

DOMESTIC HELPER GENERAL CONDITIONS



Welcome to Arabia Insurance S.A.L.

Thank **You** for choosing **Us** for **Your Domestic Helper Insurance**. **You** are now covered by one of the leading insurance companies in the Middle East. This **Policy** is specially designed to provide **You** with the finest coverage. You'll find in this booklet a detailed wording of **Our Domestic Helper Insurance Policy**. It lists all the general conditions and explains what is covered. It also guides **You** on how to make a claim should **You** need to.

Please take a moment and go through it thoroughly. Make sure **You** understand **Your** coverage, rights and responsibilities. Do not hesitate to contact **Our** call center or one of **Our** branches. **We** are happy to take **You** through each of the points. Please keep this document in a safe place for future reference. It is proof of **Our** dedication to give **You** the best protection possible.

Thank **You** once again for choosing **Arabia Insurance** and have a good day.

CONTENTS

PART 1.	Introduction	3
PART 2.	Definition	4
PART 3.	Benefits	5
	Section 1 – Death due to any cause	5
	Section 2 – Permanent Partial or Total Disability due to Accident	5
	Section 3 – Medical Expenses Due to Accident	6
	Section 4 – Body Repatriation	6
	Section 5 – Repatriation due to Unfitness	6
	Section 6 – Escape and Disappearance	6
	Section 7 – Refusal to work	7
	Section 8 – Unpaid Salaries	7
	Section 9 – Compassionate visit, Legal assistance and Allowance	8
	Section 10 – New Work Permit Fees (due to Unfitness)	8
	Section 11 – GCC cover	8
	Section 12 – Replacement cost	8
PART 4.	General Exclusions	9
PART 5.	General Conditions	10
PART 6.	Claims Procedure	12
PART 7.	Complaint Procedure	13
PART 8.	Company Offices	14

PART 1. INTRODUCTION

Thank you for choosing **Arabia Insurance Company S.A.L.** (hereinafter referred to as the “Company”) for your Domestic Helper Insurance. This **Policy** is specially designed to provide you with insurance coverage for your Domestic Helper.

You will find in this booklet the wording of your Domestic Helper Insurance **Policy**. It expressly outlines what is covered and what is not, sets out as well the terms and conditions applicable.

On receipt of Your Policy

To ensure that **Your Policy** gives **You** the protection **You** need, **We** recommend that **You** read it carefully in conjunction with the attached **Schedule** and please return the **Schedule** immediately to be amended if any details are incorrect.

The **Schedule** specifies the plan you have selected; it is your evidence of insurance and may be required in the event of a claim. If you decide that you do not wish to accept this **Policy**, you must return it within 7 days of receipt and, provided no claims have been made, we will refund the Premium paid after deducting the taxes and fees, if applicable according to the cancellation clause.

Operation of Cover

The Proposal which you have submitted shall be considered the basis of and forms an integral part of this Policy, and should be read together with this **Policy**. We will provide insurance coverage by virtue of the terms and condition set forth in this **Policy** for claims covered and specified in the attached **Schedule** in respect of covered events occurring during the Period of Insurance or any subsequent period for which you pay, and we agree to accept a premium and grant a cover.

This **Policy**, the Proposal and the **Schedule** should be read together and form the contract of insurance.

Keeping us informed

It is important you let us know immediately of changes that have affected or may affect the information you have provided us with. Changes will only take effect after we have duly and expressly agreed and issued an endorsement to the **Policy**.

PART 2. DEFINITIONS

When the following words and phrases appear in this **Policy**, they have the meanings given below. These words are highlighted by the use of bold print.

Company

Means Arabia Insurance Company SAL

Insured

Means the proposed policyholder as stated in the proposal form and the attached **Schedule**.

Insured Person

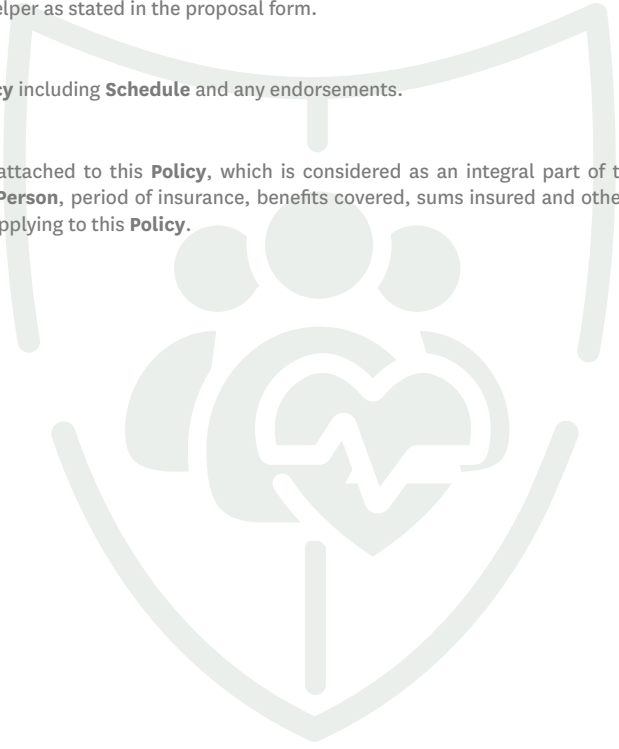
Means the Domestic Helper as stated in the proposal form.

Policy

Means your entire **Policy** including **Schedule** and any endorsements.

Schedule

Means the **Schedule** attached to this **Policy**, which is considered as an integral part of this **Policy** and provide details of the **Insured Person**, period of insurance, benefits covered, sums insured and other particulars or special conditions and terms applying to this **Policy**.



PART 3. BENEFITS

1. Death due to any cause

Upon death of the **Insured Person** – the **Company** shall pay to the **Insured** the sum insured mentioned in the **Policy Schedule**. Following the payment of the Life Cover, this **Policy** shall be automatically terminated.

2. Permanent Partial or Total Disability due to Accident

Upon receipt and approval of due proof that the **Insured Person** has become partially or totally and permanently disabled, as a result, directly and independently of all other causes, of bodily injury affected solely by external, violent and accidental means within ninety (90) days from the date of sustaining such injury, and that such injury occurred while this **Policy** is effective and in full force and the accident causing the injury is not listed among the exclusions. Said disability must occur and be the result of injury sustained after the Effective Date of this **Policy**, but prior to the **Policy** year following the fifty-five (55th) birthday of the **Insured Person**, the **Company** shall pay to the **Insured** the appropriate compensation, which represents a percentage of the Permanent Partial or Total Disability Cover determined in accordance to the **Policy Schedule** below, and the Permanent Partial or Total Disability cover shall be reduced proportionately whilst the benefit shall continue. Further Claims under this benefit shall be paid on the new reduced Permanent Partial or Total Disability cover.

Benefit as a proportion of the Permanent Partial or Total Disability due to Accident	AMOUNT
Long Scale	
Total incurable insanity	100%
Total loss of sight of both eyes	100%
Complete deafness of both ears	100%
Complete loss of speech	100%
Loss of both arms or both hands or loss of both legs or both feet	100%
Loss of one arm and one leg or loss of one arm and one foot	100%
Loss of one hand and one leg or loss of one hand and one foot	100%
Total removal of the lower jaw	100%
Head	
Partial removal of the lower jaw, rising section in all or half of the maxillary bone	40%
Total loss of sight of one eye	40%
Complete deafness of one ear	30%
Loss of osseous substance of the skull in all its thickness	20%
Upper limbs	
Loss of the arm or one hand	60%
Considerable loss of osseous substance of the arm (definite and incurable lesion)	50%
Amputation of four fingers of one hand including the thumb	45%
Total loss of the use of the thumb	20%
Partial loss of the thumb (nail phalanx)	10%
Amputation of any finger other than the thumb	8%
Amputation of a phalanx of any finger other than the thumb	3%
Lower limbs	
Total loss of use of leg	60%
Total loss of foot (tibia-tarsal disarticulation)	45%

Amputation of all toes of one foot	25%
Amputation of four toes of one foot including the big toe	20%
Amputation of the big toe	10%
Amputation of one toe other than the big toe	2%
Shortening of the lower limb by 1 to 5 cm	10%
Shortening of the lower limb by more than 5 cm	30%
Ankylosis of the knee	20%
Ankylosis of the hip	40%

Ankylosis of the fingers (other than thumb and forefinger) and of the toes (other than the big toe) shall entitle you to only 50% of the compensation which would be due for the loss of the said members. Permanent Disabilities not mentioned above shall be compensated in accordance with their seriousness as compared of those listed. The total or partial functional disablement of a limb or an organ is treated like the total or partial loss of the said limb or organ. Payment of 100% of the Permanent Partial or Total Disability Cover shall automatically terminate this **Policy**.

3. Medical Expenses Due to Accident

If the **Insured Person** had an accident which requires medical treatment, **the Company** shall reimburse the **Insured** the cost of eligible medical treatment subject to the maximum benefit amount of the Medical Expenses Due to Accident Benefit as stated in the **Policy Schedule**. The covered accident must occur as a result, directly and independently of all other causes, of bodily Injury affected solely by external, violent and accidental means.

4. Body Repatriation

The Company shall reimburse repatriation expenses of a deceased **Insured Person**. This includes the cost of transport and documentation for shipping the remains of the **Insured Person** to his home country up to the maximum amount of the Body Repatriation Benefit specified in the **Policy Schedule**.

5. Repatriation due to Unfitness

The Company shall reimburse an amount specified in the **Policy Schedule** to cover the repatriation expense of the **Insured Person** in case of Unfitness during the first 3 months, based only on the medical examinations and its reports which are required for the issuance of the residency permit of the domestic helper in the Kingdom of Bahrain.

The said amount will only be paid after providing **the Company** with the above mentioned medical reports proving therein the unfitness of the **Insured Person** along with the flight details (i.e. ticket) which proves that the **Insured Person** has departed from the Kingdom of Bahrain and any other documents required.

6. Escape and Disappearance

To prove escape and disappearance, the **Insured** must provide notice about the **Insured Person** escape within thirty (30) days from the date of escape and disappearance and provide proof of submitting the **Insured Person's** Passport to the concerned authority. The **Insured** will not receive any compensation if it was proven that he was the reason for the **Insured Person** escape. In case of the **Insured** not being the reason of the **Insured Person** escape and disappearance and no compensation was paid to the **Insured** from the **Insured Person's** manpower agency within forty-five (45) days of the **Insured Person's** arrival in the Kingdom of Bahrain which falls within the scope of responsibility of that office, then **Arabia Insurance Company S.A.L** shall reimburse only a percentage based on the actual cost paid by the **Insured** to have the **Insured Person** in place or on a maximum Benefit amount of the Escape & Disappearance benefit as stated in the **Policy Schedule**, whichever is less. The percentage applied is subject to a twenty-five (25) days waiting period after submitting the complete original documents as stated in the following **Schedule**:

Days/Months	% of Cover
1 – 3 months	80%
4 months – 5 months	70%
6 months – 7 months	65%
8 months – 9 months	60%
10 months – 11 months	55%
12 months – 13 months	50%
14 months – 15 months	45%
16 months – 17 months	40%
18 months – 19 months	30%
20 months – 21 months	20%
22 months – 23 months	10%
24 months	5%

7. Refusal to work

The above **schedule** applies in case the **Insured Person** refuses to work as a result of emergency cases between the first month to the 19th month of the **Insured Person's** arrival to the Kingdom of Bahrain, which will subsequently lead to the latter's deportation to her home country, wherein **the Company**, shall reimburse only a percentage based on the actual cost paid by the **Insured** to have the **Insured Person** in place or subject to the maximum Benefit amount of the Refusal to work Benefit as stated in the **Policy Schedule**, whichever is less. The payment of this benefit will be after completing the required procedures which include conducting an interview with the **Insured Person** and a medical report of fitness of work must be provided to establish the entitlement of this benefit. **The Company**, will have no liability in case the **Insured Person** refuses to work between the 20th month to the end of the work permit and will not compensate for the actual cost paid by the **Insured** to have the **Insured Person** in place. The refusal to work benefit will not be covered unless **The Company**, approval is obtained before sending the **Insured Person** back to her/his home country.

Emergency cases: When the **Insured Person** refuses to work in the Kingdom of Bahrain due to a reason that will subsequently lead to his deportation to his home country. The emergency cases are limited to the below:

- Death of the first degree relative*
- Critical illness ** of a first degree relative
- Medical condition as a result of an accident occurred to a first degree relative.

*Parents, Children, Spouse.

**Cancer, Kidney Failure, Major organ transplant, Paralysis of limbs, Stroke, Heart attack, Chronic End Stage Liver Failure.

The claim approval is subject to providing a valid proof, as requested by **the Company**, of the emergency case.

In the event where the **Insured Person** refuses to work under the **Insured** for whom this **policy** is issued and agrees to work under a different **Insured**, the benefit shall not be applicable.

8. Unpaid Salaries

The unpaid salaries compensation shall be applicable only in case the **Insured Person** refuses to work as a result of emergency cases which will subsequently lead to the latter's deportation to her home country wherein **the Company** shall reimburse the **Insured Person** the unpaid salaries as stated in the agreement signed between the **Insured Person** and the **Insured** if it was proven that the due salaries were not paid by the **Insured**. **The Company**, reserves the right to subrogate the amount it has paid from the refusal of work compensation amount eligible to the **Insured**. The Maximum payment under this benefit is the eligible refusal of work compensation amount.

The compensation under this benefit shall be paid only if the refusal of work claim request is approved by **the Company**.

9. Compassionate visit, Legal assistance and Allowance

The Company, shall bear the actual cost of economy class air transportation from the home country of the **Insured Person** to the Kingdom of Bahrain provided that the **Insured Person** is under the authority custody when it is proven the necessary attendance of a Family Member is necessary and provided that no family member is in the Kingdom of Bahrain at the time the **Insured Person** is under the authority custody. Moreover, **the Company**, will provide legal advice to the **Insured Person**.

A Daily Allowance will be provided by **The Company**, to the **Insured Person** while being under the authorities' custody. The total allowance paid under this Benefit is subject to a maximum of (1) one-month salary of the **Insured Person** and to a waiting period of (7) seven days.

The Company's liability in respect of the Benefit shall be corresponding to the actual costs incurred and limited to a maximum benefit limit mentioned in the **Policy Schedule**.

The Daily Allowance benefit shall not be applicable if a legal case is brought against the **Insured Person**.

10. New Work Permit Fees (due to Unfitness)

The Company, shall reimburse an amount as stated in the **Policy Schedule** to cover the Work Permit fees of an **Insured Person** in case of Unfitness which is only based on the medical examination required to issue the residents permit for the domestic helper in the Kingdom of Bahrain.

The benefit will be paid after providing the medical reports proving therein the unfitness.

11. GCC cover

This cover is extended to all GCC countries and subject to a maximum duration of stay of (1) month from the date of leaving the Kingdom of Bahrain. The Escape and Disappearance Benefit is excluded from this Cover.

12. Replacement cost

The Company, shall reimburse the **Insured** the replacement cost of the **Insured Person** up to the amount mentioned in the **Policy Schedule** upon death of the **Insured Person** only.

PART 4. GENERAL EXCLUSIONS

This Policy does not cover losses that are directly or indirectly related to or resulting from:

1. Mental, nervous and psychological disorders
2. Intentionally Self-inflicted injury, suicide or attempted suicide (whether sane or insane).
3. **Insured Person** engaging in any illegal act, breach of law or criminal act.
4. Illegal pregnancy, abortion or childbirth.
5. Disability occasioned or contributed to by HIV infection, AIDS, AIDS related condition.
6. Drug or alcohol abuse.
7. Disease or medical impairment, from which the **Insured Person** was suffering, received treatment for or was aware of at the commencement of his cover.
8. Refusal to work by the **Insured Person** as a result of medical condition.
9. Refusal to work by the **Insured Person** as a result of not paying the salary for the **insured person** by the **Insured**.
10. Refusal to work by the **Insured Person** as a result of physical, sexual or psychological abuse.
11. Refusal to work by the **Insured Person** due to the lack of the proper environment to work.
12. Claims arising from internationally or locally recognized or declared Epidemics or Pandemics such as but not limited to the new Coronavirus (COVID-19) including any mutation or variation thereof.

PART 5. GENERAL CONDITIONS

1. Change in address or other details

The **Insured** may not allege non-receipt of notice or communication unless it has duly notified **the Company** of its change of address. It shall be the sole responsibility of the **Insured** to immediately inform **the Company** by prior notice of any change in address or other details.

2. Fraud

If the claim be in any respect fraudulent, or if any false declaration be made or said in support thereof, or if any fraudulent means or devices are used by the **Insured, Insured Person** or any one acting to obtain any benefit under this **Policy, the Company** have the right to forfeit all the benefits. **The Company** also, have the right to recover all amounts paid or payable under this **Policy** and to file a court case against the fraudulent person.

3. Cancellation

The Company may cancel this **Policy** by sending a fifteen days' prior written notice by registered mail to the **Insured** at his last known address and in such event will return to the **Insured** the premium paid less the pro-rata portion thereof for the period in which the **Policy** was fully in force, or, the **Policy** may be canceled at any time by the **Insured** upon sending a fifteen days' prior written notice, provided that no claim has been submitted or paid during the period in which the **policy** was in force. The **Insured** shall be entitled to a return of premium after deducting the Short Period rates for the period the policy was in force in accordance with the following scale:

Period of Insurance in Force	Proportionate Premium to be Refunded by the Insurer
1-30 days	75%
31-120 days	50%
121-180 days	35%
181-270 days	15%
271-365 days	0%

4. Subrogation

Any Claimant under this **Policy** shall under the request and at the expense of **the Company** do and concur in doing and permit to be done all such acts and things as may be necessary or reasonably required by **the Company** for the purpose of enforcing any rights or remedies or of obtaining relief or indemnity from other parties to which **the company** shall be or would become entitled or subrogated upon its paying or making good any loss under this **Policy** whether such acts and things shall be or become necessary or required before e or after his indemnification by **the Company**.

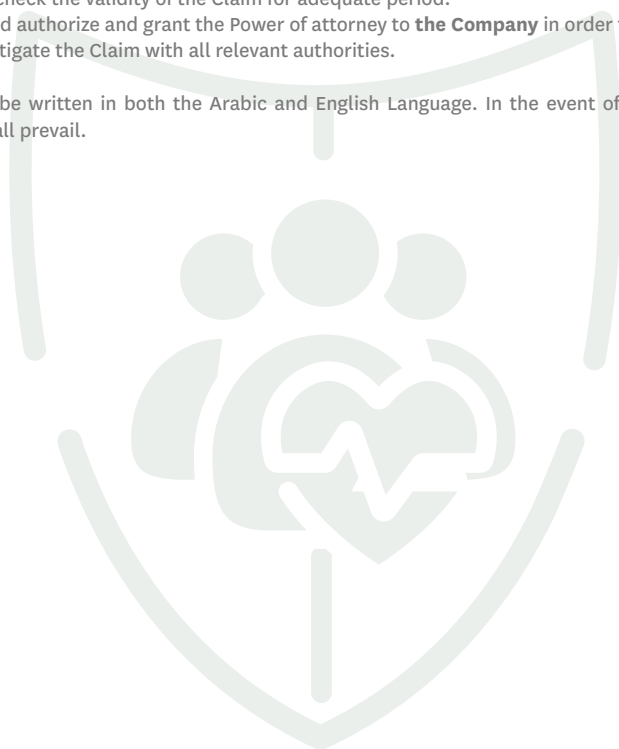
5. Jurisdiction and Limitations of Action

- **This Policy**, and all rights, obligations and liabilities arising herein, shall be construed, determined and enforced in accordance with the applicable laws, regulations, and directives of the Kingdom of Bahrain. In the event of any changes in laws, regulations, practices or customs which may affect **the Company's** ability to perform under this **Policy, the Company** may adjust this **Policy** to any extent required by such changes after notifying the **Insured**.
- Any disputes arising from out of or in relation to this **Policy** shall be settled amicably between the parties. Failing amicable settlement, any such disputes shall be referred to the exclusive jurisdiction of the competent courts of the Kingdom of Bahrain.
- No failure or delay by **the Company** in exercising any right, power or remedy under **this Policy** shall impair such right, power or remedy, or operate as a waiver thereof, nor shall any single or partial exercise of any right, power or remedy preclude any further exercise thereof or the exercise of any other right, power or remedy under **this Policy**.

6. Claims Conditions

- Deductible mentioned in the **schedule** for each and every claim
- **The Company** will not indemnify the Claimant if it is proven that the Claim arose from the negligence or wilful action or inaction of the Claimant or its affiliates.
- **The Company** will not indemnify the Claimant, if the Claimant did not take the necessary actions to prevent the occurrence of the event causing the Claim such as keeping the Domestic Helper passport in a safe and secure place.
- **The Company** will not indemnify the Claimant, in case the Domestic Helper exited the Kingdom of Bahrain.
- In case the Domestic helper is found before receiving the compensation amount and/or the Escape report is cancelled and/or in case the Claimant receives compensation from other party after the payment of Escape and Disappearance Claim. **The Insured** must return the paid compensation amount by **The Company** within fourteen (14) days or legal action will be taken.
- As precautionary procedure, the **Insured** must submit the Domestic Helper's passport to the **Company** and allow **The Company** to check the validity of the Claim for adequate period.
- The **Insured** should authorize and grant the Power of attorney to **the Company** in order to act on behalf of the **Insured** and investigate the Claim with all relevant authorities.

This Policy shall be written in both the Arabic and English Language. In the event of any discrepancies, the Arabic version shall prevail.



PART 6. CLAIMS PROCEDURE

Notice of Claim

Upon the occurrence of any event which may give rise to a Claim under **this Policy**:

1. **The Insured** shall provide notice to **the Company** /Company's agent in writing with details of the incident giving rise to the Claim within thirty (30) days of incident occurrence.
2. Failure to give notice within the above mentioned 30 days period will not invalidate a Claim if a satisfactory and reasonable reason for the delay is submitted to **the Company**.
3. In case of Refusal of Work Benefit, **The Insured** should not repatriate the Domestic Helper before receiving the approval of claim from **the Company** within 15 days of the notification of claim.
4. **The Company** shall settle the Claim within thirty (30) days after the completion and receiving of all the required documents.
5. All certificates, information and evidence shall be provided by the **Insured** at the sole expense of the **Insured** and shall be in such a form and nature as prescribed by **the Company**.
6. **The Company** reserves the right to ask the **Insured** to provide at his own expense more documents or evidence to help **the Company** assess the claim.
7. The medical officer or any other representative of **the Company** shall be allowed to see and examine the **Insured Person** at all reasonable times as often and in such manner as required.

Proofs of Loss

The following documents shall be submitted to the **Company** as soon as possible but in any case, not later than ninety (90) days from the date of the claim.

General documents

- Claim Form
- Identification Copy of the Claimant
- Passport Copy of the Domestic Helper
- Original **Policy** Document
- Police Notification
- LMRA Notification
- Actual Housemaid Cost paid receipt
- Contribution payment receipt
- Signed Discharge letter by the Final Beneficiary.
- The signed agreement between the manpower agency and the **Insured** that states the Salary of the **Insured Person**.
- A report from any concerned authority in case the passport of the **Insured Person** was stolen.

Specific Documents

- Medical report for Claims other than Escape and Disappearance claims.
- Certificate of death for Death and Repatriation Claims
- Certificate form LMRA or passport Authority or Visa Cancellation document that prove that the **Insured Person** left the Kingdom of Bahrain for the Refusal to Work Benefit.
- Copy of the Flight Ticket for the **Insured Person** for the Refusal to work and Repatriation due to Unfitness Benefits.
- Weekly verification with LMRA regarding the Escape & Disappearance claim status applied by the **Insured**.
- Prove of the validity of the Refusal to Work Claim.

Additionally, **the Company** is entitled to obtain any further information/documents as it may reasonably require. **The Company** may also, at its sole discretion, require the documents to be authenticated by the concerned authorities.

PART 7. COMPLAINT PROCEDURE

We, **Arabia Insurance Company S.A.L.**, aim to deliver the highest standards at all times.

If you find yourself dissatisfied with any of our services, we will be more than glad to hear from you.

We promise to respond promptly to your concern, and to work with you in order to resolve your dissatisfaction, in a fair manner.

We will acknowledge receipt of your complaint within one (1) working day from the date of submittal and will keep you informed about the progress of your complaint along the way, until we finalize it.

CONTACT: complaints-gcc@arabiainsurance.com



PART 8. COMPANY OFFICES

Arabia Offices

Lebanon

Arabia Insurance Company s.a.l. – Paid up capital L.L. 51,000,000,000 – Commercial Court Register 1889 – Insurance Register 2, dated 11/9/1956 – Subject to Decree 9812 of 4/5/1968 MOF # 4976

Ain Mreisseh
Tripoli
Chtaura

(961-1) 360 889/893
(961-6) 440 974
(961-8) 545 210

Fax: 360 071
Fax: 440 974
Fax: 545 310

arabia-lebanon@arabiainsurance.com
For claims:
P&CClaims.lb@arabiainsurance.com

United Arab Emirates

Arabia Insurance Company s.a.l. - Foreign Company - Paid up Capital L.L. 51,000,000,000- Commercial Register no.41691 Dubai - Commercial Register no.21159 Sharjah - Trade License no. 201756 Dubai - Trade License no. 12903 Sharjah - Trade License no. CN-1001344 Abu Dhabi - Trade License no. CN-1002574 Al Ain - Subject to UAE Federal Law no.6/2007 - Insurance Authority no.20

Dubai
Sharjah
Abu Dhabi
Al Ain

(971-4) 228 0022
(971-6) 517 1666
(971-2) 674 4700
(971-3) 764 1196

Fax: 227 0022
Fax: 517 1667
Fax: 674 5700
Fax: 764 3785

arabia-uae@arabiainsurance.com
For claims:
P&CClaims.UAE@arabiainsurance.com

Bahrain

Arabia Insurance Company s.a.l. – Foreign Company - Paid up capital L.L. 51,000,000,000- Commercial Court Register 532-1 – Regulated by Central Bank of Bahrain - Insurance License No: 01/004, dated 10/05/1961

Manama

(973-17) 211 174

Fax: 213 985

arabia-bahrain@arabiainsurance.com
For claims:
P&CClaims.Bn@arabiainsurance.com

Kuwait

Arabia Insurance Company s.a.l. – Foreign Company - Paid up capital L.L. 51,000,000,000 – Commercial Register No. 44 Kuwait - Subject to Insurance Companies and Agents Law No. 24/1961 - Insurance License No. 7 - General Agents: Mohamed Abdul Rahman Al Bahar Est.

Kuwait

(965) 2262 1041

Fax: 2265 9492

arabia-kuwait@arabiainsurance.com
For claims:
P&CClaims.Kw@arabiainsurance.com

Qatar

Arabia Insurance Company s.a.l. – Foreign Company - Paid up capital L.L. 51,000,000,000 – Registered in the Lebanese Commercial Court under No: 1889 -- Commercial Registration no: 347 - Licensed by Qatar Central Bank License no: 1966/4, in accordance with the provisions of the QCB Law and the Financial Institutions Regulations issued by law number 13 for the year 2012.

Doha

(974) 4442 2682

Fax: 4444 6487

arabia-qatar@arabiainsurance.com
For claims:
P&CClaims.Qt@arabiainsurance.com

تأمين العامل / (ة) في الخدمة المنزلية الشروط العامة



مرحباً بكم في شركة التأمين العربية ش.م.ل .



شكراً لاختيارك شركة التأمين العربية لتأمين العامل (العاملية) في الخدمة المنزلية. أنت الآن مغطى ومؤمن من قبل إحدى أهم شركات التأمين في الشرق الأوسط. في الواقع. إن وثيقة التأمين هذه مصممة خصيصاً لتزويدك بأفضل تغطية. ستجد في هذا الكتيب شرحاً مفصلاً لوثيقة تأمين العامل (العاملية) في الخدمة المنزلية. وهذا الكتيب يشرح ويفصل الشروط العامة للإشتراك والتغطية. كما يشرح الكتيب كيفية تقديم مطالبة. إذا استدعت الحاجة.

نرجو أن تأخذ دقيقة من وقتك لتقرأ هذا الكتيب بتمعن كي تعي ما هي تفاصيل التغطية في وثيقة التأمين وما هي حقوقك ومسؤولياتك. لا تتردد بالتواصل معنا على مركز الاتصال لدى الشركة أو الإتصال على أحد أرقام فروع شركة التأمين العربية. فنحن وبكل سرور سنساعدك ونشرح لك الشروط والنقاط التفصيلية للبوليصة. ونرجو منك الإحتفاظ بهذه الوثيقة في مكان آمن للإستعانة بها في المستقبل لأنها دليل على تعهدنا بتأمين أفضل تغطية ممكنة.

شكراً لك مرة أخرى على اختيارك التأمين العربية وكل يوم وأنت بخير.

٣	المقدمة	الجزء الأول.
٤	التعاريف	الجزء الثاني.
٥	المستحققات	الجزء الثالث.
٥	القسم الأول - الوفاة لأي سبب من الأسباب	
٥	القسم الثاني - لعجز الكلي أو الجزئي الدائم بسبب حادث	
٦	القسم الثالث - المصاريف الطبية الناجمة عن حادث	
٦	القسم الرابع - إعادة الجثمان إلى الوطن	
٦	القسم الخامس - الإعادة إلى الوطن بسبب عدم اللياقة	
٦	القسم السادس - الهروب والاختفاء	
٧	القسم السابع - رفض العمل	
٨	القسم الثامن - رواتب غير مدفوعة	
٨	القسم التاسع - الزيارة العائليّة بداعي الرأفة، والمساعدة القانونية، والعلاوة	
٨	القسم العاشر - رسوم تصريح العمل الجديد (بسبب عدم اللياقة)	
٨	القسم الحادي عشر - التغطية لدول مجلس التعاون الخليجي	
٨	القسم الثاني عشر - تكلفة الاستبدال	
٩	الاستثناءات العامة	الجزء الرابع.
١٠	الشروط العامة	الجزء الخامس.
١٢	إجراءات المطالبات	الجزء السادس.
١٣	إجراءات الشكاوى	الجزء السابع.
١٤	مكاتب الشركة	الجزء الثامن.

شكراً لاختيارك شركة التأمين العربية ش.م.ل. (المشار إليها في ما يلي بـ"الشركة") لتأمين العامل (العاملة) في الخدمة المنزلية لديك. إنّ هذه البوليصة مصمّمة خصيصاً لتأمين التغطية التأمينية اللازمة للعامل (العاملة) في الخدمة المنزلية لديك.

جد في هذا الكتيب نصّ بوليصة التأمين الخاصة بالعامل (العاملة) في الخدمة المنزلية لديك. يحدّد هذا العقد صراحة ما هو مشمول في هذه التغطية وما هو خارج نطاقها. بالإضافة إلى الشروط والأحكام الواجب تطبيقها.

لدى استلامك البوليصة

من أجل ضمان أنّ هذه البوليصة تؤمن لك الحماية اللازمة. نرجو منك أن تقرأها والمجدول المرفق بها بتمعن. كما نرجو منك إعادة الجدول فوراً لتعديله في حال وجود أي تفاصيل يتبيّن أنّها غير صحيحة.

إنّ الجدول المرفق يحدّد لك خطّة التغطية التي اخترتها. وهو الإثبات على التأمين الخاص بك. وقد يُطلب منك إبرازه في حالة وجود مطالبة بالتعويض. في حال قررت عدم قبول هذه البوليصة، يرجى إعادتها في غضون ٧ أيام من تاريخ استلامها بشرط ألا تكون قد تقدّمت بأي مطالبة. وسنقوم برّد قسط التأمين المدفوع بعد اقتطاع الرسوم والمصاريف. إن وجدت. وفقاً لبند الإلغاء.

تنفيذ التغطية

إنّ طلب التأمين المقدم من قبلك يُعدّ أساساً لبوليصة التأمين هذه ويشكّل جزءاً لا يتجزأ منها. كما ينبغي أن يُقرأ بالاقتران معها. وسنقدّم التغطية التأمينية بموجب الشروط والأحكام المنصوص عليها في هذه البوليصة بالنسبة للمطالبات المشمولة بالتغطية والمحدّدة في الجدول المرفق وذلك في حال وقوع أي حوادث مشمولة بالتغطية خلال مدة سريانها. أو أي مدّة مجددة التي تدفع أقساط التأمين عنها. ونوافق على قبض هذه الأقساط ومنح التغطية.

تقرأ هذه البوليصة وطلب التأمين والجدول معاً وتشكّل هذه العناصر الثلاثة عقد التأمين.

إبقاؤنا على علم

من المهمّ اطلاعنا على الفور بالتغيرات التي تؤثر أو قد تؤثر على المعلومات التي زوّدنا بها. وهذه التغيرات لا تسري إلّا بعد موافقتنا الصريحة وحسب الأصول على إدراجها في عقد التأمين.

يكون للمصطلحات والتعابير التالية. أينما وردت في هذه البوليصة، التعاريف الواردة أدناه لكلٍّ منها. ويتمّ تمييز هذه المصطلحات والتعابير عن طريق استخدام الخط العريض.

الشركة

شركة التأمين العربية ش.م.ل.

المؤمن له

صاحب عقد التأمين المحدّد في استمارة طلب التأمين وفي الجدول المرفق.

المؤمن عليه

العامل (العاملة) في الخدمة المنزليّة المحدّد في استمارة طلب التأمين.

البوليصة

عقد التأمين الخاصّ بك بأكمله بما في ذلك الجدول وأي ملحقات إن وجدت.

الجدول

الجدول المرفق بالبوليصة، والذي يشكّل جزءاً لا يتجزأ من هذه البوليصة ويحتوي على البيانات الخاصة بالمؤمن عليه، ومدة التأمين، والمنافع المشمولة في التغطية، ومبالغ التأمين وغيرها من التفاصيل أو الشروط الخاصّة والاحكام السارية على هذه البوليصة.

١. الوفاة لأي سبب من الأسباب

لدى وفاة المؤمن عليه. تدفع الشركة إلى المؤمن له مبلغ التأمين المحدد في جدول البوليصة. وتنتهي هذه البوليصة تلقائياً لدى دفع تغطية التأمين على الحياة.

٢. العجز الكلي أو الجزئي الدائم بسبب حادث

عند استلام وقيود الإثبات الكافي على أنّ المؤمن عليه قد أصبح يُعاني من عجز جزئي دائم أو كلي، وذلك ناتج بشكل مباشر ومستقل عن جميع الأسباب الأخرى، عن إصابة جسدية تعرض لها المؤمن عليه جزأً أسباب خارجية وعنفية وعرضية فحسب خلال تسعين (٩٠) يوماً من تاريخ تكبّد مثل هذه الإصابة. وأن هذه الإصابة حدثت أثناء سريان هذه البوليصة بالكامل ولم يتم إدراج الحادث الذي تسبب في الإصابة ضمن الاستثناءات. يجب أن يحدث العجز المذكور وأن يكون نتيجة إصابة متكبدة بعد تاريخ سريان هذه البوليصة. ولكن قبل سنة سريان البوليصة التي تلي تاريخ بلوغ المؤمن عليه (٥٥) عاماً من العمر تدفع الشركة للمؤمن عليه التعويض المناسب، الذي يمثّل نسبة مئوية من تغطية العجز الجزئي الدائم أو الكلي المحددة وفقاً لجدول البوليصة أدناه. ويتم تخفيض تغطية العجز الجزئي الدائم أو الكلي بالتناسب مع استمرار المنفعة. تدفع المطالبات الأخرى بموجب هذه المنفعة للتغطية الجديدة المخفضة للعجز الجزئي الدائم أو الكلي.

النسبة المئوية	المنفعة ممثلة نسبةً من العجز الدائم الجزئي أو الكلي الناتج عن حادث
	الإصابات الطويلة الأمد
٪١٠٠	جنون تام لا شفاء منه
٪١٠٠	فقدان البصر في كلتا العينين
٪١٠٠	الصمم الكامل لكلتا الأذنين
٪١٠٠	فقدان كامل للمقدرة على النطق
٪١٠٠	فقدان الذراعين أو كلا اليدين أو فقدان كلا الساقين أو كلا القدمين
٪١٠٠	فقدان ذراع واحدة وساق واحدة أو فقدان ذراع واحدة وقدم واحدة
٪١٠٠	فقدان يد واحدة وساق واحدة أو فقدان يد واحدة وقدم واحدة
٪١٠٠	استئصال الفك السفلي بالكامل
	الرأس
٪٤٠	الاستئصال الجزئي للفك السفلي. الجزء المرتفع في كل عظم الفك العلوي أو نصفه
٪٤٠	فقدان البصر بالكامل لعين واحدة
٪٣٠	الصمم الكامل لأذن واحدة
٪٢٠	فقدان مادة عظمية من الجمجمة بكل سماكتها
	الأطراف العلوية
٪٦٠	فقدان الذراع أو يد واحدة
٪٥٠	فقدان قدر كبير من المادة العظمية في الذراع (ضرر محتم وغير قابل للشفاء)
٪٤٥	بتر أربعة أصابع من يد واحدة بما في ذلك الإبهام
٪٢٠	فقدان كلي لاستخدام الإبهام
٪١٠	فقدان جزئي للإبهام (كتيبة الظفر)
٪٨	بتر أي إصبع بخلاف الإبهام
٪٣	بتر كتيبة من أي إصبع غير الإبهام

الأطراف السفلية	
١٠٪	فقدان كلي لاستخدام الساق
٤٥٪	فقدان كلي للقدم (انفصال الظنوب الرسغي)
٢٥٪	بتر كل أصابع قدم واحدة
٢٠٪	بتر أربعة أصابع في قدم واحدة بما في ذلك إصبع القدم الكبير
١٠٪	بتر إصبع القدم الكبير
٢٪	بتر إصبع واحد غير إصبع القدم الكبير
١٠٪	تقصير الطرف السفلي بمقدار ١ إلى ٥ سم
٣٠٪	تقصير الطرف السفلي بمقدار أكثر من ٥ سم
٢٠٪	تصلب مفصل الركبة
٤٠٪	تصلب مفصل الورك

يخوِّلك تصلب مفاصل الأصابع (بخلاف الإبهام والسبابة) وأصابع القدم (بخلاف إصبع القدم الكبير) الحصول على ٥٠٪ فقط من التعويض الذي قد يكون مستحقاً بسبب فقدان الأعضاء المذكورة. يتمّ التعويض عن حالات العجز الدائم غير المذكورة أعلاه وفقاً لخطورتها مقارنة بتلك المذكورة. ويتمّ التعامل مع العجز الوظيفي الكلي أو الجزئي لطرف أو عضو على أنه فقدان كلي أو جزئي للطرف أو العضو المذكور. إن دفع ١٠٠٪ من تغطية العجز الدائم الجزئي أو الكلي يؤدي إلى إنهاء هذه البوليصّة تلقائياً.

٣. المصاريف الطبية الناجمة عن حادث

إذا كان المؤمن عليه قد تعرّض لحادث يتطلب علاجاً طبيّاً، فيجب على الشركة تعويض المؤمن له عن تكلفة العلاج الطبي المستحقّ وفقاً للحد الأقصى لمبلغ النفقات الطبية المستحقة لمنفعة تغطية الحوادث بحسب ما هو مذكور في جدول البوليصّة. يجب أن يكون الحادث المغطى قد وقع نتيجة للإصابة الجسديّة، بشكل مباشر ومستقل عن جميع الأسباب الأخرى، من جرّاء أسباب خارجية وعنيفة وعرضيّة فحسب.

٤. إعادة الجثمان إلى الوطن

يتعيّن على الشركة تعويض مصاريف إعادة جثمان الشخص المؤمن عليه المتوقّف إلى بلاده. وهذا يشمل تكلفة النقل والتوثيق لنسح رفات المؤمن عليه إلى وطنه على أن لا يتجاوز مبلغ التعويض الحد الأقصى لمنفعة إعادة الجثمان إلى الوطن، المحدّدة في جدول البوليصّة.

٥. الإعادة إلى الوطن بسبب عدم اللياقة

يتعيّن على الشركة تسديد مبلغ محدّد في جدول البوليصّة لتغطية نفقات إعادة المؤمن عليه إلى الوطن في حالة عدم اللياقة خلال الأشهر الثلاثة الأولى. بناءً على الفحوصات الطبية والتقارير ذات الصلة المطلوبة في هذا السياق لإصدار تصريح الإقامة الخاص بالعامل (العاملة) في الخدمة المنزليّة في مملكة البحرين.

لا يتمّ دفع المبلغ المذكور إلّا بعد تزويد الشركة بالتقارير الطبيّة المذكورة أعلاه التي تثبت فيها عدم لياقة المؤمن عليه مع تفاصيل الرحلة (أي التذكرة) التي تثبت أن المؤمن عليه قد غادر مملكة البحرين وأي مستندات أخرى مطلوبة.

٦. الهروب والاختفاء

لإثبات الهروب والاختفاء، يجب على المؤمن له تقديم إشعار بشأن هروب المؤمن عليه في غضون ثلاثين (٣٠) يوماً من تاريخ الهروب والاختفاء وتقديم إثبات على تسليم جواز سفر المؤمن عليه إلى السلطة المختصة. لا يحصل المؤمن له على أي تعويض إذا ثبت أنه كان السبب في هروب المؤمن

عليه. في حال لم يكن المؤمن له هو السبب في هروب المؤمن عليه واختفائه ولم يتم دفع أي تعويض للمؤمن له من وكالة توظيف العمالة للمؤمن عليه خلال خمسة وأربعين (٤٥) يوماً من وصول المؤمن عليه إلى ملكة البحرين التي تقع ضمن نطاق مسؤولية مكتب الوكالة المذكورة. فيتعيّن على شركة التأمين العربية ش.م.ل. أن تعوّض نسبة مئوية معيّنة من المبلغ المطلوب على أساس التكلفة الفعلية التي يدفعها المؤمن له لإستقدام المؤمن عليه أو على أساس الحد الأقصى المستحق عن الهروب والاختفاء كما هو مذكور في جدول البوليصة، أيهما أقل. وتخضع النسبة المئوية المطبقة إلى فترة انتظار مدتها خمسة وعشرين (٢٥) يوماً بعد تقديم المستندات الأصلية الكاملة كما هو موضح في الجدول التالي:

النسبة المئوية من التغطية	الأيام/الأشهر
٨٠٪	٣ - ١ أشهر
٧٠٪	٤ أشهر - ٥ أشهر
٦٥٪	٦ أشهر - ٧ أشهر
٦٠٪	٨ أشهر - ٩ أشهر
٥٥٪	١٠ أشهر - ١١ أشهر
٥٠٪	١٢ أشهر - ١٣ أشهر
٤٥٪	١٤ أشهر - ١٥ أشهر
٤٠٪	١٦ أشهر - ١٧ أشهر
٣٠٪	١٨ أشهر - ١٩ أشهر
٢٠٪	٢٠ أشهر - ٢١ أشهر
١٠٪	٢٢ أشهر - ٢٣ أشهر
٥٪	٢٤ شهور

٧. رفض العمل

ينطبق الجدول أعلاه في حالة رفض المؤمن عليه العمل بسبب حالات طارئة بين الشهر الأول والشهر التاسع عشر من وصول المؤمن عليه إلى ملكة البحرين. بما سيؤدي لاحقاً إلى ترحيل الأخير إلى وطنه. حيث يتعيّن على الشركة تعويض نسبة مئوية معيّنة من المبلغ المطلوب على أساس التكلفة الفعلية التي يدفعها المؤمن له لإستقدام المؤمن عليه أو على أساس الحد الأقصى المستحق عن رفض العمل كما هو مذكور في جدول البوليصة، أيهما أقل. يتم دفع هذه المنفعة بعد استكمال الإجراءات المطلوبة التي تشمل إجراء مقابلة مع المؤمن عليه. ويجب تقديم تقرير طبي عن لياقة المؤمن عليه للعمل لإثبات هذه المنفعة. ولا تتحمل الشركة أي مسؤولية في حالة رفض المؤمن عليه العمل بين الشهر العشرين حتى نهاية تصريح العمل ولن يعرض عن التكلفة الفعلية التي دفعها المؤمن له لإستقدام المؤمن عليه. لن يتم تغطية رفض العمل، ما لم يتم الحصول على موافقة الشركة قبل إعادة المؤمن عليه إلى وطنه.

الحالات الطارئة: عندما يرفض المؤمن عليه العمل في ملكة البحرين لسبب يؤدي لاحقاً إلى ترحيله إلى وطنه. تقتصر حالات الطوارئ على ما يلي:

- وفاة قريب من الدرجة الأولى *
- مرض خطير** لقريب من الدرجة الأولى
- حالة صحّية ناجمة عن حادث تعرّض له قريب من الدرجة الأولى.

* الوالدين، والأولاد، والزوج.

** السرطان، الفشل الكلوي، زرع الأعضاء الرئيسية، شلل الأطراف، السكتة الدماغية، النوبة القلبية، المراحل النهائية من الفشل الكبدي.

تتطلب الموافقة على المطالبة تقديم إثبات مقبول . على النحو الذي تطلبه الشركة. لإثبات حالة الطوارئ؛

في حالة رفض المؤمن عليه العمل لحساب المؤمن له الذي صدرت له هذه البوليصة وبوافق على العمل لحساب مؤمن له آخر، فلا تنطبق المنفعة المستحقة.

٨. رواتب غير مدفوعة

يسري تعويض الرواتب غير المدفوعة فقط في حالة رفض المؤمن عليه العمل نتيجة لحالات الطوارئ التي ستؤدي لاحقاً إلى ترحيل الأخير إلى وطنه حيث تقوم الشركة بتعويض المؤمن عليه عن الرواتب غير المدفوعة على النحو المنصوص عليه في الاتفاقية الموقعة بين المؤمن عليه والمؤمن له إذا ثبت أن المؤمن له لم يدفع الرواتب المستحقة. تحتفظ الشركة بحق الحلول في المبلغ الذي دفعته من تعويض رفض العمل المستحق للمؤمن له. الحد الأقصى للمدفوعات بموجب هذه المنفعة هو مبلغ تعويض رفض العمل المستحق.

يتم دفع التعويض بموجب هذه المنفعة فقط إذا تمت الموافقة على المطالبة المتعلقة برفض العمل من قبل الشركة.

٩. الزيارة العائلية بداعي الرأفة، والمساعدة القانونية، والعلو

تتحمل الشركة التكلفة الفعلية للنقل الجوي في الدرجة الاقتصادية من بلد الشخص المؤمن عليه إلى ملكة البحرين، بشرط أن يكون المؤمن عليه تحت وصاية السلطات عندما تثبت ضرورة حضور فرد من أفراد الأسرة. بشرط عدم وجود أي فرد من أفراد الأسرة في ملكة البحرين في الوقت الذي يكون فيه المؤمن عليه تحت الوصاية، علاوة على ذلك، تقدم الشركة المشورة القانونية للمؤمن عليه.

توقر الشركة بدلاً يومياً للشخص المؤمن عليه أثناء وجوده تحت وصاية السلطات. يخضع إجمالي البدل المدفوع بموجب هذه المنفعة لحد أقصى هو راتب شهر واحد للشخص المؤمن عليه وفترة انتظار تبلغ (٧) سبعة أيام.

يجب أن تكون مسؤولية الشركة في ما يتعلق بالمنفعة متناسبة مع التكاليف الفعلية المتكبدة ومحصورة بحد أقصى للمنفعة المذكور في جدول البوليصة.

لا تسري منفعة البدل اليومي إذا تم رفع دعوى قضائية ضد المؤمن عليه.

١٠. رسوم تصريح العمل الجديد (بسبب عدم اللياقة)

يتعين على الشركة تعويض مبلغ. كما هو مذكور في جدول البوليصة، لتغطية رسوم تصريح العمل للمؤمن عليه في حالة عدم اللياقة بالاستناد فقط على الفحص الطبي المطلوب لإصدار تصريح القيمين للعاملين في الخدمة المنزلية في ملكة البحرين. يتم دفع هذه المنفعة بعد تقديم التقارير الطبية المثبتة لعدم اللياقة.

١١. التغطية لدول مجلس التعاون الخليجي

تمتد هذه التغطية إلى جميع دول مجلس التعاون الخليجي لمدة أقصاها شهر واحد من تاريخ مغادرة ملكة البحرين. يستثنى من هذه التغطية منفعة الهروب والاختفاء.

١٢. تكلفة الاستبدال

يتعين على الشركة تعويض المؤمن له عن تكلفة استبدال المؤمن عليه في حدود المبلغ المذكور في جدول البوليصة في حالة وفاة المؤمن عليه فقط.

- لا تشمل هذه البوليصة ولن يتم التعويض عن خسارات سواء نتجت بطريقة مباشرة أو غير مباشرة عن الحالات التالية:
1. الاضطرابات العقلية والعصبية والفيزيولوجية
 2. ضرر او علة يلحقهما المؤمن عليه بنفسه عمدًا، الانتحار أو محاولة الانتحار(سواء كان سليم العقل او غير متمتع بقواه العقلية).
 3. المؤمن عليه المتورط في أي عمل غير قانوني أو خرق للقانون أو فعل إجرامي.
 4. الحمل أو الإجهاض أو الولادة في إطار غير شرعي.
 5. العجز الناتج عن الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، الإيدز، الحالة المرتبطة بالإيدز، أو التي ساهم هذا المرض أو هذه الحالة بحدوثها.
 6. الإفراط في تعاطي المخدرات أو شرب الكحول.
 7. المرض أو الإعاقة الطبية كان يعاني منها المؤمن عليه، أو تلقى العلاج لها أو على علم بها عند بدء تغطيته.
 8. رفض المؤمن عليه العمل بسبب حالته الصحية.
 9. رفض المؤمن عليه العمل بسبب عدم دفع راتبه من قبل المؤمن له.
 10. رفض المؤمن عليه العمل نتيجة الإساءة الجسدية أو الجنسية أو النفسية.
 11. رفض المؤمن عليه العمل لعدم توفر البيئة المناسبة للعمل.
 12. المطالبات الناشئة عن الأوبئة أو الجوائح المعترف بها أو المُعلن عنها دوليًا أو محليًا على سبيل المثال لا الحصر فيروس كورونا المستجد (COVID-19) وما قد يحدث له من طفرة أو تحول.

١. تغيير العنوان أو تفاصيل أخرى

لا يجوز للمؤمن له أن يدعي عدم استلام إشعار أو إعلان ما لم يخطر الشركة حسب الأصول بتغيير عنوانه. يتحمل المؤمن له وحده مسؤولية إبلاغ الشركة على الفور بإشعار مسبق بأي تغيير في العنوان أو تفاصيل أخرى.

٢. الاحتياك

إذا كانت المطالبة احتيالية بأي شكل من الأشكال، أو إذا تم إصدار أو إعلان أي بيان كاذب لدعورها، أو إذا تم استخدام أي وسيلة احتيالية من قبل المؤمن له أو المؤمن عليه أو أي شخص يسعى للحصول على أي منفعة بموجب هذه البوليصة. يحق للشركة أن تسقط جميع المنافع. يحق للشركة أيضاً استرداد جميع المبالغ المدفوعة أو المستحقة الدفع بموجب هذه البوليصة وتقديم دعوى قضائية ضد الشخص المتحايل.

٣. الإلغاء

يجوز للشركة إلغاء هذه البوليصة عن طريق إرسال إخطار خطي مسبق قبل خمسة عشر يوماً عن طريق البريد المضمون إلى المؤمن له على آخر عنوان معروف له وفي هذه الحالة تعيد للمؤمن له القسط المدفوع بعد الحسم على أساس نسبي عن الفترة التي كانت فيها البوليصة سارية المفعول. أو يجوز للمؤمن له أن يلغي البوليصة في أي وقت عند إرسال إشعار خطي مسبق قبل خمسة عشر يوماً. شريطة عدم تقديم أو دفع أي مطالبة خلال الفترة التي كانت فيها البوليصة سارية المفعول. يحق للمؤمن له أن يسترد القسط بعد خصم المبلغ المتوجب جراء قصر المدة لفترة التي كانت فيها البوليصة سارية وفقاً للمقياس التالي:

مدة سريان التأمين	قسط يتم استرداده من قبل شركة التأمين على أساس تناسبي
٣٠ - ١ يوماً	٪٧٥
٣١ - ١٢٠ يوماً	٪٥٠
١٢١ - ١٨٠ يوماً	٪٣٥
١٨١ - ٢٧٠ يوماً	٪١٥
٢٧١ - ٣٦٥ يوماً	٪٠

٤. الحلول

يجب على أي مدعي بموجب هذه البوليصة وفقاً لطلب وعلى نفقة الشركة أن يقوم أو يمتنع عن القيام بأي عمل أو أمر أو يوافق عليه أو يسمح به بقدر ما يكون ضرورياً أو مطلوباً بشكل معقول من قبل الشركة لغرض إنفاذ أي حقوق أو تعويضات أو الحصول على تعويض أو ضمان من الأطراف الأخرى. ما يكون أو يصبح مستحقاً للشركة أو للحلول لدى قيامها بالدفع أو لتدارك أي خسارة بموجب هذه البوليصة سواء كانت هذه الأعمال والأمور ضرورية أو أصبحت ضرورية أو مطلوبة قبل أو بعد التعويض من قبل الشركة.

٥. الاختصاص وقيد اتخاذ الإجراءات

• يجب تفسير هذه البوليصة وجميع الحقوق والالتزامات والمسؤوليات الناشئة عنها، وتخليها وتنفيذها وفقاً للقوانين واللوائح والتعليمات المعمول بها في ملكة البحرين. في حال حدوث أي تغييرات في القوانين أو اللوائح أو الممارسات أو الأعراف التي قد تؤثر على قدرة الشركة على التنفيذ بموجب هذه البوليصة. يجوز للشركة تعديل هذه البوليصة إلى أي حد تقتضيه هذه التغييرات بعد إخطار المؤمن له.

- أي نزاع ينشأ عن هذه البوليصة أو في ما يتعلق بها تتم نسوبته ودياً بين الطرفين. في حال عدم التوصل إلى تسوية الودية، خال أي نزاعات حصرياً للمحاكم المختصة في مملكة البحرين.
- لا يؤدي أي تقاعس أو تأخير من قبل الشركة في ممارسة أي حق أو سلطة أو تعويض بموجب هذه البوليصة إلى المساس بهذا الحق أو هذه السلطة أو هذا التعويض أو يعتبر تنازلاً عنه. ولا تؤدي أي ممارسة وحيدة أو جزئية لأي حق أو سلطة أو تعويض إلى منع أي ممارسة أخرى لهذا الحق أو هذه السلطة أو هذا التعويض أو ممارسة أي حقوق أو سلطات أو تعويضات أخرى بموجب هذه البوليصة.

1. شروط المطالبات

- الخصم المذكور في الجدول لكل مطالبة
- لا تدفع الشركة أي تعويض للمدعي إذا ثبت أن المطالبة نشأت عن إهمال أو عمل أو تقاعس متعمد من جانب المدعي أو الأشخاص المرتبطين به.
- لا تدفع الشركة أي تعويض للمدعي، إذا لم يتخذ هذا الأخير الإجراءات اللازمة لمنع حدوث الحادث الذي تسبب في المطالبة مثل الاحتفاظ بجواز سفر العامل في الخدمة المنزلية لديه في مكان آمن ومضمون.
- لا تدفع الشركة أي تعويض للمدعي في حالة خروج العامل في الخدمة المنزلية لديه من مملكة البحرين.
- في حالة العثور على العامل في الخدمة المنزلية لديه قبل استلام مبلغ التعويض و/أو إلغاء تقرير الهروب و/أو في حالة حصول المدعي على تعويض من طرف آخر بعد دفع مطالبة الهروب والاختفاء، يجب على المؤمن له إعادة مبلغ التعويض المدفوع من قبل الشركة في غضون أربعة عشر (14) يوماً وإلا سوف يتم اتخاذ الإجراءات القانونية اللازمة بحقه.
- كإجراء وقائي، يجب على المؤمن له تقديم جواز سفر العامل في الخدمة المنزلية لديه إلى الشركة والسماح للشركة بالتحقق من صحة المطالبة لفترة كافية.
- يجب على المؤمن له أن يأذن للشركة وبمنحها توكيل رسمي للتصرف نيابة عن المؤمن له والتحقيق في المطالبة مع جميع الجهات ذات الصلة.

تُصاغ هذه البوليصة باللغتين العربية والإنجليزية. في حال الاختلاف بين النسختين، يرجح النص العربي.

إشعار المطالبة

عند وقوع أي حدث قد يؤدي إلى مطالبة بموجب هذه البوليصة:

1. يجب على المؤمن له إخطار الشركة/مندوب الشركة كتابةً بتفاصيل الحادث الذي أدى إلى نشوء المطالبة في غضون ثلاثين (٣٠) يومًا من وقوع الحادث.
2. عدم الإخطار في غضون مدة الـ (٣٠) يومًا المذكورة أعلاه لا يبطل أي مطالبة إذا تم تقديم سبب مقنع ومعقول إلى الشركة.
3. في حالة منفعة رفض العمل. يجب على المؤمن له عدم إعادة العامل في الخدمة المنزلية لديه إلى وطنه قبل استلام الموافقة على المطالبة من الشركة في غضون ١٥ يومًا من تاريخ الإخطار بالمطالبة.
4. تقوم الشركة بتسوية المطالبة في خلال ثلاثين (٣٠) يومًا بعد إكمال وتسليمها جميع الوثائق المطلوبة.
5. يتم تقديم جميع الشهادات والعلومات والأدلة من قبل المؤمن له على نفقته الخاصة. ويجب أن تتخذ الشكل والطبيعة اللذين حددهما الشركة.
6. تحتفظ الشركة بالحق في مطالبة المؤمن له بتقديم المزيد من المستندات أو الأدلة على نفقته الخاصة لمساعدة الشركة في تقييم المطالبة.
7. يسمح للطبيب المسؤول أو أي ممثل آخر للشركة برؤية المؤمن عليه وفحصه في جميع الأوقات المناسبة وبالطريقة المطلوبة.

إثباتات وقوع الخسارة

يجب تقديم الوثائق التالية إلى الشركة في أقرب وقت ممكن ولكن على أي حال. في موعد لا يتجاوز تسعين (٩٠) يومًا من تاريخ المطالبة.

وثائق عامة

- نموذج المطالبة
- نسخة عن هوية المدعي
- نسخة عن جواز سفر العامل في الخدمة المنزلية
- وثيقة البوليصة الأصلية
- البلاغ الموجّه للشرطة
- الإخطار الموجّه لهيئة تنظيم سوق العمل
- إيصال التكلفة الفعلية للعاملة في الخدمة المنزلية
- إيصال دفع الاشتراكات
- كتاب براءة ذمّة موقع من المستفيد الأخير.
- الاتفاقية الموقعة بين وكالة توظيف العمالة والمؤمن له والتي نصّ على راتب المؤمن عليه.
- تقرير من الجهة المختصة في حالة سرقة جواز سفر المؤمن عليه.

وثائق محدّدة

- تقرير طبي للمطالبات غير مطالبات الهروب والاختفاء.
- شهادة وفاة لمطالبات الوفاة والإعادة إلى الوطن
- شهادة من هيئة تنظيم سوق العمل أو هيئة جوازات السفر أو وثيقة إلغاء تأشيرة العمل تثبت أن المؤمن عليه غادر ملكة البحرين في حالة منفعة رفض العمل.
- نسخة عن تذكرة الطيران للمؤمن عليه من أجل رفض العمل والإعادة إلى الوطن بسبب انطباق منفعة عدم اللياقة.
- بيان التحقق الأسبوعي مع هيئة تنظيم سوق العمل في ما يتعلق بحالة المطالبة بشأن الهروب والاختفاء المقدمة من قبل المؤمن له.
- إثبات صحّة المطالبة المتعلقة برفض العمل.

بالإضافة إلى ذلك، يحقّ للشركة الحصول على أي معلومات/ وثائق أخرى قد تطلبها بصورة معقولة. يجوز للشركة أيضًا، وفقًا لتقديرها الخاص، أن تطلب تصديق الوثائق من قبل الجهات المعنية.

نحن، شركة التأمين العربية ش.م.ل.، نهدف إلى تقديم أعلى المستويات والمعايير في جميع الأوقات.

في حال عدم رضاك عن أي من خدماتنا، فسوف نكون سعداء للغاية لسماع شكواك.

نحن نعد بالاستجابة السريعة لحل أي مشكلة تواجهك، والعمل معك من أجل معالجة استيائك بطريقة عادلة ومنصفة.

سنقر باستلام شكواك في غضون يوم عمل واحد من تاريخ تقديمها، وسنحيطك علمًا بسير الشكوى، إلى حين تسويتها نهائيًا.

للاتصال: complaints-gcc@arabiainsurance.com



مكاتب شركة التأمين العربية

شركة التأمين العربية ش.م.ل. - رأس المال المصرح به والمدفوع بالكامل: ٥١.٠٠٠.٠٠٠.٠٠٠ ل.ل.
- سجل تجاري بيروت ١٩٨٨ - سجل هيئات الضمان ٢، تاريخ ١٩٥٦/١١/٩ هيئة خاضعة
للمرسوم ٩٨١٢ تاريخ ١٩٦٨/٥/٤ الرقم المالي ٤٩٧٦

لبنان

arabia-lebanon@arabiainsurance.com	٣٦٠٠٧١ : فاكس: (٩٦١-١)	٣٦٠٨٨٩/٨٩٣	عين المريسة
For claims:	٤٤٠٩٧٤ : فاكس: (٩٦١-٦)	٤٤٠٩٧٤	طرابلس
P&Cclaims.lb@arabiainsurance.com	٥٤٥٣١٠ : فاكس: (٩٦١-٨)	٥٤٥٣١٠	شطورة

الإمارات العربية المتحدة

رأس المال المصرح به والمدفوع بالكامل: ٥١.٠٠٠.٠٠٠.٠٠٠ ل.ل. - رقم القيد في السجل
التجاري ٤١٦٩١ دبي - رقم القيد في السجل التجاري ٢١١٥٩ الشارقة - رخصة تجارية
رقم ٢٠١٧٥٦ دبي - رخصة تجارية رقم ١٢٩٠٣ الشارقة - رخصة تجارية رقم ١٠٠١٣٤٤ CN -
أبو ظبي - رخصة تجارية رقم ١٠٠٢٥٧٤ CN - العين - شركة خاضعة لأحكام
القانون الإتحادي رقم ٢٠٠٧/٦ - رقم القيد في هيئة التأمين ٢٠

arabia-uae@arabiainsurance.com	٢٢٧٠٠٢٢ : فاكس: (٩٧١-٤)	٢٢٨٠٠٢٢	دبي
For claims:	٥١٧١٦٦٧ : فاكس: (٩٧١-٦)	٥١٧١٦٦٦	الشارقة
P&Cclaims.UAE@arabiainsurance.com	٦٧٤٥٧٠٠ : فاكس: (٩٧١-٢)	٦٧٤٤٧٠٠	أبو ظبي
	٧٦٤٣٧٨٥ : فاكس: (٩٧١-٣)	٧٦٤١١٩٦	العين

البحرين

شركة التأمين العربية ش.م.ل. - فرع شركة أجنبية - رأس المال المصرح به والمدفوع
بالكامل: ٥١.٠٠٠.٠٠٠.٠٠٠ ل.ل. - السجل التجاري رقم ١٥٣٢ مرخصة وفقاً لأحكام
مصرف البحرين المركزي. برقم ش.ت.أ. / ٠٠٤ بتاريخ ١٩٦١/٥/١٠

arabia-bahrain@arabiainsurance.com	٢١٣٩٨٥ : فاكس: (٩٧١-١٧)	٢١١١٧٤	المنامة
For claims:			
P&Cclaims.Bn@arabiainsurance.com			

الكويت

شركة التأمين العربية ش.م.ل. - فرع شركة أجنبية - رأس المال المصرح به والمدفوع
بالكامل: ٥١.٠٠٠.٠٠٠.٠٠٠ ل.ل. - السجل التجاري رقم ٤٤ الكويت شركة خاضعة
لأحكام قانون الشركات ووكلاء التأمين رقم (٢٤) لسنة ١٩٦١ رقم الإجازة (٧) السوكلاء
العامة: مؤسسه محمد عبد الرحمن البحر.

arabia-kuwait@arabiainsurance.com	٢٢٦٥٩٤٩٢ : فاكس: (٩٦٥)	٢٢٦٢١٠٤١	الكويت
For claims:			
P&Cclaims.Kw@arabiainsurance.com			

قطر

شركة التأمين العربية ش.م.ل. - فرع شركة أجنبية - رأس المال المصرح به والمدفوع
بالكامل: ٥١.٠٠٠.٠٠٠.٠٠٠ ل.ل. - مسجلة في السجل التجاري في بيروت برقم ١٨٨٩
رقم السجل التجاري: ٣٤٧ الشركة مرخص لها من مصرف قطر المركزي. بموجب
الترخيص: ش.ت / ر.ش.ت / ٤ / ١٩٦٦. وفقاً لأحكام قانون مصرف قطر المركزي وتنظيم
المؤسسات المالية الصادر بالقانون رقم ١٣ لسنة ٢٠١٢.

arabia-qatar@arabiainsurance.com	٤٤٤٤٦٤٨٧ : فاكس: (٩٧٤)	٤٤٤٢٢٦٨٣	الدوحة
For claims:			
P&Cclaims.Qt@arabiainsurance.com			