

International Decreasing Term Assurance

Terms and conditions – Bahrain and Qatar

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

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

International Decreasing Term Assurance is issued by Zurich International Life Limited ('the Company') and is based on an application by the Policy Owner(s) named in the Policy Schedule. The application, the terms and conditions, the Policy Schedule and any Endorsements issued by the Company shall be deemed to be incorporated into the Policy.

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

This document contains 24 pages.

Contents

1. Policy basis	4	6.5. Claiming for Waiver of Premium Benefit	11
1.1. Policy Owner	4	6.5.1 When we will stop paying the benefit	12
1.2. Life Insured	4	7. Beneficiary Nomination	11
1.3. Life of Another Policies	4	8. Termination right due to regulatory exposure	12
1.4. Benefit basis	4	9. Payment restrictions	12
1.5. Policy Term	4	10. Taxation	13
1.6. Currency	4	11. General modification right	13
2. Benefits	4	12. Disclaimer	13
2.1. Benefit options	4	13. Sanctions	13
2.2. Sum Insured	4	14. Law and Interpretation	13
2.3. Life Cover	5	15. Right to Cancel	13
2.4. Critical Illness Benefit	5	16. Assignments	14
2.5. Permanent and Total Disability Benefit	5	17. Anti-Money Laundering Regulations	14
2.6. Waiver of Premium Benefit	6	18. Changes to the Policy Terms and Conditions	14
2.7. Changing the Benefit amounts	7	19. Policy Owner/Life Insured changes of contact details	14
3. Termination of the Policy	7	20. Notices to the Company	14
4. When a claim will not be paid	7	21. Incorrect date of birth of the Life Insured	14
4.1. Exclusions applicable to all Covers:	7	22. Force Majeure	15
4.2. Exclusions applicable to Life Cover	8	23. Context	15
4.3. Exclusions applicable to Critical Illness Benefit	8	24. Data Protection and Disclosure Information	15
4.4. Exclusions applicable to Permanent and Total Disability Benefit	8	25. Compensation Schemes	15
4.5. Exclusions applicable to Waiver of Premium Benefit	8	26. Complaints	16
4.6. Other circumstances in which a claim will not be paid	9	27. How to contact us	16
5. Premiums	9	28. Glossary – Definitions of words used in this document	18
5.1. Currency	9	29. Critical Illness definitions	20
5.2. Premium calculation	9		
5.3. Guaranteed premiums	9		
5.4. Reviewable premiums	10		
5.5. Credit Card Charge	10		
5.6. Non-Payment of premiums	10		
6. Claims	10		
6.1. Claim conditions	10		
6.2. Claiming Life Cover	11		
6.3. Claiming for Critical Illness Benefit	11		
6.4. Claiming for Permanent and Total Disability Benefit	11		

1. Policy basis

1.1. Policy Owner

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

1.2. Life Insured

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

1.3. Life of Another Policies

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

1.4. Benefit basis

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

1.5. Policy Term

The Policy Term is chosen by the Policy Owner at the start of the Policy and it must be a fixed number of whole years. The Risk Commencement Date and the Policy Termination Date are shown in the Policy Schedule. The Policy Term cannot be changed and at the Policy Termination Date all Benefits provided by this Policy shall stop.

1.6. Currency

All payments made in connection with the Policy shall be payable in the Policy Currency. If requested, the Company may convert the payments into any other freely available currency but all currency conversions will be subject to the exchange rates applied by the Company at the time of conversion.

2. Benefits

2.1. Benefit options

The Policy provides Life Cover with any combination of the following Additional Benefits selected:

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

Additional Benefits cannot be added after the Risk Commencement Date.

Where Critical Illness Benefit and/or Permanent and Total Disability Benefit are selected, the Life Cover amount must match the Critical Illness Benefit and/or Permanent and Total Disability Benefit at all times.

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

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

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

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

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

The Policy has no surrender value at any time.

2.2. Sum Insured

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

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

Where the Critical Illness Benefit amount has been reduced below the life cover amount as described in Condition 5.4, the Company will provide the Policy Owner with a separate Critical Illness Benefit Reducing Sum Insured table at the time, describing the amount payable under a Critical Illness Benefit claim over the remaining policy term.

2.3. Life Cover

The amount paid in the event of a valid Life Cover claim will be the Sum Insured at the time of satisfactory notification of the claim.

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

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

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

2.4. Critical Illness Benefit

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

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

Subject to Condition 6.3 Claim conditions the Company will pay the Critical Illness Benefit if a Life Insured is diagnosed with a Critical Illness or undergoes a medical procedure as set out in Condition Critical Illness definitions.

For joint life policies, Critical Illness Benefit is paid once only when either of the Lives Insured is diagnosed with a critical illness or undergoes a medical procedure as set out in Condition Critical Illness definitions.

Where the Critical illness Benefit amount matches the Life Cover amount and a Critical Illness Benefit claim is paid, the Policy ends and all other Benefits stop including any ongoing claim under Waiver of Premium Benefit.

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

2.5. Permanent and Total Disability Benefit

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

Subject to Condition 6.4 Claim conditions, the Company will pay the Permanent and Total Disability Benefit if a Life Insured is diagnosed as being permanently and totally disabled as set out in these Policy Terms and Conditions, and has been so disabled for a continuous period of 180 days.

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

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

Permanent and total disability at the time of claim means:

Lives Insured aged 70 or younger in gainful employment

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

Lives Insured aged 70 or younger not in gainful employment

A Life Insured shall be regarded as being permanently and totally disabled if they are unable to perform at least three activities of daily working.

The activities of daily working are:

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

Lives Insured aged 71 or more

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

The activities of daily living are:

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

2.6. Waiver of Premium Benefit

This is an optional Benefit and will only apply if it is shown in the Policy Schedule. The Waiver of Premium Benefit amount is fixed and does not reduce over the Policy Term.

Subject to Condition 6.5 Claim conditions, if at any Premium Due Date a Life Insured is incapacitated as set out in these Policy Terms and Conditions for a continuous period of at least 180 days, the Company will waive the regular premium for as long as the incapacity continues.

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

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

Incapacity at the time of claim means:

Lives Insured aged 70 or younger in gainful employment

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

Lives Insured aged 70 or younger not in gainful employment

A Life Insured shall be regarded as being incapacitated if they are unable to perform at least three activities of daily working.

The activities of daily working are:

- i) Walking – the ability to walk more than 200 metres on the flat without stopping or severe discomfort.
- ii) Bending – the ability to get into or out of a standard saloon car, or the ability to bend or kneel to pick up a light object from the floor and straighten up again.
- iii) Communicating – the ability to answer the telephone and take a message.

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

Lives Insured aged 71 or more

A Life Insured shall be regarded as being incapacitated if he is unable to perform at least three activities of daily living.

The activities of daily living are:

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

2.7. Changing the Benefit amounts

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

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

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

3. Termination of the Policy

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

- i) At the end of the Policy Term;
- ii) Upon payment of the Sum Insured at the time of satisfactory notification of a claim,
- iii) The Policy Owner fails to pay the premiums and the Policy lapses;
- iv) The Policy Owner requests in writing to end the Policy.

4. When a claim will not be paid

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

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

4.1. Exclusions applicable to all Covers:

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

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

Further exclusion clauses may be listed in the Policy Schedule.

4.2. Exclusions applicable to Life Cover

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

- i) The Life Insured committing suicide (whether sane or insane) within:
 - a. 12 months of the Risk Commencement Date of the Policy,
 - b. within 12 months of the date of reinstatement of the Policy,
- ii) The Company not receiving written notification of death within 30 days of the date of death of the Life Insured or within a longer period at the Company's discretion if there are circumstances which prevent notification within this period.

4.3. Exclusions applicable to Critical Illness Benefit

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

- i) A medical condition, medical or surgical procedure/illness or injuries caused by an accident that is not described or that does not exactly meet the definition set out in Condition 22 Critical Illness definitions.
- ii) The Company not receiving written notification of the claim within 60 days of the Claim Event or within a longer period at the Company's discretion if there are circumstances which prevent notification within this period.
- iii) Intentional self-inflicted injury or attempted suicide whilst sane or insane.
- iv) Any medical condition which originated prior to the later of 90 days from:
 - a. the Risk Commencement Date stated in the Policy Schedule,
 - b. the date of any Policy reinstatement.

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

4.4. Exclusions applicable to Permanent and Total Disability Benefit

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

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

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

4.5. Exclusions applicable to Waiver of Premium Benefit

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

- i) A diagnosis of incapacity that does not exactly meet the definition set out in Condition 2.6.
- ii) The Company not receiving written notification of a claim within 60 days of the Claim Event or within a longer period at the Company's discretion if there are circumstances which prevent notification within this period.

- iii) The Life Insured being found to be infected by any Human Immunodeficiency Virus (HIV) or to be carrying any antibodies to such a virus.
- iv) The addiction to, abuse or misuse of alcohol or non-prescribed drugs.
- v) Mental, nervous or psychiatric disorders, without demonstrable brain disease.
- vi) Intentional self-inflicted injury or attempted suicide whilst sane or insane.
- vii) Any medical condition which originated prior to the later of:
 - a) the date on which Waiver of Premium Benefit was most recently added to the Policy,
 - b) the On Risk Date stated in the Policy Schedule,
 - c) the date of any Policy reinstatement.

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

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

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

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

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

5. Premiums

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

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

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

5.1. **Currency**

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

5.2. **Premium calculation**

Premiums are calculated:

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

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

5.3. **Guaranteed premiums**

Premium payments in respect of Life Cover and, if selected, Permanent and Total Disability Benefit and/or Waiver of Premium Benefit will remain unchanged throughout the Policy Term (unless Waiver of Premium Benefit increases as a result of an increase in Critical Illness Benefit premium as described in Condition 5.4 Reviewable premiums below).

5.4. **Reviewable premiums**

Premium payments in respect of Critical Illness Benefit, if selected, will remain unchanged for five years from the Risk Commencement Date. At the fifth Policy anniversary date the premium amount will be reviewed and then further premium reviews will occur every five years thereafter for the remainder of the Policy Term.

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

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

5.5. **Credit Card Charge**

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

5.6. **Non-Payment of premiums**

All premiums must be paid within three months of the Premium Due Dates, (the 'three month grace period'). If a premium payment is not made within three months

from a Premium Due Date the Policy will lapse without any value and all Cover will stop.

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

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

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

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

6. **Claims**

6.1. **Claim conditions**

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

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

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

- i) a completed claim form,
- ii) information from the treating doctor, consultant or any other third party at the request of the Company,
- iii) at the request of the Company the Life Insured to attend a medical examination, where a Critical Illness Benefit, Permanent and Total Disability Benefit or Waiver of Premium Benefit claim is being made,

- iv) proof of identity of the Policy Owner, Life Insured or claimant (if different from the Policy Owner)
- v) the Policy Schedule,
- vi) the death certificate of the Life Insured (where applicable).

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

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

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

6.2. **Claiming Life Cover**

The Policy Owner or their representatives must notify the Company in writing within 30 days of the date of death of the Life Insured or within a longer period at the Company's discretion if there are circumstances which prevent notification within this period. Upon receipt of the completed claim form, the Company will confirm the evidence required before the claim payment will be made.

After a claim has been admitted and the Life Cover has been paid, the Policy will end and all other Benefits under the Policy will stop, including any ongoing Waiver of Premium Benefit claim.

6.3. **Claiming for Critical Illness Benefit**

The Policy Owner or their representatives must notify the Company in writing within 60 days of the Life Insured being diagnosed with a Critical Illness or within a longer period at the Company's discretion if there are circumstances which prevent notification within this period. Upon receipt of the completed claim form, the Company will confirm the evidence required before the claim can be considered. In order for the Company to pay a Critical Illness Benefit claim, an Appropriate Medical Specialist and the Company Medical

Officer must both agree that the criteria for that condition have been fully met. In the case of a surgical condition, confirmation that the surgery has been performed will be required from the treating doctor.

When a Critical Illness Benefit claim is paid the Policy will end and all other Benefits will stop, including any ongoing Waiver of Premium Benefit claim.

6.4. **Claiming for Permanent and Total Disability Benefit**

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

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

6.5. **Claiming for Waiver of Premium Benefit**

The Policy Owner or their representatives must notify the Company in writing within 60 days of the Life Insured being incapacitated. Upon receipt of the completed claim form, the Company will confirm what evidence is required before the claim can be considered.

In order for the Company to waive premiums under the Waiver of Premium Benefit, an Appropriate Medical Specialist and the Company Medical Officer must both agree that the criteria for incapacity have been fully met.

The Company reserves the right at any time to request evidence to support the ongoing incapacity of the Life Insured and at the

Company's discretion, the Life Insured shall, when requested by the Company supply documents, medical evidence, reports signed by a medical practitioner approved or appointed by the Company, and shall submit themselves to be examined by a medical practitioner approved or appointed by the Company.

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

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

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

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

The benefit stops on the earlier of the following events:

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

7. Beneficiary Nomination

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

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

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

In the event of a valid claim for Critical Illness Benefit or Permanent and Total Disability Benefit, subject to the Policy Terms and Conditions the claim shall be

paid to the Policy Owner and not the nominated Beneficiary. In the event of a valid claim for Waiver of Premium Benefit, Policy premiums are waived by the Company and no payment is made to the Policy Owner or Beneficiary.

Any Beneficiary who becomes entitled to payment of the Life Cover shall have the right to enforce the terms of the Policy as a third party as set out in the provisions of the Isle of Man Contracts (Rights of Third Parties) Act 2001.

The terms of the Policy may be amended or varied between the Policy Owner and the Company without the Beneficiary's consent.

8. Termination right due to regulatory exposure

If the Policy Owner **moves to another country** and/or if the **tax residency of any Policy Owner changes** or differs from the information provided in a self-certification of tax residency or in documentation provided in connection with the Policy, the Policy Owner providing that self-certification or documentation 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. 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 its terms and conditions. Therefore, we reserve all rights to take any steps that we deem appropriate, including the right to cancel the Policy with immediate effect.

9. Payment restrictions

We execute payments under the Policy such as payments due to valid claims to the Policy Owner or Beneficiary indicated in the relevant contractual document. These payments can only be made by wire transfer and to a bank account in the name of such Policy Owner or Beneficiary located in the same jurisdiction as the Policy Owner's or as applicable the Beneficiary's (tax) residency. An exception to these restrictions may be granted at our sole discretion and after evaluation of the facts and circumstances. Under no circumstances will we execute any Policy related cash payments to US residents.

10. 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 Bahrain or Qatar. If you decide to live outside of the Bahrain or Qatar after this policy has been issued, and if you have questions or wish to receive additional information with respect to any of the provisions set forth above we recommend you obtain independent advice.

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

11. General modification right

Your insurance contract has been conducted based on the legal and regulatory requirements in force and applicable at the time of conclusion. **Should the mandatory legal and regulatory requirements applicable to this Policy change**, in particular if you change your country of residency, and as a consequence we are not able to continue performing the contract without potential material adverse effect to us, to meet the changed legal and regulatory requirements **we are entitled to modify the contractual terms and conditions as we deem appropriate at our own discretion and without your consent, or to terminate the Policy.**

We will inform you whenever reasonably possible in advance about the changes in the contractual terms and conditions. In the case of termination of the Policy, we will send you a termination notice and the contract will terminate in accordance with the termination notice.

12. Disclaimer

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

13. Sanctions

All financial transactions are subject to compliance and applicable trade or economic sanctions laws and regulations. We will not provide you with any services or benefits including but not limited to acceptance of premium payments, claim payments and other reimbursements, if in doing so we violate applicable trade sanctions laws and regulations.

We may **terminate** the Policy if we consider you or your directors or officers as sanctioned persons, or you conduct an activity which is sanctioned, according to trade or economic sanctions laws and regulations

14. Law and Interpretation

The Policy is governed by, and shall be construed in accordance with, the laws of the Isle of Man, and the courts of the Isle of Man shall have legal jurisdiction subject to the following conditions:

Where the Policy Owner is resident in Bahrain or Qatar, then the Company will submit to the non-exclusive jurisdiction of any competent legal authority in Bahrain or Qatar in respect of any litigation arising out of the Policy.

Except to enable a Beneficiary to make a valid claim in respect of Life Cover, the Policy and these terms and conditions shall not be enforceable by any person who is not a party to the Policy.

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

15. Right to Cancel

Policy Owners resident in Bahrain have the right to cancel a Policy and obtain a refund of any premiums paid by giving written notice to the Company using the address in Condition 21 How to contact us.

This notice must be received by the Company no more than 30 days from the date of issue of the Policy documents.

Policy Owners resident in Qatar have the right to cancel a Policy and obtain a refund of any premiums paid by giving written notice to the Company using the address in Condition 21 How to contact us. This notice must be received by the Company no more than 30 days from the date that the Policy Owner received the Policy documents.

If any premium has been paid into the Policy, and the Policy Owner exercises their right to cancel, the Company will refund the whole of the premium paid.

16. Assignments

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

17. Anti-Money Laundering Regulations

The Policy Owner or claimant will supply the Company with any such information or documents that the Company requests in order to comply with the Anti-Money Laundering Regulations in the Isle of Man or any other relevant jurisdiction. The Policy will only start or pay the proceeds of a claim when the Policy Owner or their representative(s) have provided all the information required by the Company that complies with the Regulations. Failure to provide such information will delay or prohibit the allocation of premiums or the payment of any Cover.

18. Notices to the Company

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

19. Incorrect date of birth of the Life Insured

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

20. Force Majeure

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

21. 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.

22. Data Protection and Disclosure Information

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

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

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

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

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

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

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

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

Individuals are entitled to receive (from the Company's Data Protection Officer) a copy

of their personal data held by the Company (and may be charged the statutory fee for this) and to have any errors corrected.

23. Compensation Schemes

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

24. Complaints

If you ever need to complain about your Policy, please contact us in the first instance, using the address or the contact numbers in Condition 21 'How to contact us'. Details of our complaint handling process are available on our website www.zurichinternational.com.

If you are not satisfied with our response and you are resident in Bahrain or Qatar, you may also have the right to refer your complaint to your relevant regulator, listed below. In the case of Bahrain, please be aware that there is a time limit to contact the Central Bank of Bahrain of 30 days from receipt of our response:

Bahrain regulator:

The Compliance Directorate
The Central Bank of Bahrain
P.O. Box 27
Manama
Bahrain

Telephone on: +973 17 547 777
Email: compliance@cbb.gov.bh
Website: www.cbb.gov.bh

Qatar regulator

Qatar Financial Centre Regulatory Authority (QFCRA)
The Customer Dispute Resolution Scheme
P.O.Box 22989
Doha
Qatar

Telephone: +974 495 6888
Email: compliance@cdrs.org.qa

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

The Financial Services Ombudsman Scheme
Isle of Man Office of Fair Trading

Thie Slieau Whallian,
Foxdale Road,
St John's,
Isle of Man IM4 3AS

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

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.

25. How to contact us

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

If you are based in Bahrain



Phone: +973 1756 3321
Sunday to Thursday between
9am and 5pm.



Fax: +973 1756 4291



Email: helppoint.bh@zurich.com



Write to:
Zurich International Life
Zurich HelpPoint
P.O. Box 10032
27th Floor
Almoayyed Tower
Seef District
Kingdom of Bahrain

If you are based in Qatar



Phone: +974 4496 7555
Sunday to Thursday between
9am and 5pm.



Email: helppoint.qa@zurich.com



Write to:
Zurich International Life
Zurich HelpPoint customer team
P.O. Box 26777
404 Fourth Floor
Qatar Financial Centre Tower
West Bay
Doha
Qatar

26. Glossary – Definitions of words used in this document

Additional Benefit

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

Appropriate Medical Specialist

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

Beneficiary

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

Benefit

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

Claim Event

An event that occurs to a Life Insured, that meets the appropriate definition within

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

Company Medical Officer

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

Cover

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

Critical Illness Benefit

The Benefit payable by the Company if a Life Insured contracts any illness covered under the Policy and defined in Condition 23 Critical Illness definitions of this Policy whilst the Policy is in force and if this Cover has been chosen.

Life Cover

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

Life Insured

A person whose life is insured under the Policy.

Life of Another Policy

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

Medical practitioner

A legally qualified and duly licensed medical physician or surgeon acting within the scope of that licence who is not the Life Insured or a close relative of either the Life Insured or their spouse or, the Policy Owner or their spouse.

Permanent and Total Disability Benefit

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

Policy Currency

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

Policy Owner

The individual or entity that enters into the contract of insurance with the Company that owns the Policy and that has the right to

exercise all privileges under the Policy.

Policy Schedule

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

Policy Term

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

Policy Termination Date

The date on which the Policy comes to an end.

Premium Due Date

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

Premium Payment Term

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

Reducing Sum Insured Table

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

Risk Commencement Date

The date on which the Policy starts.

Sum Insured

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

The Company

Zurich International Life Limited.

Waiver of Premium Benefit

The Benefit payable by the Company if a Life Insured is incapacitated as defined in Condition of these Policy Terms and Conditions Policy whilst the Policy is in force and if this Cover has been chosen.

27. Critical Illness definitions

'Critical Illness' means any one of the following:

1. Aorta graft surgery – for disease and trauma

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

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

For the above definition, the following are not covered:

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

2. **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.

3. **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.

4. **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.

5. **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.

6. **Cancer – excluding less advanced cases**

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

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

For the above definition, the following are not covered:

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

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

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

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

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

7. **Cardiomyopathy**

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

The diagnosis must also be;

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

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

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

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

8. **Coma – with permanent symptoms**

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

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

For the above definition the following are not covered:

- Coma secondary to alcohol, drug or chemical abuse.

9. **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.

10. **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.

11. **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.

12. **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.

13. **Encephalitis**

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

For the above definition, the following is not covered:

- Chronic fatigue syndrome and myalgic encephalomyelitis.

14. **Heart attack – of specified severity**

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

- New characteristic electrocardiographic changes.
- The characteristic rise of cardiac enzymes or Troponins recorded at the following levels or higher:

- Troponin T > 1.0 ng/ml
- AccuTnl > 0.5 ng/ml or equivalent threshold with other Troponin I methods.

The evidence must show a definite acute myocardial infarction.

For the above definition, the following are not covered:

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

15. **Heart failure**

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

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

16. **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.

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

Infection by Human Immunodeficiency Virus resulting from:

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

professional authorities and have been investigated in accordance with the established procedures.

- Where HIV infection is caught through a physical assault or as a result of an incident occurring during the course of performing normal duties of employment, the incident must be supported by a negative HIV antibody test taken within 10 days of the incident.
- There must be a further HIV test within 12 months confirming the presence of HIV or antibodies to the virus.
- The incident causing infection must have occurred in a specified country (as defined in these Policy Terms and Conditions).

For the above definition, the following is not covered:

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

The eligible occupations are:

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

***Specified country list:**

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

18. **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.
19. **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.
20. **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.
21. **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.
22. **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.
23. **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.
24. **Major organ transplant**
The undergoing as a recipient of a transplant, to replace a diseased or damaged organ, of bone marrow including human bone marrow using haematopoietic stem cells preceded by total bone marrow ablation or of one of the following complete human organs: heart, kidney, liver, lung or pancreas or inclusion on an official waiting list in a specified country (for the list of countries refer to specified country list below), solely for such a procedure.
- For the above definition, the following are not covered:
- Other than the above, stem cell transplants are excluded.
 - Transplant of parts of organs, tissues or cells or any other organs.
- Specified country list:**
Andorra, Australia, Austria, Bahrain, Belgium, Bulgaria, Canada, Channel Islands, Croatia, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Estonia, Finland, France, Germany, Gibraltar, Greece, Hong Kong, Hungary, Isle of Man, Iceland, Italy, Japan, Kuwait, Latvia, Liechtenstein, Lithuania, Luxembourg, Macau, Malaysia, Malta, Monaco, Netherlands, New Zealand, Norway, Oman, Poland, Portugal, Qatar, Republic of Ireland, Republic of Macedonia, Romania, San Marino, Saudi Arabia,

Singapore, Slovakia, Slovenia, South Africa, Spain, Sweden, Switzerland, Turkey, United Arab Emirates, United Kingdom, United States of America.

25. **Motor neurone disease – resulting in permanent symptoms**

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

26. **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.

27. **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.

28. **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.

29. **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.

30. **Primary pulmonary arterial**

hypertension – resulting in permanent symptoms

Primary pulmonary arterial hypertension with substantial right ventricular enlargement established by investigations including cardiac catheterisation, resulting in permanent irreversible physical impairment to the degree of at least Stage III of the NYHA Functional Classification of cardiac impairment.

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

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

31. **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.

32. **Systemic lupus erythematosus – of specified severity**

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

Severe kidney involvement with SLE as evidenced by:

- permanent impaired renal function with a glomerular filtration rate (GFR) below

30 ml/min/1.73m² and

- abnormal urinalysis showing proteinuria or haematuria, or

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

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

For the purposes of this definition:

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

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

33. **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.

34. **Terminal illness**

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

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

35. **Traumatic head injury**

– with permanent symptoms

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

Zurich International Life Limited is registered in Bahrain under Commercial Registration No. 17444 and is Licensed as an Overseas Insurance Firm – Life Insurance by the Central Bank of Bahrain. Zurich International Life Limited is authorised by the Qatar Financial Centre Regulatory Authority.

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

Registered in the Isle of Man number 20126C.

Registered office: Zurich House, Isle of Man Business Park, Douglas, Isle of Man, IM2 2QZ, British Isles.

Telephone +44 1624 662266 Telefax +44 1624 662038 www.zurichinternational.com



وثيقة التأمين العالمية لأجل المتناقصة

شروط وأحكام الوثيقة – البحرين وقطر

إن وثيقة التأمين العالمية لأجل المتناقصة هي منتج تأمين لأجل متناقص يقدم تغطية تأمينية إلزامية على الحياة إضافة إلى المزايا الاختيارية الإضافية خلال مدة ثابتة.

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

تستند كل وثيقة يتم إصدارها من قبل زيورخ انترناشيونال ليمنتد ("الشركة") على طلب يقدمه مالك/ مالكي الوثيقة المسمي/المسميين في جدول الوثيقة. يعتبر نموذج الطلب وشروط وأحكام الوثيقة وجدول الوثيقة وأي ملاحق تصدرها الشركة جزءاً من الوثيقة ويجب أن تعتبر على أنها متضمنة في الوثيقة. يجب الاحتفاظ بشروط وأحكام الوثيقة هذه وجدول الوثيقة في مكان آمن. يتكون هذا المستند من 24 صفحة.

المحتويات

10	5.5	رسم بطاقة الانتماء	4	1. أساس الوثيقة	8
10	5.6	عدم دفع أقساط التأمين	4	1.1. مالك الوثيقة	
10	6.	المطالبات	4	1.2. المؤمن له على الحياة	
10	6.1	شروط المطالبة	4	1.3. وثائق التأمين على حياة شخص آخر	
11	6.2	المطالبة بالتغطية التأمينية على الحياة	4	1.4. أساس المزية	
11	6.3	المطالبة بمزية المرض الخطير	4	1.5. مدة الوثيقة	
11	6.4	المطالبة بمزية العجز الكلي الدائم	4	1.6. العملة	
11	6.5	المطالبة بمزية الإعفاء من قسط التأمين	4	2. المزايا	
12	6.5.1	متى سنتوقف عن دفع المزية	4	2.1. خيارات المزايا	
12	7.	تعيين مستفيد	4	2.2. مبلغ التأمين	
12	8.	حق الانهاء بسبب التعرض التنظيمي	5	2.3. التغطية التأمينية على الحياة	
12	9.	قيود الدفع	5	2.4. مزية المرض الخطير	
12	10.	الضرائب	5	2.5. مزية العجز الكلي الدائم	
13	11.	حق التعديل العام	6	2.6. مزية الإعفاء من قسط التأمين	
13	12.	إخلاء مسؤولية	7	2.7. تغيير مبالغ المزية	
13	13.	العقوبات	7	3. انتهاء الوثيقة	
13	14.	القانون والتفسير	7	4. الحالات التي لن يتم فيها دفع مطالبة	
13	15.	حق الإلغاء		4.1. استثناءات تنطبق على جميع التغطيات التأمينية	
13	16.	التنازلات	7	4.2. استثناءات تنطبق على التغطية التأمينية على الحياة	
13	17.	لوائح مكافحة غسل الأموال والعقوبات	8	4.3. استثناءات تنطبق على مزية المرض الخطير	
14	18.	الإخطارات إلى الشركة	8	4.4. استثناءات تنطبق على مزية العجز الكلي الدائم	
14	19.	الخطأ في تاريخ ميلاد المؤمن له على الحياة		4.5. استثناءات تنطبق على مزية الإعفاء من قسط التأمين	
14	20.	القوة القاهرة		4.6. الظروف الأخرى التي لن يتم فيها دفع المطالبة	
14	21.	السياق	8	5. أقساط التأمين	
14	22.	حماية البيانات والإفصاح عن المعلومات		5.1. العملة	
15	23.	برامج التعويض	8	5.2. احتساب قسط التأمين	
15	24.	الشكاوى		5.3. أقساط التأمين المضمونة	
16	25.	كيفية الاتصال بنا	9	5.4. أقساط التأمين القابلة للمراجعة	
	26.	مسرد بالكلمات والمصطلحات المستخدمة في هذا المستند	9		
16			9		
18	27.	تعريفات المرض الخطير	9		
			10		

1. أساس الوثيقة
لا يمكن إضافة المزايا الإضافية بعد تاريخ بدء التغطية التأمينية على المخاطر.

1.1. مالك الوثيقة
يكون الحد الأقصى لعدد مالكي الوثيقة هو اثنان، يجب أن لا يقل عمر الاثنان عن 18 سنة في تاريخ بدء التغطية التأمينية على المخاطر المبين في جدول الوثيقة.

1.2. المؤمن له على الحياة
الحد الأقصى لعدد المؤمن لهم على الحياة هو اثنان، ويجب أن يكون عمر أي مؤمن له على الحياة بين سن 18 و74 سنة في تاريخ بدء التغطية التأمينية على المخاطر. يقتصر الحد الأقصى لعمر أي مؤمن له على الحياة على 59 سنة في تاريخ بدء الوثيقة أو تاريخ أي إضافة أو زيادة في مزية إذا تم اختيار مزية الإغفاء من قسط التأمين و/أو مزية المرض الخطير و/أو مزية العجز الكلي الدائم.

1.3. وثائق التأمين على حياة شخص آخر
يجوز الحصول على الوثيقة للتأمين على حياة شخص آخر في البداية طالما وافقوا على ذلك وتمكن مالك الوثيقة من إظهار تضرره ماليا في حال وفاة أو معاناة المؤمن له على الحياة من مرض خطير أو أصبح عاجزا كلياً وبشكل دائم في وقت نفاذ الوثيقة.

1.4. أساس المزية
يتم إصدار الوثيقة إما على أساس التأمين الفردي على الحياة أو التأمين المشترك على الحياة على أساس وقوع أول حدث.

1.5. مدة الوثيقة
يتم اختيار مدة الوثيقة من قبل مالك الوثيقة عند بدئها ويجب أن تكون عددا محددًا من سنين كاملة. يبين جدول الوثيقة تاريخ بدء التغطية التأمينية على المخاطر وتاريخ انتهاء الوثيقة. لا يمكن تغيير مدة الوثيقة وتتوقف جميع المزايا المقدمة بموجب هذه الوثيقة في تاريخ انتهاء الوثيقة.

1.6. العملة
يجب سداد جميع الدفعات ذات الصلة بالوثيقة بعملة الوثيقة. إذا كان ذلك ضرورياً، تقوم الشركة بتحويل جميع الدفعات إلى أي عملة أخرى متاحة قابلة للتحويل بحرية ولكن تخضع جميع تحويلات العملة لأسعار الصرف التي تطبقها الشركة في وقت التحويل.

2. المزايا

2.1. خيارات المزايا
تقدم الوثيقة تغطية تأمينية على الحياة مع مزيج من أي من المزايا الاختيارية التالية إذا تم اختيارها:

- مزية المرض الخطير
- مزية العجز الكلي الدائم
- مزية الإغفاء من قسط التأمين

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

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

إذا تم تخفيض مبلغ مزية المرض الخطير لأقل من مبلغ التغطية التأمينية على الحياة المبين في الشرط 4-5، تقوم الشركة بتزويد مالك الوثيقة بجدول مبلغ تأمين مزية المرض الخطير مستقل في ذلك الوقت يبين المبلغ مستحق الدفع بموجب مطالبة مزية المرض الخطير عن المدة المتبقية من الوثيقة.

2.3

التغطية التأمينية على الحياة

يكون المبلغ الذي دفع في حالة مطالبة تغطية تأمينية على الحياة صحيحة هو مبلغ التأمين في وقت تقديم إخطار مقنع بالمطالبة.

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

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

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

2.4

مزية المرض الخطير

تعتبر هذه المزية مزية اختيارية وسوف تنطبق فقط إذا كانت واردة في جدول الوثيقة. يكون مبلغ مزية المرض الخطير في تاريخ بدء التغطية التأمينية على المخاطر دائما مساويا لمبلغ التأمين. قد يتم تخفيض مبلغ مزية المرض الخطير من قبل الشركة بموافقة مالك الوثيقة كما هو مبين في الشرط 4-5.

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

مع مراعاة الشرط 3-6 شروط المطالبة، تدفع الشركة مزية المرض الخطير إذا تم تشخيص المؤمن له على الحياة على أنه مصاب بمرض خطير أو يخضع لإجراء طبي كما هو وارد في بند تعريفات المرض الخطير.

تدفع مزية المرض الخطير فيما يختص بالوثائق المشتركة مرة واحدة فقط عند تشخيص أي من المؤمن لهما على الحياة على أنه مصاب بمرض خطير أو يخضع لإجراء طبي كما هو وارد في بند تعريفات المرض الخطير.

إذا تطابق مبلغ مزية المرض الخطير مع مبلغ التأمين وتم دفع مطالبة بمزية المرض الخطير، تنتهي الوثيقة وتتوقف جميع المزايا الأخرى بما في ذلك أي مطالبة جارية بموجب مزية الإغفاء من قسط التأمين.

إذا تم تخفيض مبلغ مزية المرض الخطير لأقل من مبلغ التغطية التأمينية على الحياة المبين في الشرط 4-5، تخفض مطالبة بمزية المرض الخطير مبلغ التأمين بمبلغ المطالبة. تستمر الوثيقة، كما تستمر أي مطالبة قائمة بموجب مزية الإغفاء من قسط التأمين ويبقى مبلغ قسط التأمين المنتظم كما هو عليه دون تغيير.

2.5

مزية العجز الكلي الدائم

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

مع مراعاة الشرط 4-6 شروط المطالبة، تدفع الشركة مزية العجز الكلي الدائم إذا تم تشخيص مؤمن له على الحياة على أنه عاجزا كليا وبشكل دائم كما هو وارد في شروط وأحكام هذه الوثيقة، واستمر عجزه لفترة مستمرة مدتها 180 يوما.

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

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

يعني العجز الكلي الدائم في وقت المطالبة:

المؤمن لهما على الحياة اللذان يبلغان عمر الـ 70 سنة أو أصغر ولديهما عمل مربح
يعتبر المؤمن له على الحياة على أنه لديه عجز كلي ودائم إذا لم يكن قادرا مطلقا على العمل في وظيفته أو مهنته أو أعماله (سواء أن كان بأجر أو خلاف ذلك)، وغير قادر كذلك على المشاركة في أي مهنة يعتبر مناسباً لها بالتعليم والتدريب والخبرة لباقي حياته نتيجة للعجز.

المؤمن لهما على الحياة اللذان يبلغان من العمر الـ 70 سنة أو أصغر ولا يمارسان عملا مربحا

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

أنشطة العمل اليومية هي:

2.6.

مزية الإعفاء من قسط التأمين

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

مع مراعاة الشرط 5-6 شروط المطالبة، إذا أصبح مؤمن له على الحياة في أي تاريخ استحقاق قسط تأمين عاجزاً كما هو وارد في شروط وأحكام هذه الوثيقة لفترة مستمرة مدتها 180 يوماً، سوف تعفي الشركة من قسط التأمين المنتظم طالما كان العجز مستمراً.

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

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

يعني العجز في وقت المطالبة:

المؤمن لهما على الحياة اللذان يبلغان عمر 70 سنة أو أصغر ولديهما عمل مربح

يعتبر المؤمن له على الحياة على أنه عاجز إذا لم يكن قادراً على الانخراط في وظيفته أو مهنته أو أعماله (سواء أن كان بائعاً أو خلاف ذلك)، وغير قادر كذلك على المشاركة في أي مهنة يعتبر مناسباً لها بالتعليم والتدريب نتيجة للعجز.

المؤمن لهما على الحياة اللذان يبلغان عمر 70 سنة أو أصغر ولا يمارسان عملاً مربحاً

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

أنشطة العمل اليومية هي:

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

(ii) الانحناء - القدرة على دخول سيارة صالون قياسية أو الخروج منها أو القدرة على الانحناء أو الجثو لالتقاط جسم خفيف من على الأرض والاعتدال ثانية؛

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

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

(ii) الانحناء - القدرة على دخول سيارة صالون قياسية أو الخروج منها أو القدرة على الانحناء أو الجثو لالتقاط جسم خفيف من على الأرض والاعتدال ثانية؛

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

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

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

المؤمن لهما على الحياة اللذان يبلغان من العمر

71 سنة أو أكثر

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

أنشطة الحياة اليومية هي:

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

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

(iii) الاستحمام/التنظيف - تشغيل المواسير والدخول والخروج من الحمام/الدش وغسل الوجه/اليدين، الخ. التجفيف وتمشيط الشعر.

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

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

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

- (iv) القراءة – توفر الإبصار المطلوب للقدرة على قراءة جريدة يومية مع المساعدات التصحيحية إذا تطلب الأمر
- (v) الكتابة – توفر القدرة البدنية على الكتابة المقروءة باستخدام قلم جاف أو رصاص.
- المؤمن لهما على الحياة اللذان يبلغان من العمر 71 سنة أو أكثر**
- يعتبر المؤمن له على الحياة على أنه عاجز إذا لم يكن قادراً على أداء ثلاث من أنشطة الحياة اليومية على الأقل. أنشطة الحياة اليومية هي:

- (i) الأكل/التغذية – قطع اللحم، مسح الزبدة على الخبز، إيصال الأكل أو الشرب إلى الفم باستخدام اليد أو الأواني.
- (ii) ارتداء الملابس – القدرة على اللبس بما في ذلك ربط السحابات والأزرار وتناول الملابس من خزانات وأدراج الملابس.
- (iii) الاستحمام/التزج – تشغيل المواسير والدخول والخروج من الحمام/الدش وغسل الوجه/اليدين، الخ. التجفيف وتمشيط الشعر.
- (iv) استخدام المراحيض – الدخول والخروج من المراحيض، الجلوس على والقيام من المراحيض دون مساعدة، معرفة الحاجة أو ضرورة إفراغ المثانة أو الأمعاء في الوقت المناسب بالذهاب إلى المراحيض.
- (v) الحركة/التنقل – الصعود إلى والنزول من الفراش والانتقال من مكان لآخر، مثل من الكرسي للفراش أو القيام من الكرسي أو الانتقال من كرسي لآخر.
- (vi) المشي/استخدام الكرسي المتحرك: الانتقال من مكان إلى آخر – المشي أو استخدام الكرسي المتحرك دون محرك يدفعه المؤمن له على الحياة أو استخدام إطار.

- 2.7 تغيير مبالغ المزية**
- لا يجوز لمالك الوثيقة تخفيض أي من مبالغ المزية بموجب الوثيقة.
- يجوز للشركة تخفيض أي مبالغ مزية بموجب الوثيقة وفقاً لشروط وأحكام الوثيقة هذه.
- لا يجوز زيادة أي مبالغ مزية بموجب الوثيقة.
3. انتهاء الوثيقة
- تنتهي الوثيقة في حال حدوث الأول من الأحداث التالية:
- (i) في نهاية مدة الوثيقة؛
- (ii) عند دفع مبلغ التأمين في وقت تقديم إخطار مقنع بمطالبة؛
- (iii) فشل مالك الوثيقة في دفع أقساط التأمين مما أدى لانقضاء الوثيقة؛
- (iv) طلب مالك الوثيقة خطياً إنهاء الوثيقة.
4. الحالات التي لن يتم فيها دفع مطالبة
- هنالك ظروف ينتج عنها عدم دفع مطالبة، بما في ذلك بنود الاستثناء.
- ينهي أي بند استثناء التزام الشركة بدفع مطالبة بسبب الظروف المبينة في البند.
- 4.1 استثناءات تنطبق على جميع التغطيات التأمينية:**
- لن تدفع الشركة مطالبة تنشأ بشكل مباشر أو غير مباشر نتيجة لما يلي:
- (i) مشاركة المؤمن له على الحياة الفعلية في:
- (a) الحرب أو العمليات شبه الحربية (سواء أن أعلنت الحرب أم لم تعلن)
- (b) الغزو أو الأعمال العدائية أو التمرد أو أعمال الشغب أو الاضطرابات المدنية أو الحرب الأهلية أو الثورة أو العصيان المسلح أو اغتصاب سلطة الحكومة
- (c) عمل قام به عدو أجنبي
- (d) أي نشاط (عسكري أو خلاف ذلك) أو مؤامرة تسبب أو تقود إلى إعلان الحكم العرفي أو حالة حصار.
- (ii) مشاركة المؤمن له على الحياة الفعلية في الإرهاب أو مؤامرة للقيام بإرهاب والتي تشمل أي نشاط يعرض حياة الإنسان للخطر أو تتسبب في ضرر بالممتلكات.
- (iii) فعل جنائي يرتكبه؛
- (a) المؤمن له على الحياة؛ أو
- (b) مالك الوثيقة أو أي مستفيد ضد المؤمن له على الحياة.
- قد يتم إدراج بنود استثناءات إضافية في جدول الوثيقة.

- 4.2. استثناءات تنطبق على التغطية التأمينية على الحياة
 لن تدفع الشركة مطالبة إذا كانت تعزو بشكل مباشر أو غير مباشر إلى:
- (i) انتحار المؤمن له على الحياة (سواء أن كان عاقلًا أو غير عاقل) خلال:
- (a) 12 شهرًا من تاريخ بدء التغطية التأمينية على المخاطر المتعلقة بالوثيقة؛
- (b) 12 شهرًا من تاريخ استعادة الوثيقة؛ أو
- (ii) عدم استلام الشركة لإخطار كتابي بالوفاة خلال 30 يومًا من تاريخ وفاة المؤمن له على الحياة أو خلال مدة أطول حسب تقدير الشركة إذا كانت هنالك ظروف تمنع تقديم الإخطار خلال هذه المدة.
- 4.3. استثناءات تنطبق على مزية المرض الخطير
 لن تدفع الشركة مطالبة بمزية المرض الخطير إذا كانت تعزو بشكل مباشر أو غير مباشر إلى:
- (i) الإصابة بحالة طبية/إجراء طبي/مرض أو إصابات بسبب حادث غير موصوف ولا يفي تمامًا بمتطلبات التعريف الوارد في البند 22 "تعريفات المرض الخطير"؛
- (ii) عدم استلام الشركة لإخطار كتابي بالمطالبة خلال 60 يومًا من حدث المطالبة، أو خلال مدة أطول حسب تقدير الشركة إذا كانت هنالك ظروف تمنع تقديم الإخطار خلال هذه المدة.
- (iii) الإصابة الذاتية المتعمدة أو محاولة الانتحار سواء كان بحالة عقلية سليمة أو غير سليمة؛
- (iv) أي حالة طبية نشأت قبل 90 يومًا من الأخير من بين:
- (a) تاريخ بدء التغطية التأمينية على المخاطر المبين في جدول الوثيقة؛
- (b) تاريخ أي استعادة للوثيقة؛
- ما لم يتم الإفصاح عن الحالة الطبية للتأمين وقبولها من قبلنا كجزء من الطلب أو زيادة أو في أي عملية استعادة.
- 4.4. استثناءات تنطبق على مزية العجز الكلي الدائم
 لن تدفع الشركة مطالبة بمزية عجز كلي دائم إذا كانت تعزو بشكل مباشر أو غير مباشر إلى:
- (i) تشخيص بالعجز الكلي الدائم لا يفي تمامًا بمتطلبات التعريف الوارد في البند 5-2 مزية العجز الكلي الدائم؛
- (ii) عدم استلام الشركة لإخطار كتابي بمطالبة في غضون 60 يومًا من حدث المطالبة؛ أو خلال مدة أطول حسب تقدير الشركة إذا كانت هنالك ظروف تمنع تقديم الإخطار خلال هذه المدة.
- (iii) إدمان أو سوء استخدام الكحول أو الإدمان أو سوء استخدام العقاقير غير الموصوفة.
- (iv) الاضطرابات العقلية أو العصبية أو النفسية دون مرض في الدماغ يمكن إثباته؛
- (v) وجد أن المؤمن له على الحياة مصاب بفيروس فقدان المناعة أو حاملًا لأي أجسام مضادة لهذا الفيروس.
- (vi) الإصابة الذاتية المتعمدة أو محاولة الانتحار سواء كان الشخص في حالة عقلية سليمة أو غير سليمة.
- (vii) أي حالة طبية نشأت قبل الأخير من بين:
- (a) تاريخ بدء التغطية التأمينية على المخاطر المبين في جدول الوثيقة؛
- (b) تاريخ أي استعادة للوثيقة؛
- ما لم يتم الإفصاح عن الحالة الطبية للتأمين وتم قبولها من قبلنا كجزء من الطلب أو زيادة أو في أي عملية استعادة.
- 4.5. استثناءات تنطبق على مزية الإعفاء من قسط التأمين
 لن تدفع الشركة مطالبة بمزية الإعفاء من قسط التأمين إذا كانت تعزو بشكل مباشر أو غير مباشر إلى ما يلي:
- (i) تشخيص العجز الذي لا يفي تمامًا بالتعريف الوارد في البند 6-2.
- (ii) عدم استلام الشركة لإخطار كتابي بالمطالبة خلال 60 يومًا من حدث المطالبة، أو خلال مدة أطول حسب تقدير الشركة إذا كانت هنالك ظروف تمنع تقديم الإخطار خلال هذه المدة.

- (iii) وجد أن المؤمن له على الحياة مصاب بفيروس فقدان المناعة أو حاملا لأي أجسام مضادة لهذا الفيروس.
- (iv) إدمان أو سوء استخدام الكحول أو الإدمان أو سوء استخدام العقاقير غير الموصوفة.
- (v) الاضطرابات العقلية أو العصبية أو النفسية دون مرض في الدماغ يمكن إثباته؛
- (vi) الإصابة الذاتية المتعمدة أو محاولة الانتحار سواء كان الشخص في حالة عقلية سليمة أو غير سليمة.
- (vii) أي حالة طبية نشأت قبل الأخير من بين:

(a) آخر تاريخ تم فيه إضافة مزية الإعفاء من قسط التأمين للوثيقة؛ أو

(b) تاريخ بدء التغطية التأمينية على المخاطر المبين في جدول الوثيقة

(c) تاريخ أي استعادة للوثيقة

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

4.6 الظروف الأخرى التي لن يتم فيها دفع مطالبة

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

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

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

(a) رفض التغطية التأمينية كليا؛ أو

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

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

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

5. أقساط التأمين

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

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

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

5.1 العملة

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

5.2 احتساب أقساط التأمين

يتم احتساب أقساط التأمين على النحو التالي:

(i) عند البدء، أو

(ii) عند الاستعادة، أو

(iii) في وقت مراجعة المرض الخطير.

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

5.3 أقساط التأمين المضمونة

تبقى دفعات قسط التأمين فيما يتعلق بالتغطية التأمينية على الحياة، إذا تم اختيارها و/أو مزية العجز الكلي الدائم و/أو مزية الإعفاء من قسط التأمين دون تغيير طوال مدة الوثيقة (ما لم تزيد مزية الإعفاء من قسط التأمين نتيجة لزيادة في قسط مزية المرض الخطير كما هو مبين في البند 4-5 أدناه - أقساط التأمين القابلة للمراجعة.

5.4

أقساط التأمين القابلة للمراجعة

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

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

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

(ii) يبقى مبلغ دفعة قسط التأمين كما هو دون تغيير وينخفض مبلغ التأمين بالمبلغ الذي تحدده الشركة.

(iii) تم حذف مزية المرض الخطير من الوثيقة وتم تخفيض دفعة قسط التأمين بمبلغ تحدده الشركة. إذا انطبقت مزية الإغفاء من قسط التأمين على الوثيقة، سوف يشمل تخفيض قسط التأمين تخفيض في مبلغ مزية الإغفاء من قسط التأمين بحيث تطابق مزية الإغفاء من قسط التأمين مبلغ قسط التأمين الذي تم تخفيضه.

5.5

رسم بطاقة الانتماء

تحتفظ الشركة بحق فرض رسم إضافي على أقساط التأمين التي يتم دفعها باستخدام بطاقة الانتماء. تتم إضافة الرسم إلى المبلغ المخصص من بطاقة انتماء مالك الوثيقة وقد يختلف الرسم حسب تقدير الشركة المعقول لتغطية الزيادات في تكاليف توفير طريقة الدفع هذه.

5.6

عدم دفع أقساط التأمين

يجب دفع جميع أقساط التأمين خلال ثلاثة أشهر من تواريخ استحقاق قسط التأمين، (فترة السماح البالغة ثلاثة أشهر). إذا لم يتم سداد دفعة قسط تأمين خلال ثلاثة أشهر من تاريخ استحقاق قسط التأمين، تنقضي الوثيقة دون قيمة وتتوقف جميع التغطيات التأمينية.

إذا قبلت الشركة مطالبة تحديث خلال فترة السماح المحددة بثلاثة أشهر، تحتفظ الشركة بحق خصم أي أقساط تأمين غير مدفوعة من مبلغ المطالبة.

إذا انقضت الوثيقة لأن أقساط التأمين بقيت غير مدفوعة لمدة ثلاثة أشهر أو أكثر، يجوز لمالك الوثيقة أن يطلب من الشركة استعادة الوثيقة شريطة الوفاء بجميع المتطلبات التالية للشركة خلال ١٢ شهراً من تاريخ استحقاق أول قسط تأمين غير مدفوع:

(i) نموذج طلب استعادة من مالك/مالكي الوثيقة، و

(ii) دفع جميع أقساط التأمين القائمة، و

(iii) أي دليل تأمين تطلبه الشركة.

تكون استعادة الوثيقة حسب تقدير الشركة

6. المطالبات

شروط المطالبة

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

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

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

(i) نموذج مطالبة مكتمل.

(ii) معلومات من الطبيب المعالج أو الاستشاري أو طرف ثالث مناسب عند طلب الشركة لذلك.

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

عند دفع مطالبة بمزية المرض الخطير، تنتهي الوثيقة وتتوقف جميع المزايا الأخرى بموجب الوثيقة، بما في ذلك أي مطالبة بمزية الإغفاء من قسط التأمين جارية.

المطالبة بمزية العجز الكلي الدائم

6.4 يجب على مالك الوثيقة أو ممثليه إخطار الشركة كتابياً في غضون 60 يوماً من تشخيص إصابة المؤمن له على الحياة بعجز كلي دائم أو خلال فترة أطول حسب تقدير الشركة إذا كانت هنالك ظروف تمنع الإخطار خلال هذه الفترة. عند استلام الشركة لنموذج المطالبة المكتمل، تقوم بتأكيد الدليل المطلوب قبل النظر في المطالبة. لكي تقوم الشركة بسداد مطالبة بمزية العجز الكلي الدائم يجب أن يتفق أخصائي طبي مناسب والمسؤول الطبي بالشركة على أن المعايير الخاصة بالعجز الكلي الدائم قد تم الوفاء بها على أكمل وجه. تحتفظ الشركة بالحق في طلب تأكيد من جهة مستقلة يفيد بضرورة أي علاج طبي وملاءمته والحصول على رأي بشأن مستوى العجز.

عند قبول مطالبة بمزية العجز الكلي الدائم ودفع المزية، تنتهي الوثيقة وتتوقف جميع المزايا الأخرى بما في ذلك أي مطالبة جارية بموجب مزية الإغفاء من قسط التأمين.

المطالبة بمزية الإغفاء من قسط التأمين

6.5 يجب على مالك الوثيقة أو ممثليه إرسال إخطار كتابي للشركة في غضون 60 يوماً من إصابة المؤمن له على الحياة بعجز. وبعد استلام الشركة لنموذج المطالبة المكتمل تقوم بتأكيد الدليل المطلوب قبل النظر في المطالبة.

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

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

(v) جدول الوثيقة

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

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

يجب على مالك الوثيقة أثناء تقييم مطالبة الاستمرار في دفع أقساط التأمين المنتظمة في الوثيقة لتفادي مخاطر أنقضاء الوثيقة.

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

6.2 المطالبة بالتغطية التأمينية على الحياة

يجب على مالك الوثيقة أو ممثليه إخطار الشركة كتابياً خلال 30 يوماً من تاريخ وفاة المؤمن له على الحياة أو خلال فترة أطول حسب تقدير الشركة إذا كانت هنالك ظروف تمنع الإخطار خلال هذه الفترة. عند استلام نموذج المطالبة المكتمل تقوم الشركة بتأكيد الدليل المطلوب قبل القيام بدفع المطالبة.

بعد قبول المطالبة ودفع مبلغ التغطية التأمينية على الحياة، تنتهي الوثيقة وتتوقف جميع المزايا الأخرى بموجب الوثيقة، بما في ذلك أي مطالبة بمزية الإغفاء من قسط التأمين جارية.

6.3 المطالبة بمزية المرض الخطير

يجب على مالك الوثيقة أو ممثليه إرسال إخطار كتابي للشركة في غضون 60 يوماً من تشخيص إصابة المؤمن له على الحياة بمرض خطير أو خلال فترة أطول حسب

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

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

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

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

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

6.5.1. متى سنتوقف عن دفع المزية
تتوقف المزية عند حدوث أي من الأحداث التالية أولاً:

- عندما تصبح غير مستوفيا لتعريف العجز
- العودة للعمل بأجر
- انتهاء مدة الوثيقة،
- انتهاء الوثيقة بعد دفع مبلغ التأمين.

7. تعيين مستفيد

يجوز لمالك الوثيقة أن يقوم كتابيا بتعيين مستفيد لاستلام مبلغ التغطية التأمينية على الحياة مع مراعاة موافقة الشركة وأي شروط أو أحكام أو قيود قد تفرضها الشركة بشكل معقول من وقت لآخر.

يجوز لمالك الوثيقة إلغاء تعيين مستفيد أو يجوز له تعيين مستفيد مختلف في مكان مستفيد تم تعيينه مسبقاً. يؤدي التنازل عن أو تحويل الوثيقة لطرف ثالث تلقائياً إلى إلغاء أي تعيين مستفيد قائم.

في حالة تقديم مطالبة صحيحة للحصول على مزية المرض الخطير أو مزية العجز الكلي الدائم وفقاً لشروط وأحكام وثيقة التأمين، يجب دفع المطالبة إلى مالك وثيقة التأمين وليس للمستفيد المعين. وفي حالة تقديم مطالبة صحيحة للحصول على مزية الإعفاء من قسط التأمين، تعفي الشركة من أقساط التأمين الخاصة بالوثيقة ولا تدفع أية مبالغ إلى مالك الوثيقة أو المستفيد.

يحق لأي مستفيد أصبح مستحقاً لدفع مبلغ التغطية التأمينية على الحياة إنفاذ شروط الوثيقة كطرف ثالث كما هو وارد

في أحكام قانون العقود في آيل أوف مان (حقوق الأطراف الثالثة) لسنة 2001.

يجوز تعديل أو تغيير شروط الوثيقة بين مالك الوثيقة والشركة دون الحاجة لموافقة المستفيد.

8. حق الإنهاء بسبب التعرض للتنظيمي

إذا انتقل مالك الوثيقة إلى دولة أخرى و/أو تغيرت الإقامة الضريبية لأي مالك وثيقة أو اختلفت عن المعلومات المقدمة في الشهادة الذاتية للإقامة الضريبية أو المستندات المقدمة فيما يتصل بالوثيقة، يجب على مالك الوثيقة الذي يقدم تلك الشهادة الذاتية أو المستند أن يقدم لنا إخطاراً كتابياً مسبقاً بذلك التغيير في مدة لا تتجاوز ٣٠ يوماً من ذلك التغيير.

يرجى ملاحظة أنه في حال انتقالك إلى دولة أخرى فقد لا يحق لك إجراء دفعات في الوثيقة الخاصة بك. قد تؤثر القوانين المحلية في الدولة التي قد تنتقل إليها على قدرتنا على الاستمرار في إدارة الوثيقة الخاصة بك وفقاً لشروطها وأحكامها. عليه، فإننا نحتفظ بكافة الحقوق في اتخاذ أي خطوات نراها مناسبة، بما في ذلك الحق في إلغاء الوثيقة بأثر فوري.

9. قيود الدفع

نقوم بتنفيذ الدفعات بموجب الوثيقة مثل الدفعات المستحقة بموجب مطالبات صحيحة لمالك الوثيقة أو المستفيد المبين في مستند التعاقد ذي الصلة. يمكن إجراء هذه الدفعات فقط عن طريق التحويل المصرفي لحساب مصرفي باسم مالك الوثيقة أو المستفيد المقيم في نفس الدولة التي يقيم فيها مالك الوثيقة أو حسبما ينطبق في بلد الإقامة الضريبية للمستفيد. يجوز منح استثناء من هذه القيود حسب تقديرنا المطلق وبعد تقييم الحقائق والظروف. لن نقوم بأي حال من الأحوال بتنفيذ دفعات نقدية ذات صلة بالوثيقة للمقيمين في الولايات المتحدة الأمريكية.

10. الضرائب

نحن لا نقدم أي نصيحة ضريبية، وأي معلومات ذات صلة بقوانين ونظم الضرائب المعمول بها هي ذات طبيعة عامة فقط. تم إعداد الوثيقة لمالكي الوثيقة المقيمين في دولة البحرين وقطر. إذا قررت أن تعيش خارج البحرين وقطر بعد إصدار الوثيقة أو كانت لديك استفسارات أو رغبت في الحصول على المزيد من المعلومات فيما يتعلق بأي أحكام واردة أعلاه، فإننا ننصحك بالحصول على نصيحة مستقلة.

نحن لا نقبل أي مسؤولية أو التزام مهما يكن عن أي آثار ضريبية سلبية التي قد تنشأ فيما يختص بالوثيقة الخاصة بك و/أو بالدفعات التي تم إجراؤها بموجبها نتيجة لتغيير بلد الإقامة.

11. حق التعديل العام

تم إعداد هذه الوثيقة للوفاء بالمتطلبات التنظيمية للعملاء المقيمين في البحرين أو قطر. إذا انتقل مالك الوثيقة أو المؤمن له على الحياة إلى أي دولة خلال مدة الوثيقة، قد لا تصبح مناسبة. قد تؤثر القوانين والنظم في دولة مختلفة على قدرة الشركة على الاستمرار في إدارة الوثيقة وفقاً لشروط وأحكام هذه الوثيقة وقد لا تصبح الشركة قادرة على تقديم التغطية التأمينية بموجب الوثيقة.

15. حق الإلغاء

يحق لمالكي الوثيقة المقيمين في البحرين إلغاء وثيقة والحصول على استرداد لأي أقساط تأمين تم دفعها بتقديم إخطار كتابي للشركة باستخدام العنوان المبين في البند 21 "كيفية الاتصال بنا". يجب أن يتم استلام هذا الإخطار من قبل الشركة خلال مدة لا تتجاوز 30 يوماً من تاريخ إصدار مستندات الوثيقة.

يحق لمالكي الوثيقة المقيمين في قطر إلغاء وثيقة والحصول على استرداد لأي أقساط تأمين تم دفعها بتقديم إخطار كتابي للشركة باستخدام العنوان المبين في البند 21 "كيفية الاتصال بنا". يجب أن يتم استلام هذا الإخطار من قبل الشركة خلال مدة لا تتجاوز 30 يوماً من تاريخ استلام مالك الوثيقة لمستندات الوثيقة.

إذا تم دفع أي قسط تأمين في الوثيقة ومارس مالك الوثيقة حق الإلغاء، تقوم الشركة بإرجاع كامل قسط التأمين الذي تم دفعه.

16. التنازلات

للتنازل عن الوثيقة، يجب على مالك الوثيقة إرسال نموذج تنازل مستوفي البيانات للشركة وتقديم أي معلومات وإثباتات تطلبها الشركة بشكل معقول للتأكد من هوية مالك الوثيقة والمتنازل له، لن تتم معالجة أي تنازل ما لم وحتى توافق عليه الشركة كتابياً. قد يخضع أي تنازل عن الوثيقة لشخص يقيم في دولة مختلفة عن دولة مالك الوثيقة لأحكام البند 8 القانون والتفسير.

17. لوائح مكافحة غسل الأموال والعقوبات

يقوم مالك الوثيقة أو مقدم المطالبة بنزويد الشركة بأية معلومات أو مستندات تطلبها لكي تتمثل للوائح مكافحة غسل الأموال في أيل أو ف مان أو أي ولاية قضائية أخرى ذات صلة. تبدأ الوثيقة ويتم دفع عائدات مطابقة فقط عند قيام مالك الوثيقة أو ممثله/ممثلته بتقديم المعلومات التي تطلبها الشركة والتي تنقيد بالوائح. يؤدي عدم تقديم تلك المعلومات إلى تأخير أو منع تخصيص أقساط التأمين أو دفع أي تغطية تأمينية.

تم عقد التأمين استناداً إلى المتطلبات القانونية والتنظيمية السارية والمطبقة في وقت الإبرام. إذا تغيرت المتطلبات القانونية والتنظيمية الإلزامية المطبقة على هذه الوثيقة، وعلى وجه الخصوص إذا قمت بتغيير بلد الإقامة، ونتيجة لذلك لم نكن قادرين على الاستمرار في أداء العقد دون تأثير سلبي جوهري محتمل علينا لاستيفاء المتطلبات القانونية والتنظيمية المتغيرة، يحق لنا تعديل الشروط والأحكام التعاقدية حسبما نراه مناسباً حسب تقديرنا ودون موافقتك، أو إنهاء الوثيقة.

سوف نبلغك مسبقاً كلما كان ذلك ممكناً بشكل معقول بأي تغييرات في الشروط والأحكام التعاقدية. في حال إنهاء الوثيقة، سوف نرسل لك إخطار إنهاء، وسينتهي العقد وفقاً لإخطار الإنهاء.

12. إخلاء مسؤولية

نحن لا نتحمل أي مسؤولية أو التزام مهما يكن عن أي تكلفة تم تكديدها أو التزام تم فرضه على مالك الوثيقة نتيجة لجهودنا بحسن نية للامتثال للمتطلبات الخاصة بالتحديد أو العناية الواجبة أو الإبلاغ بالمعلومات ذات الصلة بمالك الوثيقة لأغراض الضريبة

13. العقوبات

تخضع جميع المعاملات المالية للامتثال لقوانين ولوائح العقوبات التجارية والاقتصادية المعمول بها. لن نقوم بتزويدك بأي خدمات أو مزايا بما في ذلك ودون تحديد قبول دفعات قسط التأمين ودفعات المطالبة وعمليات السداد الأخرى، إذا كان في قيامنا بذلك انتهاكاً لقوانين ولوائح العقوبات التجارية والاقتصادية المعمول بها.

يجوز لنا إنهاء الوثيقة إذا اعتبرنا أنك أنت أو مديريك أو مسؤوليك كأشخاص خاضعين لعقوبات أو قمت بنشاط خاضع لعقوبات، وفقاً لقوانين ولوائح العقوبات التجارية والاقتصادية.

المعلومات والشروط والأحكام ذات الصلة بالتبادل التلقائي للمعلومات لأغراض الضريبة وامتثال العميل للضريبة

14. القانون والتفسير

تخضع الوثيقة وتفسر وفقاً لقوانين أيل أو ف مان، ويكون لمحاكم أيل أو ف مان الاختصاص القانوني مع مراعاة الشروط التالية:

إذا كان مالك الوثيقة مقيماً في البحرين أو قطر، تخضع الشركة للاختصاص القضائي غير الحصري لأي سلطة قانونية مختصة في البحرين أو قطر فيما يتعلق بأي دعاوى تنشأ عن الوثيقة.

باستثناء ما يكون لتمكين مستفيد من إقامة مطابقة صحيحة فيما يتعلق بالتغطية التأمينية على الحياة، لا يمكن إنفاذ شروط وأحكام هذه الوثيقة من قبل أي شخص ليس طرفاً في الوثيقة.

18. الإخطارات إلى الشركة

لن تتأثر الشركة بأي إخطار أو تنازل أو تعيين مستفيد أو ممارسة أي حق متعلق بالوثيقة إلا إذا تسلمت الشركة إخطار كتابيا بذلك التنازل أو التعيين أو الممارسة.

19. الخطأ في تاريخ ميلاد المؤمن له على الحياة

إذا كان تاريخ ميلاد المؤمن له على الحياة الوارد في جدول الوثيقة غير صحيح نسبة للمعلومات المقدمة في نموذج الطلب يجوز للشركة أن تجري تعديلا على التغطية التأمينية.

20. القوة القاهرة

لا تتحمل الشركة أية مسؤولية قانونية تنشأ عن عجز الشركة عن الوفاء بالتزاماتها بمقتضى هذه الوثيقة بسبب أي ظروف خارج نطاق سيطرتها المعقولة والتي يمكن تفسيرها على أنها حدث قوة القاهرة بموجب القوانين المعمول بها بما في ذلك ودون تحديد، (القضاء والقدر أو الحروب أو الطوارئ الوطنية أو الحرائق أو الفيضانات أو الزلازل أو الإضرابات أو الاضطرابات العمالية أو غيرها من الأحداث ذات الطبيعة المماثلة أو المختلفة) "حدث قوة القاهرة". عند وقوع حدث قوة القاهرة، يجب إعفاء الشركة لفترة تعادل التأخير الذي سببه حدث القوة القاهرة وأي فترة إضافية قد تكون ضرورية بشكل معقول لتمكين الشركة من استئناف أداؤها لأعمالها.

21. السياق

حيثما يسمح النص بذلك في كامل الوثيقة، تشمل الكلمات الواردة بصيغة المفرد في هذه الوثيقة الجمع والعكس بالعكس، كما تشمل الكلمات الواردة بصيغة المذكر المؤنث والعكس بالعكس.

22. حماية البيانات والإفصاح عن المعلومات

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

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

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

- الشركات التابعة لزيورخ إنشورانس جروب وشركات إعادة التأمين والوكالات المرجعية والمدققين والأطراف الثالثة التي تقدم خدمات ذات صلة للشركة والمتخصصين الماليين المعيّنين.

- أي طرف ثالث تم تعيينه للوثيقة مثل الوصي (بما في ذلك مدير الاستئمان)

- دول خارج آيل أوف مان (أو فروع الشركة الإقليمية) التي قد لا يكون لديها مستويات مماثلة لحماية البيانات؛ مع ذلك تكون الشركة مسؤولة عن ضمان المحافظة على مستويات حماية بيانات مماثلة.

- الجهات العامة بما في ذلك الشرطة أو قاعدة بيانات شركات التأمين

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

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

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

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

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

23. برامج التعويض

تفاصيل الاتصال ببرنامج أمين المظالم للخدمات المالية هي كما يلي:

برنامج أمين المظالم للخدمات المالية في آيل أوف مان مكتب آيل أوف مان للتجارة الحرة
شي سلاياو وهاليان

فوكسدل الطريق سانت جون آيل أوف مان IM4 3AS

الهاتف: +44 1624 686500 البريد الإلكتروني: ombudsman@iomoft.gov.im

الموقع الإلكتروني: www.gov.im/oft

لن يؤثر تقديم شكوى لأمين المظالم على حقوقك القانونية. يجب عليك ملاحظة أن الشركات وأمانات الاستثمار غير مؤهلة لإحالة شكوى لأمين المظالم.

يعتبر مالك الوثيقة محمي بموجب لوائح آيل أوف مان (تعويض حاملي وثائق التأمين) لعام 1991. وإذا لم تتمكن الشركة من الوفاء بالتزاماتها بموجب وثيقة التأمين، فسوف يقدم البرنامج لمالك الوثيقة تعويضاً يصل إلى 90% من التزام الشركة بموجب الوثيقة.

24. الشكاوى

في أي وقت تحتاج فيه إلى تقديم شكوى بشأن الوثيقة، يرجى الاتصال بنا أولاً على العنوان أو أرقام الاتصال الموضحة في البند 21 "كيفية الاتصال بنا". تتوفر تفاصيل إجراءات التعامل مع الشكاوى المعمول بها لدينا على موقعنا على الانترنت www.zurichinternational.com

إذا لم تكن راضياً عن استجابتنا وكنت مقيماً في البحرين أو قطر، قد يكون لك الحق أيضاً في إحالة الشكاوى الخاصة بك إلى الجهة التنظيمية التي تتبع لها والمدرجة أدناه. في حالة البحرين يرجى العلم بأن هنالك حد زمني لمراجعة مصرف البحرين المركزي وهو 30 يوماً من استلام رداً.

الجهة التنظيمية في البحرين

إدارة الامتثال،

مصرف البحرين المركزي

ص.ب. 27،

المنامة،

البحرين

هاتف: +973 17 547 777

بريد إلكتروني: compliance@cbb.gov.bh

الموقع الإلكتروني: www.cbb.gov.bh

الجهة التنظيمية في قطر:

هيئة تنظيم مركز قطر للمال

ص.ب. 22989

الدوحة

قطر

هاتف: +974 495 6888

البريد الإلكتروني: compliance@cdrs.org.qa

لديك أيضاً خيار إحالة الشكاوى الخاصة بك إلى خدمة حل المنازعات في آيل أوف مان، برنامج أمين المظالم

للخدمات المالية في آيل أوف مان، للقيام رسمياً بمراجعة القضية الخاصة بك.

25. كيفية الاتصال بنا

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

إذا كنت مقيماً في مملكة البحرين

هاتف: +973 1756 3321

الأحد إلى الخميس بين الساعة 9 صباحاً و5 مساءً

فاكس: +973 1756 4291

بريد إلكتروني: helppoint.bh@zurich.com

كتابياً إلى:

زيورخ انترناشيونال لايف

زيورخ هيلب بوينت

ص.ب. 10032

الطابق 19

برج المؤيد

منطقة السيف

مملكة البحرين

إذا كنت مقيماً في دولة قطر

هاتف: +974 4496 7555

من الأحد إلى الخميس بين الساعة 9 صباحاً و5 مساءً

بريد إلكتروني: helppoint.qa@zurich.com

كتابياً إلى:

زيورخ انترناشيونال لايف

زيورخ هيلب بوينت

ص.ب. 26777

404 الطابق الرابع

برج مركز قطر للمال

الجناح الغربي

الدوحة

قطر

26. مسرد بالكلمات والمصطلحات المستخدمة في هذا المستند

المزية الإضافية

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

أخصائي طبي مناسب

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

المستفيد

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

المزية

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

حدث مطالبة

هو حدث يقع لمؤمن له على الحياة يتفق مع التعريف الملائم ضمن شروط وأحكام الوثيقة هذه وينتج عنه دفع المطالبة. قد يشمل ذلك (ولكن دون تحديد) وفاة المؤمن له على الحياة أو التشخيص بالإصابة بمرض مؤدي للوفاة أو خطير أو تشخيص بالعجز الكلي الدائم أو الخضوع لإجراءات طبية.

المسؤول الطبي بالشركة

هو الطبيب المعين من قبل الشركة كاستشاري طبي.

التغطية التأمينية

هي نطاق أي حماية متاحة بموجب هذه الوثيقة بموجب التغطية التأمينية على الحياة أو مزية المرض الخطير أو مزية العجز الكلي الدائم أو مزية الإعفاء من قسط التأمين.

مزية المرض الخطير

هي المزية التي تستحق الدفع من قبل الشركة في حالة إصابة المؤمن له على الحياة بأي مرض مشمول بالتغطية التأمينية بموجب الوثيقة ومعرف في البند 23 "تعريفات المرض الخطير" من هذه الوثيقة أثناء سريانها وإذا تم اختيار هذه التغطية التأمينية.

التغطية التأمينية على الحياة

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

المؤمن له على الحياة

الشخص المؤمن له على الحياة بموجب هذه الوثيقة.

وثيقة التأمين على حياة الغير

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

طبيب ممارس

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

مزية العجز الكلي الدائم

هي المزية التي تدفعها الشركة إذا تم تشخيص إصابة المؤمن له على الحياة بعجز كلي دائم مشمول بالتغطية التأمينية بموجب الوثيقة أثناء سريان الوثيقة إذا تم اختيار هذه التغطية التأمينية.

عملة الوثيقة

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

مالك الوثيقة

الفرد أو الكيان اللذين يبرما عقد تأمين مع الشركة التي تمتلك الوثيقة ولها حق ممارسة جميع الامتيازات المتاحة بموجب الوثيقة.

جدول الوثيقة

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

مدة الوثيقة

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

تاريخ انتهاء الوثيقة

التاريخ الذي تنتهي فيه الوثيقة.

تاريخ استحقاق قسط التأمين

التاريخ الذي تكون فيه أقساط التأمين مستحقة، يبدأ من تاريخ استحقاق أول قسط تأمين وعدد تكرار الدفعة.

مدة دفع قسط التأمين

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

جدول مبلغ التأمين المتناقص

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

تاريخ بدء التغطية التأمينية على المخاطر

التاريخ الذي تبدأ فيه الوثيقة.

مبلغ التأمين

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

الشركة

زوريخ انترناشيونال لايف ليميتد.

مزية الإعفاء من قسط التأمين

المزية مستحقة الدفع من قبل الشركة إذا أصيب المؤمن له على الحياة بعجز كما هو معرف في بند من بنود أحكام وشروط هذه الوثيقة بينما الوثيقة سارية وإذا تم اختيار هذه التغطية التأمينية.

27. تعريفات المرض الخطير

”المرض الخطير“ يعني واحدا مما يلي:

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

1. جراحات الشريان الأورطي – بسبب مرض وإصابة رضية

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

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

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

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

2. فقر الدم اللاتنسجي – المتسبب في أعراض الدائمة.

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

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

ويجب أن يتم تأكيد التشخيص من قبل أخصائي أمراض الدم.

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

- الأشكال الأخرى من فقر الدم.

3. التهاب السحايا الجرثومي – المتسبب في أعراض الدائمة.

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

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

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

4. الورم الحميد في المخ – المسبب لأعراض دائمة

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

5.

العمى – الدائم والذي لا يرجى علاجه

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

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.

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

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

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

- ورم محتمل الخباثة،
- ورم غير منتشر؛
- سرطان كامن؛
- أورام حدية خبيثة؛ أو وجود احتمال منخفض للإصابة بورم خبيث.

9. جميع حالات أورام البروستاتا ما عدا ما تصنفها فحوصات الأنسجة على أنها ذات درجة جليسون أكبر من 6 أو التي تطورت حسب تصنيف TNM السريري للأورام الخبيثة لتصل إلى T2N0M0 على الأقل.
- حالات ابيضاض الدم الليمفاوي المزمن ما عدا ما تصنفها فحوصات الأنسجة على أنها تطورت إلى المرحلة A على الأقل في نظام بينيت.
10. 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).
7. **اعتلال عضلة القلب**
- تشخيص واضح من قبل استشاري أمراض القلب من اعتلال في عضلة القلب يسبب ضعف دائم في وظيفة البطين بحيث يكون الكسر القلبي هو 35% أو أقل لمدة ستة أشهر على الأقل عندما استقرت على العلاج الذي نصح به الاستشاري.
- يجب أن يكون التشخيص كذلك؛
- يتضح من تشوهات تخطيط صدى القلب بما يتفق مع تشخيص اعتلال عضلة القلب
 - مصنف على أنه في المرحلة الثالثة بموجب التصنيف الوظيفي لجمعية القلب في نيويورك.
 - لأعراض هذه الحالة فإن المرحلة الثالثة بموجب التصنيف الوظيفي لجمعية القلب في نيويورك (حسب تصنيفها):
 - وجود قصور ملحوظ في النشاط البدني للشخص المشمول بالتغطية التأمينية بسبب أعراض النشاط الأقل من الاعتيادي بسبب التعب، والخفقان، وبحة في الصوت أو ألم ذبحي. 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.
 - 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.
10. **مرض كروتزفلد-جاكوب – الذي يتطلب عناية دائمة**
- التشخيص القاطع بوجود مرض كروتزفلد - جاكوب يجريه استشاري أمراض الجهاز العصبي والذي يثبت انخفاض كبير في الوظائف النفسية والاجتماعية التي تطلب مراقبة مستمرة أو مساعدة من طرف ثالث.
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 65 – المتسبب في أعراض دائمة**
- تشخيص قاطع لداء الخرف أو الزهايمر قبل سن 65 عن طريق استشاري أمراض عصبية.
- ويجب أن يؤكد التشخيص الخلل الدائم الذي لا يرجى علاجه لوظائف المخ على نحو يترتب عليه خلل إدراكي كبير لم يتم التوصل إلى تحديد سبب معروف آخر له. الخلل الإدراكي الكبير يعني تدهور أو فقد القدرة على التفكير بما في ذلك فقد القدرة على ما يلي:
- التذكر؛
 - التفكير المنطقي؛
 - الوعي والفهم والتعبير وتنفيذ الأفكار. وهذا يؤدي إلى ضرورة وجود إشراف مستمر لحماية المؤمن له على الحياة أو لحماية الآخرين.
 - فيما يختص بالتعريف أعلاه، فإن ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية:
 - الخرف الناجم عن شرب الكحوليات أو تعاطي المخدرات أو الإصابة بالإيدز.

13. **التهاب الدماغ**
تشخيص قاطع للإصابة بالتهاب الدماغ من قبل استشاري أمراض عصبية نجم عنه عجز عصبي دائم مصاحب بأعراض سريرية مزمنة.
فيما يختص بالتعريف أعلاه، فإن ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية:
• متلازمة الإجهاد المزمن والتهاب الدماغ و النخاع المولم للعضل
14. **النوبات القلبية – ذات الخطورة المحددة**
موت عضلة القلب نتيجة عدم كفاية إمدادات الدم مما ترتب عليه ظهور جميع الأدلة التالية التي تثبت الاحتشاء الحاد لعضلة القلب:
• تغيرات جديدة مميزة في مخطط القلب الكهربائي،
• صعود خواص إنزيمات القلب أو التروبونين المسجلة عند المستويات التالية أو أعلى منها:
- التروبونين T أكبر من 1.0 نانوجرام/مل
- نتائج فحص AccuTnI أكبر من 0.5 نانوجرام/مل أو حد معادل مع أساليب فحص التروبونين الأخرى.
ويجب أن يظهر الدليل الاحتشاء الحاد لعضلة القلب بشكل قطعي.
وبالنظر للتعريف أعلاه، فإنه لا يتم تغطية ما يلي:
• المتلازمات التاجية الحادة الأخرى - وهذا يشمل على سبيل المثال وليس الحصر - الذبحة الصدرية.
15. **السكتة القلبية**
تشخيص واضح لفشل القلب الاحتقاني من قبل استشاري أمراض القلب. يجب أن يكون هنالك انخفاض سريري في وظيفة القلب مما يؤدي إلى فقدان دائم للقدرة على أداء الأنشطة البدنية على الأقل الدرجة الثالثة من تصنيف جمعية القلب في نيويورك للقدرة الوظيفية. لأغراض هذا الشرط الدرجة الثالثة حسب تصنيف جمعية القلب في نيويورك تعني:
• قصور ملحوظ من حيث الأنشطة البدنية أقل من النشاط العادي بسبب التعب، والخفقان، وضيق في التنفس أو ألم في الصدر. يكون الشخص المشمول بالتغطية التأمينية مرتاحاً فقط في وضع الراحة
16. **تغيير صمام القلب وإصلاحه - عن طريق جراحة لفصل عظم القص**
الخضوع لجراحة تتطلب شق بطول عظم القص (عملية جراحية فصل عظم القص) بناء على مشورة استشاري أمراض القلب لتغيير أو إصلاح صمام قلبي أو أكثر.
17. **عدوى فيروس نقص المناعة المكتسبة - التي يصاب بها المرء في دولة محددة* عن طريق نقل الدم أو الاعتداء الجسدي أو العمل في وظيفة مستوفية للشروط**
عدوى فيروس نقص المناعة المكتسبة ناجمة عن ما يلي:
• نقل الدم كجزء من المعالجة الطبية؛
• الاعتداء الجسدي؛
• وقوع حادث أثناء أداء المهام الوظيفية للمهن المستوفية للشروط المدرجة أدناه بعد تاريخ بدء المخاطر المفترض في وثيقة التأمين شريطة أن يستوفي ذلك كل ما يلي:
- أن يكون قد تم التبليغ عن الحادث إلى الجهة المعنية والسلطات المهنية وتم التحقيق فيه وفقاً للإجراءات الموضوعية لذلك.
- حيثما تكون الإصابة بعدوى فيروس نقص المناعة المكتسبة عن طريق الاعتداء الجسدي أو عن طريق حادث أثناء القيام بواجبات العمل الاعتيادية، يجب تدعيم الحادث باختبار سالب للأجسام المضادة لفيروس نقص المناعة المكتسبة في غضون عشرة أيام من وقوع الحادث.
- يجب إجراء اختبار آخر لفيروس نقص المناعة المكتسبة في غضون 12 شهراً للتأكد من وجود فيروس نقص المناعة المكتسبة أو الأجسام المضادة.
- يجب أن يكون الحادث المسبب للإصابة قد وقع في دولة محددة (وفقاً لما هو منصوص عليه في شروط وأحكام الوثيقة هذه).
فيما يختص بالتعريف أعلاه، فإن ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية:
• العدوى بفيروس نقص المناعة المكتسبة عن طريق أية وسيلة أخرى، بما في ذلك نشاط جنسي أو تعاطي المخدرات. الوظائف المستوفية للشروط هي:
• عضو في المهن الطبية أو طب الأسنان.
• ضابط شرطة أو سجون أو مطافي؛
• صيدلي أو مساعد في مختبر أو موظف في مرفق طبي.
*** قائمة الدول المحددة**
أندورا، أستراليا، النمسا، البحرين، بلجيكا، بلغاريا، كندا، جزر القنال، كرواتيا، قبرص، جمهورية التشيك، الدنمارك، فنلندا، فرنسا، ألمانيا، جبل طارق، اليونان، هونج كونج، المجر، أيل أوف مان، أيسلندا، إيطاليا، اليابان، الكويت، لايتفيا، ليختنشتاين، ليتوانيا، لوكسمبورج، مالطا، موناكو، هولندا، نيوزيلندا، النرويج، عمان، بولندا، البرتغال، قطر، جمهورية أيرلندا، جمهورية مقدونيا، رومانيا، سان مارينو، المملكة العربية السعودية، سنغافورة، سلوفاكيا، سلوفينيا، أسبانيا، السويد، سويسرا، تركيا، الإمارات العربية المتحدة، المملكة المتحدة، الولايات المتحدة الأمريكية.

18. **الفشل الكلوي – الذي يتطلب غسيل الكلى**
هو المرحلة الأخيرة من الفشل الكلوي التي تكون فيها الكليتان غير قادرتين بشكل حاد ومزمن على أداء وظائفهما. ويجب أن يُثبت ذلك عن طريق الخضوع لجلسات غسيل كلوي منتظمة أو الخضوع لعملية زرع كلى.
19. **الفشل الكبدي – المرحلة النهائية**
المرحلة النهائية من الفشل الكبدي الناجم عن التليف والذي يسبب جميع ما يلي:
• اليرقان الدائم
• الاستسقاء
• اعتلال دماغي
فيما يختص بالتعريف أعلاه، فإن ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية:
• أمراض الكبد الثانوية الناجمة عن شرب الكحوليات أو تعاطي المخدرات أو سوء استخدام المواد الكيميائية.
20. **عدم القدرة على الاعتماد على النفس – المتسبب في أعراض دائمة**
هي حالة تعني أن المؤمن له على الحياة غير قادر نهائياً وبشكل كلي ومزمن على القيام بأربعة من الأنشطة الستة التالية – نتيجة لمرض أو علة أو حادث – دون مساعدة من أحد:
i. النظافة الشخصية - الاغتسال أو الاستحمام للحفاظ على النظافة الشخصية اللازمة.
ii. ارتداء الملابس – ارتداء أو خلع جميع الملابس الضرورية.
iii. التحرك – الانتقال من حجرة إلى أخرى أو الجلوس على كرسي أو سرير والنهوض منهما.
iv. الأكل والشرب - الأكل والشرب بمجرد الانتهاء من إعداد الطعام وتوافره.
v. استخدام المراض - الدخول والخروج من المراض والحفاظ على النظافة الشخصية.
vi. الحصر – التحكم في التبول والتبرز.
21. **فقد اليدين أو القدمين - بتر بدني دائم**
هو بتر بدني دائم ليدين أو قدمين أو أكثر من عند المعصم أو الكاحل أو فوقهما.
فيما يختص بالتعريف أعلاه، فإن ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية:
• الإصابة المتعمدة للمؤمن له على الحياة من قبل مالك وثيقة
• الإصابة الذاتية المتعمدة.
22. **عدم القدرة على الكلام – بشكل كلي ودائم ولا يرجى علاجه**
فقد كلي ودائم ولا يرجى علاجه للقدرة على الكلام نتيجة ضرر بدني أو مرض.
فيما يختص بالتعريف أعلاه، فإن ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية:
• فقدان النطق الناتج عن اضطراب عقلي أو نفسي.
23. **أمراض الجهاز التنفسي – المرحلة النهائية/توقف التنفس – ذات الخطورة المحددة**
تأكيد طبيب استشاري الإصابة بمرض حاد في الرئة يثبت ما يلي:
• الحاجة إلى جلسات أو كسجين يومية على نحو دائم.
• إثبات بأن جلسات الأوكسجين مطلوبة لمدة ستة أشهر كحد أدنى.
• إثبات أن الجريان الزفيري الأقصى في الثانية الأولى أقل بـ 40% من المستوى الطبيعي،
• إثبات أن السعة الحيوية أقل بـ 50% من المستوى الطبيعي،
• ضيق النفس عند الاستلقاء.
24. **زراعة عضو رئيسي**
الخضوع لعملية زرع لاستبدال عضو مريض أو تالف، بما في ذلك نخاع العظام البشري باستخدام زرع خلايا الدم الجذعية المسبوقة باستئصال كامل لنخاع العظام أو أحد الأعضاء البشرية الكاملة التالية: القلب أو الكلية أو الكبد أو الرئة أو البنكرياس أو الإدراج في قائمة الانتظار الرسمية في دولة معينة (للاطلاع على قائمة الدول يرجى الرجوع إلى قائمة الدول المعينة أدناه)، لغرض هذا الإجراء فقط.
فيما يختص بالتعريف أعلاه، فإن ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية:
• يتم استبعاد أي عملية زرع خلايا جذعية غير واردة أعلاه.
• زراعة أجزاء الأعضاء أو الأنسجة أو الخلايا أو أعضاء أخرى.
- قائمة الدول المحددة:**
أندورا، أستراليا، النمسا، البحرين، بلجيكا، بلغاريا، كندا، جزر القنال، كرواتيا، قبرص، جمهورية التشيك، الدنمرك، فنلندا، فرنسا، ألمانيا، جبل طارق، اليونان، هونج كونج، المجر، أيل أوف مان، أيسلندا، إيطاليا، اليابان، الكويت، لاتفيا، ليختنشتاين، ليتوانيا، لوكسمبورج، مالطا، موناكو، هولندا، نيوزيلندا، النرويج، عمان، بولندا، البرتغال، قطر، جمهورية أيرلندا، جمهورية مقدونيا، رومانيا، سان مارينو، المملكة العربية السعودية، سنغافورة، سلوفاكيا، سلوفينيا، أسبانيا، السويد، سويسرا، تركيا، الإمارات العربية المتحدة، المملكة المتحدة، الولايات المتحدة الأمريكية.

25. **مرض العصبون الحركي – المتسبب في أعراض دائمة**
تشخيص قاطع لمرض العصبون الحركي يجريه استشاري أمراض عصبية. يتحتم وجود عجز سريري دائم للوظائف الحركية مع تقديم دليل دامغ على سلامة نتائج الفحص السريري ذات الصلة (مثل: تخطيط كهربية العضل وتخطيط كهربية العصب وسرعة توصيل العصب).
26. **التصلب المتعدد – المصاحب بأعراض مزمنة**
تشخيص قاطع لمرض التصلب المتعدد يجريه استشاري أمراض عصبية. يتحتم وجود عجز سريري قائم للوظيفة الحركية أو الحسية، ويتوجب استمراره طوال فترة ستة أشهر على الأقل.
27. **جراحة القلب المفتوح – تشتمل على فصل عظم القص**
الخضوع لجراحة تتطلب شقاً بطول عظم القص (عملية جراحية لفصل عظم القص) بناء على مشورة استشاري أمراض القلب لتغيير أو إصلاح خلل بنيوي في القلب.
28. **شلل الأطراف – كلي ودائم ولا يرجى علاجه**
فقد كلي ودائم ولا يرجى علاجه لوظيفة عضلية في أي طرفين بالكامل نتيجة ضرر بدني أو مرض.
لأعراض التعريف أعلاه، فإن ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية.
- فقدان الوظيفة الناتج عن اضطراب عقلي أو نفسي.
29. **مرض باركنسون قبل سن 65 – المتسبب في أعراض دائمة**
تشخيص قاطع للإصابة بمرض باركنسون قبل سن 65 يجريه استشاري أمراض عصبية. يتحتم وجود عجز سريري دائم لوظيفة حركية يصاحبه باركنسون وتيبس عضلي.
فيما يختص بالتعريف أعلاه، فإن ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية
- مرض باركنسون الثانوي الناجم عن شرب الكحوليات أو تعاطي المخدرات أو سوء استخدام المواد الكيميائية.
- المتلازمات الأخرى لمرض باركنسون.
30. **ارتفاع ضغط الشريان الرئوي الأولي – المتسبب في أعراض دائمة**
ارتفاع ضغط الشريان الرئوي الأولي المصاحب بتضخم كبير في البطين الأيمن الثابت من الفحوصات بما في ذلك قسطرة القلب والذي ينتج عنه عجز بدني دائم لا يرجى علاجه مع تصنيف قصور القلب في الفئة الثالثة على الأقل حسب تصنيف جمعية أطباء القلب في نيويورك.
لأعراض هذا الشرط، تشمل الفئة الثالثة من تصنيف جمعية أطباء القلب في نيويورك (بحسب ما جاء في التصنيف):
- القصور الواضح في النشاط البدني للشخص الخاضع للتغطية جراء أعراض تسبب النشاط الأقل من
- الاعتيادي في الإجهاد أو الخفقان أو البحة في الصوت أو ألم الذبحة الصدرية. لا يشعر الشخص الخاضع للتغطية بالارتياح إلا عند الاستراحة وعدم القيام بأي نشاط.
31. **السكتة الدماغية – ذات الأعراض الدائمة**
موت الأنسجة الدماغية جراء نقص تدفق الدم أو حدوث نزيف في الجمجمة مما ينتج عنه عجز عصبي دائم مصاحب لأعراض سريرية مستمرة. يتحتم أن يؤكد أحد استشاريي الأعصاب هذا التشخيص مع إثبات التغيرات الجديدة عن طريق الأشعة المقطعية أو أشعة الرنين المغناطيسي أو غير ذلك من الآليات التصوير الموثوقة.
- لأعراض التعريف أعلاه، فإن ما يلي غير مشمول بالتغطية التأمينية
- الإصابة الرضية في الأنسجة الدماغية أو الأوعية الدموية.
- الأعراض الدماغية الناتجة عن النوبات الإقفارية العابرة، الأمراض العصبية القابلة للعلاج، الصداع النصفي، الجرح الدماغي الناتج عن صدمة أو نقص الأكسجين في الدم، أو اضطرابات الرؤية أو التوازن بسبب مرض العين أو بالعصب أو بالجهاز الدهليزي للأذن.
32. **الذئبة الحمراء الجهازية – ذات الخطورة المحددة**
تشخيص قاطع للإصابة بداء الذئبة الحمراء الجهازية يجريه استشاري روماتيزم حيث يصاحبها أي مما يلي:
أعراض كلوية حادة مصاحبة للذئبة الحمراء الجهازية تثبت من خلال:
- خلل دائم بوظيفية الكلية حيث تقل سرعة الترشيح الكبيبي عن 30 مل/دقيقة/1.73م².
- تحليل غير عادي للبول يوضح وجود البيلة البروتينية أو الدموية أو
- أعراض حادة بالجهاز العصبي المركزي مصاحبة للذئبة الحمراء الجهازية الثابتة من خلال:
- خلل دائم بالجهاز العصبي يثبت واحد على الأقل من الأعراض التالي ذكرها والتي يتحتم وجودها عند الفحص السريري ويتوقع أن تستمر لما تبقى من عمر المريض.
- المطالب
- الشلل
- الضعف الموضعي
- الرثة (صعوبة الكلام)
- الحبسة (عدم القدرة على الكلام)
- عسر البلع (صعوبة في البلع)
- صعوبة المشي، عدم تناسق الخطوات
- خرف حاد يحتاج المؤمن له على الحياة معه إلى الرعاية الدائمة.

- غيبوبة دائمة

لأعراض هذا التعريف:

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

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

33. 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.

34. المرض المؤدي للوفاة

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

- أما أن يكون ليس للمرض علاج معروف أو تطور إلى درجة لا يمكن معها علاجه.

- حسب رأي الاستشاري المناوب فإنه من المتوقع أن يؤدي المرض إلى الوفاة خلال 12 شهرا.

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 وتأكيدا من قبل استشاري أمراض عصبية في موعد لا يتعدى ستة أسابيع من الإصابة الرضية.

زورخ إنترناشيونال لايف ليمتد شركة مسجلة في البحرين برقم سجل تجاري 17444، ومرخصة كمكتب تأمين أجنبي – التأمين على الحياة بواسطة مصرف البحرين المركزي.

زورخ إنترناشيونال لايف ليمتد معتمدة من هيئة تنظيم مركز قطر للمال.

زورخ إنترناشيونال هو الاسم التجاري لزورخ إنترناشيونال لايف ليمتد والتي تقدم تأميناً على الحياة ومنتجات استثمار وحماية وهي مرخصة من قبل هيئة الخدمات المالية في أيل أوف مان.

مسجلة في أيل أوف مان بموجب رقم تسجيل 20126 سي.

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



ZURICH®