين:

- مالك الوثيقة المسمى في جدول الوثيقة ("أنت"، الخاصة بك)؛ و
 - زيورخ انترناشيونال لايف ليمتد ("نحن" الخاصة بنا")
- وهي مكونة من شروط الوثيقة وجدول الوثيقة الخاصة بك وأي تعديلات لاحقة بها تجريها وفقا لشروط هذه الوثيقة. يرجى الاحتفاظ بهذه المستندات في مكان آمن.

2. مسرد المصطلحات المستخدمة في هذا المستند

المزية الإضافية

مزايًا اختيارية يمكن إضافتها للوثيقة مع مراعاة قبولنا لذلك، وهي:

- مزية المرض الخطير (أرجع للبند 8.3)
- التغطية التأمينية على السرطان (أرجع للبند 8.4)
- مزية الإغفاء من قسط التأمين (أرجع للبند 8.5)
- مزية العجز الكلي الدائم (أرجع للبند 8.6)
- مزية دخل الأسرة (أرجع للبند 8.7)
- مزية الوفاة العرضية (أرجع للبند 8.8)
- مزية البتر (أرجع للبند 8.9)
- مزية الإقامة في المستشفى للعلاج (أرجع للبند 8.10)
- مزية الدخل لمدة ثابتة (أرجع للبند 8.11).

التغطية التأمينية على ركوب الطائرات

مزية إلزامية تنطبق على جميع وثائق التأمين التي تدفع مبلغًا مقطوعًا في حالة وفاة المؤمن له على الحياة ذي الصلة في حادث طائرة كما هو معرف في البند 8.2.

لوائح مكافحة غسل الأموال

مجموعة من الإجراءات والقوانين والنظم تم إعدادها لإيقاف العملية التي يحاول من خلالها المجرمون إخفاء الأصل الحقيقي وملكية عائدات الأنشطة الإجرامية.

أخصائي طبي مناسب

أخصائي طبي قمنا باستشارته فيما يتصل بمطالبة، ولديه مؤهلات طبية ذات صلة بالحالة الطبية موضوع المطالبة ومسجل كأخصائي في الدولة التي طلب فيها الرأي.

يتنازل

تحويل ملكية الوثيقة الخاصة بك من مالك وثيقة إلى آخر بشكل قانوني.

مستفيد

شخص أو شركة تستلم مبلغًا من الوثيقة في حالة المطالبة.

مزية

مخاطرة مشمولة بالتغطية التأمينية من قبلنا بموجب الوثيقة.

الرسوم

الاقطاع الذي نأخذه من قسط/أقساط التأمين و/أو من قيمة الوثيقة الخاصة بخيارات الوثيقة والموضحة في البند 16.

طفل/أطفال

فيما يتعلق بمزية المرض الخطير للأطفال أو التغطية التأمينية على سرطان الأطفال، يعني الطفل أو الأطفال، الطفل الطبيعي أو الذي تم تبنيه بشكل قانوني من قبل أي مؤمن له على الحياة، الذي يتراوح عمره بين سنة واحدة (1) وثمانية عشر (18) سنة في وقت المطالبة. يجب أن يعتمد الطفل ماليًا على المؤمن له على الحياة في وقت المطالبة.

حدث مطالبة

أي حدث يقع للمؤمن له على الحياة ذي الصلة يتفق مع التعريف الملائم المتضمن في شروط الوثيقة هذه والذي ينتج عنه دفع المطالبة.

المسؤول الطبي بالشركة

طبيب معين من قبلنا كاستشاري طبي.

صندوق

محفظة استثمارات مقسمة إلى وحدات يديرها مدير صندوق.

مدير صندوق

الشخص أو الشخصية الاعتبارية المسؤولة عن استراتيجية الصندوق وإدارة التداول اليومي به.

مقيم/الإقامة في المستشفى للعلاج

هذا عندما يحدث أي مما يلي للمؤمن له على الحياة:

- يتم تنويمه في أي مستشفى لإجراء جراحي بتوصية وموافقة طبيب؛ أو
- يتم إدخاله لأي مستشفى للعلاج بخلاف الإجراء الجراحي.

مصلحة تأمينية

هذا مصطلح قانوني، يطلب من مالك الوثيقة أن تكون لديه مصلحة تأمينية في المؤمن له على الحياة. قد تنشأ هذه المصلحة إذا كان مالك الوثيقة سيعاني من خسارة مالية إذا توفى المؤمن له على الحياة. قد لا تكون الخسارة دائمًا مالية، قد تكون على سبيل المثال بسبب طبيعة علاقة شخصية بين مالك الوثيقة والمؤمن له على الحياة.

الانقضاء

يحدث ذلك عندما تصبح قيمة الوثيقة غير قادرة على تحمل رسوم الوثيقة المستمرة، أو نتيجة لإلغائها للوثيقة وفقا لشروط الوثيقة هذه. تنتهي الوثيقة بمجرد انقضائها وتتوقف جميع المزايا. في بعض الظروف ومع مراعاة شروط الوثيقة هذه، يجوز استعادة وثيقة بعد انقضائها.

عندما يتم دفع مطالبة من قبلنا بخصوص مزية الدخل لمدة ثابتة أو مزية دخل الأسرة أو مزية الإقامة في المستشفى للعلاج ووقع حدث المطالبة قبل انقضاء الوثيقة، سوف نستمر في الوفاء بالتزاماتنا بالدفع الكامل للمطالبة.

التغطية التأمينية على الحياة

مزية إلزامية تنطبق على جميع الوثائق وتدفع مبلغًا مقطوعًا في حالة وفاة المؤمن له على الحياة ذي الصلة.

المؤمن له/لهم على الحياة

شخص يبلغ أو أشخاص يبلغون من العمر 18 سنة فأكثر تم التأمين على حياتهم/حياتهم بموجب الوثيقة.

فترة عدم التخصيص

تعتبر هذه فترة مبدئية للوثائق بقسط التأمين المنتظم وهي محددة في جدول الوثيقة والتي يتم خلالها الاحتفاظ بنسبة 100% من قسط التأمين المنتظم من قبلنا، ولكننا ندفع خلال هذه المدة مطالبات المزية. تنطبق فترة عدم التخصيص على مبلغ قسط التأمين المنتظم المبدئي وأي زيادة لاحقة على أقساط التأمين المنتظمة.

خاملة

وثيقة يكون بها قيمة وثيقة إيجابية ولا يتوقع دفع المزيد من أقساط التأمين فيها.

الدفع الجزئي

سند دفع لحالات محددة ضمن مزية المرض الخطير والتغطية التأمينية على السرطان الأقل من بين 20,000 دولار أمريكي (أو ما يعادله بالعملة التي نحددها)، أو نسبة 12.5% من مبلغ تأمين المزية كتسوية كاملة للمطالبة. تبين الملاحق (أ) و(ب) من شروط هذه الوثيقة شروط مزية المرض الخطير وشروط التغطية التأمينية على السرطان، على التوالي.

15	33	حق الإنهاء نتيجة للتعرض التنظيمي
16	34	تغيير مكان الإقامة لأغراض الضريبة
16	35	قيود الدفع
16	36	مالك الوثيقة غير المتعاون والدفع المشروط
16	37	الضرائب
16	38	العقوبات
16	39	الامتثال للقوانين واللوائح
17	40	القوة القاهرة
17	41	الحق العام لإجراء تعديلات
17	42	حقوق الأطراف الثالثة
17	43	صندوق تعويض مالكي الوثائق في آيل أوف مان
18	44	حق الإلغاء
18	45	حماية البيانات والإفصاح عن المعلومات
18	46	إخلاء المسؤولية
19	47	الشكاوى
19	48	كيفية الاتصال بنا
19	49	الملحق أ - المرض الخطير
24	50	الملحق ب - التغطية التأمينية على السرطان
26	51	الملحق ج - أثر المطالبات على الوثيقة

المحتويات

11	14	4	1. المقدمة
12	15	4	2. مسرد المصطلحات المستخدمة في هذا المستند
12	16	5	3. المؤمن له على الحياة
12	16.1	5	4. مدة الوثيقة والمزية
12	16.2	5	5. تاريخ بدء الوثيقة
12	16.3	5	6. تاريخ بدء المخاطرة
12	16.4	5	7. عملة الوثيقة
12	16.5	5	8. المزايا
12	16.6	5	8.1 التغطية التأمينية على الحياة
12	16.7	6	8.2 التغطية التأمينية على ركوب الطائرات
12	16.8	6	8.3 مزية المرض الخطير
12	16.9	6	8.4 التغطية التأمينية على السرطان
12	16.10	6	8.5 مزية الإعفاء من قسط التأمين
12	16.11	6	8.6 مزية العجز الكلي الدائم
13	17	7	8.7 مزية دخل الأسرة
13	18	8	8.8 مزية الوفاة العرضية
13	19	8	8.9 مزية البتر
13	20	8	8.10 مزية الإقامة في المستشفى للعلاج
13	20.1	8	8.11 مزية الدخل لمدة ثابتة
13	20.2	9	9. المقاييس
13	20.3	9	10. خيار الزيادة في حدث تأمين على الحياة
14	20.4	9	11. تغيير المزايا أو مبلغ تأمين المزية
14	20.5	10	12. الصناديق والوحدات
14	20.6	10	12.1 الوحدات
14	21	10	12.2 الصناديق
14	22	10	12.3 تحويل الصناديق
14	23	10	12.4 كيف نحسب قيمة الوثيقة الخاصة بك
14	24	10	12.5 تأجيل إضافة أو خصم وحدات
15	25	10	12.6 تأجيل الدفع
15	26	11	13. أقساط التأمين
15	27	11	13.1 دفع أقساط التأمين
15	28	11	13.2 الزيادات في أقساط التأمين المنتظمة
15	29	11	13.3 التخفيض في أقساط التأمين المنتظمة
15	30	11	13.4 أقساط التأمين الفردية الإضافية
15	31	11	13.5 التوقف عن دفع أقساط التأمين المنتظمة
15	32	11	13.6 إعادة بدء أقساط التأمين المنتظمة



وثيقة فيوتورا شروط الوثيقة – الإمارات العربية المتحدة