General Conditions of Insurance

الشروط العامة للتأمين

Bill Protect

التأمين على الفواتير

Introduction

This **Policy, Insurance Certificate** and any document contains all information supplied when applying for this insurance and is a contract between **You** and **Us**. Coverage provided under this **Policy** is underwritten by Qatar Insurance Company Q.S.P.C. (We/Us).

This insurance will secure Your **monthly bills** if **You**:

- are unable to work due to **Accident** or **Sickness Work Incapacity**.
- become **Unemployed** through no fault of **Your** own.

It will also provide you with a peace of mind if **You**:

- die as a result of an **Accident**.
- Suffer a **Permanent total disablement** due to an **Accident**.

The **Insurance Certificate** and this **Policy** provide the full insurance terms and conditions with **Us**.

You should check the **Policy** and **Insurance Certificate** carefully to ensure they are correct and meet **Your** requirements, and notify **Us** immediately if anything is incorrect, as this could affect **Your Policy** cover in the event of a **Claim**.

You should keep these documents in a safe place. You must tell Us if either Your insurance needs or any of the information You have given Us changes. A change in circumstances may affect Policy cover, even if You do not think a change is significant, We may need to change this Policy. If a change is submitted, We will update the Policy and issue a new Insurance Certificate each time a change is agreed.

مقدمة

تعتبر هذه الوثيقة، شـــهادة التأمين، و أية وثائق تتضـــمن المعلومات المقدمة عند طلب الحصـــول على هذا التأمين، وهي عقد بينك وبيننا. يتم إصـــدار التغطية التأمينية المنصـــوص عليها في هذه الوثيقة من قبل شـــركة قطر للتأمين ش.م.ق.ع (نحن/لنا).

سيغطي هذا التأمين **فواتيرك الشهرية** في حال :

- كنت غير قادر على العمل بســـبب **حادث** أو **عدم القدرة على العمل بسبب المرض**.
- أصـــبحت **عاطلًا عن العمل** دون أن يكون ذلك بخطأ منك.

كذلك سيمنحك راحة البال إذا وقعت :

- الوفاة نتيجة **حادث** .
- الإصابة **بعجز كلي دائم** نتيجة حادث .

شـهادة التأمين وهذه **الوثيقة** تحتويان على كافة الشـروط والأحكام الخاصة بالتأمين **معنا**.

يجب **عليك** مراجعة **وثيقة التأمين وشـهادة التأمين** بعناية للتأكد من صحتهما وتوافقهما مع متطلباتك، **وإبلاغنا** فورًا في حال وجود أي خطأ، حيث قد يؤثر ذلك على **تغطية وثيقتك** في حال تقديم **مطالبة**.

يجب عليك الاحتفاظ بهذه المســـتندات في مكان آمن، ويجب عليك إخبارنا إذا تغيرت احتياجاتك التأمينية أو أي من المعلومات من التي قدمتها لنا. وقد يؤثر التغيير في الظروف على تغطيـة الوثيقـة، حتى لو كنـت تعتقـد أن التغيير ليس كبيرًا، فقد نحتاج إلى تغيير هذه الوثيقة. إذا تم تقديم تغيير، سنقوم بتحديث الوثيقة وإصدار شهادة تأمين جديدة في كل مرة يتم فيها الاتفاق على تغيير.

جدول المزايا

التغطية الأساسية

الاستحقاق في حالة	فترة التأهيل	فترة الانتظار	أقصى مدة للاستحقاقات	الخيار أ أقصى مبلغ مطالبة (المبلغ المؤمن عليه)	الخيار ب أقصى مبلغ مطالبة (المبلغ المؤمن عليه)	الخيار ج أقصى مبلغ مطالبة (المبلغ المؤمن عليه)
الوفاة بسبب حادث			دفعة فردية	حتى 30,000 ر.ق	حتى 50,000 ر.ق	حتى 75,000 ر.ق
العجز الكامل الدائم بسبب **حادث**			دفعة فردية	حتى 30,000 ر.ق	حتى 50,000 ر.ق	حتى 75,000 ر.ق
عدم القدرة المؤقتة على العمل بسبب **حادث أو مرض**	60 يوم	30 يوم	3 دفعات من **استحقاقاتك الشهرية**	**دفعة فاتورة شهرية** حتى 1,000 ر.ق	**دفعة فاتورة شهرية** حتى 1,000 ر.ق	**دفعة فاتورة شهرية** حتى 1,000 ر.ق
البطالة	60 يوم	30 يوم	3 دفعات من **استحقاقاتك الشهرية**	**دفعة فاتورة شهرية** حتى 1,000 ر.ق	**دفعة فاتورة شهرية** حتى 1,500 ر.ق	**دفعة فاتورة شهرية** حتى 2,000 ر.ق

Table of Benefits

Core Coverage

Benefit in case of	Qualifying period	Waiting Period	Maximum duration of benefits	Option A Maximum Claim amount (Sum Insured)	Option B Maximum Claim amount (Sum Insured)	Option C Maximum Claim amount (Sum Insured)
Accidental Death			Single Payment	up to QR30,000	up to QR50,000	up to QR75,000
Permanent Total Disablement due to an **Accident**			Single Payment	up to QR30,000	up to QR50,000	up to QR75,000
Temporary Work Incapacity due to **Accident** or **Sickness**	60 days	30 days	3 payments of Your **Monthly Benefit**	**Monthly Bill Payment** up to QR1,000	**Monthly Bill Payment** up to QR1,000	**Monthly Bill Payment** up to QR1,000
Unemployment	60 days	30 days	3 payments of Your **Monthly Benefit**	**Monthly Bill Payment** up to QR1,000	**Monthly Bill Payment** up to QR1,500	**Monthly Bill Payment** up to QR2,000

Important Information

The insurer

Qatar Insurance Company Q.S.P.C, a company registered under the laws of the State of Qatar with commercial registration number 20 and authorized and regulated by the Qatar Central Bank and having its registered office at Tamin Street, West Bay, Doha, Qatar.

Benefit payments

You agree that **We** shall pay all benefits under this **Policy** to **Your Bill Agreement** provider, who shall credit them to **Your bill account**.

When are you covered?

The insurance cover begins:

On the **Insurance Start Date** specified in the **Insurance Certificate** after the end of the **Qualifying Period**, if such **Qualifying Period** is provided for in this **Policy**.

Insurance Start Date shall commence at 00.00 hours on the day following the date of conclusion of this **Policy.**

When will cover end:

On the **Insurance End Date** indicated in the **Insurance Certificate** or earlier, on the earliest of the following:

- upon termination of **Your Bill Agreement**, for whatever; or
- at the end of the insurance month in which **You** turn 60 years of age; or
- as soon as insurance benefit has been paid for **Permanent Total Disablement**; or
- in the event of **Your** death; or
- in the cases specified in Section 1.3.5 (Special conditions); or
- **You** are no longer a resident of Qatar; or
- 30 days after **Our** notification on failure to pay the premium; or
- The date when **You** or **We** cancel the **Policy** in accordance with the terms and conditions of this **Policy.**
- In case where the **Premium** is paid on a monthly basis, the **Policy** will be automatically cancelled in case the monthly premium is not paid by **You** on the due date

معلومات مهمة

شركة التأمين

شـركة قطر للتأمين ش.م.ق، وهي شـركة مسـجلة بموجب قوانين دولة قطر بالسـجل التجاري رقم: 20 ومرخصـة ومنظمة من قبل مصـرف قطر المركزي، ويقع مقرها المسـجل في شـارع التأمين، الخليج الغربي، الدوحة - قطر.

مبالغ التعويض

أنت توافق على **أن نقوم** بسداد جميع المزايا المنصـوص عليها في هذه **الوثيقة** إلى **مزود اتفاقية الفاتورة الخاصـة بك،** والذي سـيقوم بدوره **بقيدها في حساب فاتورتك**.

متى تكون مشمولًا بالتغطية؟

بدء التغطية

في تاريخ بدء التأمين المحدد في **شـهادة التأمين،** وذلك بعد انتهاء **فترة التأهيل،** إذا كانت هذه الفترة **منصوصًا عليها** في هذه **الوثيقة**.

بَدَأَ تـاريخ بدء التأمين في تمام السـاعة 00:00 من اليوم التالي لتاريخ إبرام هذه الوثيقة.

نهاية التغطية:

في تاريخ **انتهاء التأمين** الموضـح في **شـهادة التأمين** أو في وقت سابق، أيهما يحدث أولاً من الحالات التالية:

- عند إنهاء **اتفاقية الفاتورة** الخاصـة **بك،** لأي سـبب كان، أو
- في نهاية شهر التأمين الذي تبلغ **فيه** 60 عامًا، أو
- بمجرد دفع استحقاقات التأمين عن **العجز الكلي الدائم،** أو
- في حالة **وفاتك،** أو
- في الحالات المحددة في القسم 1.3.5 (الشروط الخاصة)، أو
- عندما لا تصبح مقيمًا في قطر، أو
- بعد 30 يومًا من **إخطارنا** بعدم دفع القسط، أو
- التاريخ الذي تقوم فيه **أنت** أو **نحن** بإلغاء **الوثيقة** وفقًا لشروط وأحكام هذه **الوثيقة**.
- في حالة دفع القسـط على أسـاس شـهري، سـيتم إلغاء الوثيقة تلقائيًا في حالة عدم دفع القسـط الشـهري من قبلك في تاريخ استحقاقه.

Eligibility Criteria

To be covered under this **Policy, You** must**:**

- be aged 18 years and under 60 years old; and
- be the first named person on the **Bill Agreement**; and
- be a resident of Qatar, or have a residence permit from the Ministry of Interior to reside in Qatar; and
- hold a valid Qatar Identity Card (QID) issued by the Ministry of Interior.

Additional eligibility criteria for **Unemployment** benefit only, **You** must:

- have a permanent employment contract at the date of contracting the **Policy**.
- be a **Full time worker** (work more than 20 hours per week).
- must have a minimum continuous, consecutive, and uninterrupted employment period of 12 months with the same employer at the date of contracting the **Policy**.
- not be **Self-employed** (including in a partnership or family business).
- not be in temporary or seasonal employment or on a fixed-term contract.
- for **Government Employees**: have a permanent contract or be under a fixed-term contract treated as permanent under **Public Law**

شروط الاستحقاق

لتكون مشمولًا بالتغطية بموجب هذه **الوثيقة**، يجب أن:

- يتراوح **عمرك** بين 18 سنة وأقل من 60 سنة، و
- تكون الشخص المُسمى الأول في **اتفاقية الفاتورة**، و
- تكون مقيمًا في قطر، أو لديك تصـــريح إقامة من وزارة الداخلية للإقامة في قطر، و
- تحمل بطاقة هوية قطرية ســـارية المفعول صـــادرة عن وزارة الداخلية.

معايير أهلية إضـــافية لاســـتحقاق منفعة التعطل عن العمل فقط ، يجب عليك :

- يكون لديك عقد عمل دائم في تاريخ التعاقد على **الوثيقة**.
- تكون **عاملًا بدوام كامل** (تعمل أكثر من 20 ســـاعة في الأسبوع).
- يكون **لديك** فترة عمل مستمرة ومتتالية ومتواصلة لا تقل عن 12 شـــهرًا مع نفس صـــاحب العمل في تاريخ التعاقد على **الوثيقة**.
- لا تكون **تعمل لحســـابك الخاص** (بما في ذلك في شـــراكة أو عمل عائلي).
- لا تكون في عمل مؤقت أو موسمي أو بعقد محدد المدة.
- بالنســـبة **للموظفين الحكوميين:** يجب أن يكون لديك عقد دائم أو تكون بموجب عقد مُحدد المدة يُعامل كدائم بموجب القانون العام.

Section 1: Core Coverage | **القسم 1: التغطية الأساسية**

1.1 Accidental Death | 1.1 الوفاة بسبب حادث

1.1.1 What is covered | 1.1.1 ما الذي تغطيه الوثيقة

If **You** die as a result of an **Accident** during the **Period of Insurance**, **We** will pay up to the maximum amount stated in the **Table of Benefits**. **We** will require evidence of **Your** death before paying this benefit.

إذا توفيت نتيجة **حادث** خلال **فترة التأمين** ، **سندفع** حتى المبلغ الأقصى المذكور في **جدول المزايا.** وسنطلب تقديم دليلًا على وفاتك قبل دفع هذه الاستحقاقات.

1.2 Permanent Total Disablement | 1.2 العجز الكلي الدائم

1.2.1 What is covered | 1.2.1 ما الذي تغطيه الوثيقة

If, during the **Period of Insurance**, **You** have an **Accident** which results in **Your Permanent Total Disablement**, **We** will pay as at the date of the certified **Permanent Total Disablement**, up to the maximum amount stated in the **Table of Benefits**.

إذا تعرضت لحادث خلال فترة التأمين أدى إلى إصابتك بعجز كلي دائم، فسنقوم بسداد مبلغ يصل إلى الحد الأقصى الموضح في جدول المزايا، وذلك اعتبارًا من تاريخ إثبات العجز الكلي الدائم بموجب شهادة رسمية.

1.2.2 Exclusions (note: General Exclusions also apply) | 1.2.2 الاستثناءات (ملاحظة: تنطبق أيضًا الاستثناءات العامة)

You will not be covered for:

- **any physical defect, Sickness or medical condition diagnosed or for which medical advice or treatment has been received, or which required in-patient or out-patient treatment within 12 months prior to the Insurance Start Date; or**
- **any Permanent Total Disablement medically certified with a degree less than 66%;**
- **any cerebrovascular and cardiovascular Accident, including but not limited to aneurysms, heart attacks, haemorrhages, strokes and similar;**
- **any consequences of invasive diagnostic processes or adverse reactions to any type of medical or surgical treatment;**
- **any consequences of fainting, syncope, epileptic seizures of any kind, morbid or degenerative states and hernias, whatever their origin;**

لن تكون مشمولًا بالتغطية في حالة:

- **أي عيب جسدي أو مرض أو حالة طبية تم تشخيصها أو تم تلقي مشورة طبية أو علاج بشأنها، أو تطلبت علاجًا داخل المستشفى أو خارجه خلال الـ 12 شهرًا قبل تاريخ بدء التأمين، أو**
- **أي عجز كلي دائم معتمد طبيًا بدرجة أقل من 66%،**
- **أي حادث دماغي أوعية دموية قلبية وأوعية دموية دماغية، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر تمدد الأوعية الدموية، والنوبات القلبية، والنزيف، والسكتات الدماغية وما شابه،**
- **أي تبعات لعمليات تشخيصية داخلية أو ردود فعل سلبية لأي نوع من العلاج الطبي أو الجراحي،**
- **أي تبعات للإغماء، وفقدان الوعي، والنوبات الصرعية من أي نوع، وحالات مرضية أو تنكسية والفتق، مهما كان أصلها.**

1.3 Temporary Work Incapacity due to Accident or Sickness | 1.3 عدم القدرة المؤقتة على العمل بسبب حادث أو مرض

1.3.1 What is covered | 1.3.1 ما الذي تغطيه الوثيقة

If, during the **Period of Insurance**, **You** have an **Accident** or **Sickness** which results in **Your Temporary Work Incapacity, We** will pay the **Monthly Benefit** as at the date of the start of **Your** medically certified **Work Incapacity**, up to the amount stated in the **Table of Benefits**, for each full month of uninterrupted **Work Incapacity** for a maximum of 3 months.

The first payment will be made after the **Waiting Period**.

إذا تعرضت، خلال **فترة التأمين، لحادث** أو **مرض** نتج عنه **عدم قدرتك المؤقتة على العمل**، سندفع **المزايا الشهرية** اعتبارًا من تاريخ بدء **عدم القدرة على العمل** المعتمدة طبيًا، حتى المبلغ المذكور في **جدول المزايا**، عن كل شهر كامل من **عدم القدرة على العمل** المستمرة لمدة أقصاها 3 أشهر.

ستتم الدفعة الأولى بعد **فترة الانتظار**.

We will pay the **Monthly Benefit** at the end of each month for the month just ended, providing that **You** have sent **Us** medical evidence of **Your** continuous **Work Incapacity**.

سوف نقوم بدفع التعويض الشهري في نهاية كل شهر عن الشهر المنقضي، بشرط أن تكون قد أرسلت إلينا دليلاً طبيًا يثبت استمرار عجزك عن العمل.

The maximum **We** will pay per **Insured Event** is 3 months. If **You** suffer from several **Temporary Work Incapacity** events we will pay up to a maximum of 3 months in total, during the **Period of Insurance**.

الحد الأقصى الذي سندفعه لكل **حدث مشمول بالتأمين** هو 3 أشهر. إذا تعرضت لعدة حالات من عدم القدرة المؤقتة على العمل، فسنقوم بدفع تعويض بحد أقصى لمدة 3 أشهر إجمالاً خلال فترة التأمين.

Benefit payments will cease when **Your** condition is no longer temporary and is confirmed as a **Permanent Total Disability**.

ستنتهي مدفوعات المزايا عندما لا تعود حالتك مؤقتة ويتم تأكيدها كعجز كلي دائم.

*Payment calculation example: When the insured event occurs and **Your Monthly Bill** amounts to QR1000, **We** will pay QR1000 (excluding any arrears) for each full month **You** are certified by a **Doctor** as unable to work, after the **Waiting Period** concludes. This **Monthly Benefit** will be credited to **Your** personal bill account and paid to **Your Bill Agreement** provide and is payable for a maximum of 3 months.*

مثال على احتساب مبلغ الدفع:
عند وقوع الحدث ، وإذا كانت فاتورتك الشهرية تبلغ 1000 ريال قطري، فسوف نقوم بدفع مبلغ 1000 ريال قطري (باستثناء أي متأخرات) عن كل شهر كامل تكون فيه غير قادر على العمل بموجب شهادة طبية، وذلك بعد انتهاء فترة الانتظار. سيتم تحويل هذه المنفعة الشهرية إلى حساب فاتورتك الشخصي ودفعها لمزود الخدمة حسب اتفاقية الفاتورة، وذلك بحد أقصى لمدة 3 أشهر.

1.3.2 Waiting Period

1.3.2 فترة الانتظار

The first 30 days, from the date of the medically certified **Temporary Work Incapacity,** are the **Waiting Period**, during which the **Monthly Benefit** will not be paid.

تُعد أول 30 يومًا من تاريخ إثبات العجز المؤقت عن العمل بشهادة طبية هي فترة الانتظار، والتي لا يتم خلالها دفع المنفعة الشهرية.

Once the **Waiting Period** has elapsed, the **Monthly Benefit** will be paid from the date of the medically certified **Work Incapacity,** up to a maximum of 3 monthly payments.

بمجرد انقضاء **فترة الانتظار**، سيتم دفع **المزايا الشهرية** اعتبارًا من تاريخ **عدم القدرة على العمل** المعتمدة طبيًا، حتى حد أقصى 3 دفعات شهرية.

1.3.3 Qualifying period

1.3.3 فترة التأهيل

You will not be covered for the first 60 days from the **Insurance Start Date** shown on **Your Insurance Certificate**. Any **Work Incapacity** resulting from an **Accident** or **Sickness** which occurred during this period will not be covered under this **Policy**.

لن تكون مشمولًا بالتغطية خلال أول 60 يومًا من **تاريخ بدء التأمين** الموضح في **شهادة التأمين** الخاصة **بك**. أي **عدم قدرة على العمل** ناتج عن **حادث** أو **مرض** حدث خلال هذه الفترة لن يكون مشمولًا بالتغطية بموجب هذه **الوثيقة**.

1.3.4 Requalifying period

1.3.4 فترة إعادة التأهيل

After receiving benefits under this section, there is an additional qualifying period of 3 months, which means that any **Insured Event** which occurs within 3 months after the payment of the benefits under this section ceases are not covered under this **Policy**.

بعد تلقي الاستحقاقات بموجب هذا القسم، ستكون هناك فترة تأهيل إضافية مدتها 3 أشهر، مما يعني أن أي **حدث مشمول بالتأمين** يحدث خلال 3 أشهر بعد توقف دفع الاستحقاقات بموجب هذا القسم لا يكون مشمولًا بالتغطية بموجب هذه **الوثيقة**.

If **You** submit a new **Claim** within 1 month, it will be considered part of the previous **Claim** and as long as **You** have not reached the maximum limit payable on a single claim, which is 3 months.

إذا قدمت **مطالبة** جديدة خلال شهر واحد، سيتم اعتبارها جزءًا من **المطالبة** السابقة وطالما أنك لم تصل إلى الحد الأقصى القابل للدفع في المطالبة الواحدة، وهو 3 أشهر.

1.3.5 Specific conditions

- Benefit payments for this benefit will cease the earliest of the following:
  - The date **You** no longer suffer from a **Work Incapacity** or ceases to provide the documents proving that demonstrate **You** continue to have a **Work Incapacity**.
  - 3 months after the **Insured Event**.
  - The **Insurance End Date**.

- **You** can only **Claim** under one insurance benefit at a time.

1.3.6 Specific exclusions (note: General Exclusions also apply)

You will not be covered for:

- any physical defect, **Sickness** or medical condition diagnosed or for which medical advice or treatment has been received, or which required in-patient or out-patient treatment within 6 months prior to the **Insurance Start Date**; or
- **You** are in **Temporary Work Incapacity** before the **Insurance Start Date.**
- Maternity or Paternity leave period.
- **Claims** resulting from depressive anxiety disorders in all their clinical varieties, whatever their origin.
- **Claims** arising from post-traumatic stress syndrome and other psychiatric disorders.
- **Claims** arising from the following conditions: back pain, lumbago, headaches, Fibromyalgia, chronic fatigue syndrome, cervical pain and any musculoskeletal pain, as well as any other that has no proven physical cause unless there is objective evidence from complementary medical studies (X-rays, scans, scans, CAT scans, etc.) and which are the main cause of the **Work Incapacity**.
- **Claims** arising from periods of observation (or similar periods) in the event of **Sickness** when **You** are not in **Temporary Work Incapacity** as defined in this **Policy**.
- **Claims** arising from **Sickness** caused by an outbreak of an infectious or **Communicable disease** that has been declared as a **Pandemic** or **Epidemic**.

1.3.5 شروط مُحددة

- ستتوقف مبالغ التعويض عند حدوث أول حالة من الحالات التالية:
  - التاريخ الذي لم تعد فيه تعاني من عدم القدرة على العمل أو تتوقف فيه عن تقديم المستندات التي تُثبت استمرار حالتك كغير قادر على العمل.
  - بعد 3 أشهر من وقوع الحدث المؤمن عليه.
  - تاريخ انتهاء التأمين.

- يمكنك المطالبة بمنفعة تأمينية واحدة فقط في كل مرة.

1.3.6 الاستثناءات الخاصة (ملاحظة : تنطبق أيضًا الاستثناءات العامة)

لن تكون مشمولاً بالتغطية في الحالات التالية:

- أي عيب جسدي أو **مرض** أو حالة طبية تم تشخيصها أو تم تلقي مشورة طبية أو علاج بشأنها، أو تطلبت علاجًا داخل المستشفى أو خارجه خلال الـ 6 أشهر قبل **تاريخ بدء التأمين**، أو
- كنت في حالة **عدم قدرة مؤقتة على العمل** قبل **تاريخ بدء التأمين**.
- فترة إجازة الأمومة أو الأبوة.
- **المطالبات** الناتجة عن اضطرابات القلق الاكتئابية بجميع أنواعها السريرية، مهما كان أصلها.
- **المطالبات** الناتجة عن متلازمة الإجهاد ما بعد الصدمة واضطرابات نفسية أخرى.
- **المطالبات** الناتجة عن الحالات التالية: آلام الظهر، آلام أسفل الظهر، والصداع، والألم العضلي الليفي، ومتلازمة التعب المزمن، وآلام الرقبة وأي آلام عضلية هيكلية، بالإضافة إلى أي حالة أخرى ليست لها سبب مادي مُثبت ما لم يكن هناك دليل موضوعي من دراسات طبية تكميلية (الأشعة السينية، الفحوصات، التصوير المقطعي، الخ) وتكون هي السبب الرئيسي لـ **عدم القدرة على العمل**.
- **المطالبات الناتجة عن فترات المراقبة (أو فترات مماثلة) في حالة المرض، عندما لا تكون في حالة عجز مؤقت عن العمل كما هو مُعرّف في هذه الوثيقة.**
- **المطالبات** الناتجة عن **المرض** الناجم عن تفشي مرض معد أو **مرض معدٍ** تم إعلانه **جائحة** أو **وباء**.

1.4 Unemployment

1.4 البطالة

1.4.1 What is covered

1.4.1 ما الذي تغطيه الوثيقة

If, during the **Period of insurance**, **You** become **Unemployed**, **We** will pay the **Monthly Benefit** as at the date of **Unemployment**, up to the amount stated in the **Table of Benefits**, for each full month of uninterrupted **Unemployment** for a maximum of 3 months.

إذا أصبحت عاطلًا عن العمل خلال فترة التأمين، فسنقوم بدفع المنفعة الشهرية اعتبارًا من تاريخ التعطل عن العمل، وذلك بما لا يتجاوز المبلغ الموضح في جدول المزايا، عن كل شهر كامل من التعطل المستمر، وبحد أقصى 3 أشهر.

The first payment will be made after the **Waiting Period**.

ستتم الدفعة الأولى بعد **فترة الانتظار**.

We will pay the **Monthly Benefit** at the end of each month for the month just ended, provided that **You** have sent **Us** evidence of continuous **Unemployment**.

سندفع **المزايا الشهرية** في نهاية كل شهر للشهر المنتهي للتو، شريطة أن تكون قد أرسلت إلينا دليلًا على استمرار **البطالة**.

The maximum **We** will pay per **Insured Event** is 3 months. If **You** suffer from several **Unemployment** events we will pay up to a maximum of 3 months in total, during the **Period of Insurance**.

الحد الأقصى الذي سندفعه لكل **حدث مشمول بالتأمين** هو 3 أشهر. وإذا عانيت من عدة أحداث **بطالة** سندفع حتى 3 أشهر كحد أقصى، خلال **فترة التأمين**.

We will not be liable for any arrears or late payments of the monthly instalments on **Your Personal Bill Agreement**.

لن نكون مسؤولين عن أي متأخرات أو تأخير في دفع الأقساط الشهرية على **اتفاقية الفواتير الشخصية** الخاصة **بك**.

*Payment calculation example: When the insured event occurs and **Your Monthly Bill** amounts to QR1000, **We** will pay QR1000 (excluding any arrears) for each full month **You** are **Unemployed**, after the **Waiting Period** concludes. This **Monthly Benefit** will be credited to **Your** personal bill account and paid to **Your Bill Agreement** provide and is payable for a maximum of 3 months.*

مثال على حساب الدفع: عند وقوع ، وإذا كانت فاتورتك الشهرية تبلغ 1000 ريال قطري، فسوف نقوم بدفع 1000 ريال قطري (باستثناء أي متأخرات) عن كل شهر كامل تكون فيه عاطلًا عن العمل، وذلك بعد انتهاء فترة الانتظار. سيتم تحويل هذه المنفعة الشهرية إلى حساب فاتورتك الشخصي ودفعها لمزود الخدمة وفقًا لاتفاقية الفاتورة، وذلك بحد أقصى لمدة 3 أشهر.

1.4.2 Waiting Period

1.4.2 فترة الانتظار

The first 30 days, from the date of notice of **Unemployment,** are the **Waiting Period**, during which the **Monthly Benefit** will not be paid.

تُعد أول 30 يومًا من تاريخ إثبات العجز المؤقت عن العمل بشهادة طبية هي فترة الانتظار، والتي لا يتم خلالها دفع المزايا الشهرية .

Once the **Waiting Period** and any **Notice Period** has elapsed, the **Monthly Benefit** will be paid from the date of notice of **Unemployment,** up to a maximum of 3 monthly payments.

بمجرد انتهاء فترة الانتظار وأي فترة إشعار، سيتم دفع المزايا الشهرية اعتبارًا من تاريخ الإخطار بالتعطل عن العمل، وذلك بحد أقصى يصل إلى 3 دفعة شهرية.

1.4.3 Qualifying period

1.4.3 فترة التأهيل

You will not be covered for the first 60 days from the **Insurance Start Date** shown on **Your Insurance Certificate**. Any **Unemployment** which occurred during this period will not be covered under this **Policy**.

لن تكون مشمولًا بالتغطية خلال أول 60 يومًا من **تاريخ بدء التأمين** الموضح في **شهادة التأمين** الخاصة **بك**. أي **بطالة** حدثت خلال هذه الفترة لن تكون مشمولة بالتغطية بموجب هذه **الوثيقة**.

1.4.4 Requalification Period

After submitting the first **Claim** under this benefit, **You** must have been fully back at work, must meet the eligibility criteria before a new **Insured Event** is covered under this **Policy.**

1.4.5 Special conditions

- Benefit payments will cease on the earliest of the following:
  - The date **You** cease to be **Unemployed** or cease to provide the documents proving **You** are still **Unemployed**.
  - 3 months after the **Insured Event**;
  - The maximum claim amount stated in the **Table of Benefits** has been paid.
  - The **Insurance End Date**.
- At the time of reporting a **Claim**, **You** must:
  - have an **Unemployed** status.
  - If **You** are a non-Qatari National: provide proof of **Your** valid residency in Qatar
  - not be working or Self-employed while **Unemployed**.

1.4.6 Specific Exclusions (note: General Exclusions also apply)

You will not be covered for:

- not meeting the eligibility criteria; or
- any termination of **Your** employment notified before or during the **Qualifying Period** of 60 days; or
- any termination of **Your** employment for partial layoffs or reduction of hours due to riots/**War**, strike, **Pandemics**, **Epidemics**; or
- any known termination of **Your** employment or anticipated before the **Insurance Start Date**; or
- being **Self-Employed** or owning a percentage of the business or being in company board; or
- if **You** are terminated due to: refusing a proposed job relocation within the same metro area, unsatisfactory performance or failure to perform as per job policy requirements, refusal to accept a change in position within the same pay scale, disciplinary actions, misconduct as stated by law/state-order and legally recognized professional negligence; or
- **Your** early retirement and do not intend to actively seek further work; or
- termination or expiry of a fixed-term contract or an interim contract; or

1.4.4 فترة إعادة التأهيل

بعد تقديم **المطالبة** الأولى بموجب هذه الاستحقاقات، يجب أن تكون قد عدت إلى العمل بشكل كامل، ويجب أن تستوفي معايير الأهلية قبل تغطية **حدث مشمول بالتأمين** جديد بموجب هذه **الوثيقة**.

1.4.5 شروط مُحددة

- تتوقّف مدفوعاتُ المزايا عند حدوثِ أوّلِ حالةٍ من الحالاتِ التالية:
  - تاريخ توقفك عن كونك عاطلًا عن العمل، أو توقفك عن تقديم المستندات التي تثبت استمرار حالتك كعاطل عن العمل.
  - بعد 3 أشهر من وقوع الحدث المؤمن عليه.
  - دفع الحد الأقصى لمبلغ التغطية
  - تاريخ انتهاء التأمين.
- عند الإبلاغ عن مطالبة، يجب عليك أن:
  - أن تكون في حالة تعطل عن العمل
  - إذا كنت من جنسية غير قطرية: يجب عليك تقدم دليل على تصريح إقامتك الساري في قطر.
  - عدم العمل أو ممارسة أي نشاط لحسابك الخاص أثناء فترة التعطل عن العمل.

1.4.6 الاستثناءات الخاصة (ملاحظة: تنطبق أيضًا الاستثناءات العامة)

لن تكون مشمولاً بالتغطية في الحالات التالية:

- عدم استيفاء معايير الأهلية، أو
- أي إنهاء **لعملك** تم الإخطار به قبل أو خلال **فترة التأهيل** من 60 يومًا، أو
- أي إنهاء **لعملك** بسبب التسريح الجزئي أو تخفيض ساعات العمل نتيجة أعمال الشغب/ **الحرب**، أو الإضراب، **أو الجوائح**، أو **الأوبئة**، أو
- أي إنهاء معروف **لعملك** أو متوقع قبل **تاريخ بدء التأمين**، أو
- كونك تعمل لحسابك الخاص أو تمتلك نسبة من الأعمال أو كونك عضوًا في مجلس إدارة الشركة، أو
- إذا تم إنهاء عملك بسبب: رفض نقل وظيفي مقترح داخل نفس المنطقة الحضرية، وأداء غير مرضٍ والأداء السيء وفقًا لمتطلبات سياسة العمل، ورفض قبول تغيير في المنصب ضمن نفس سلم الرواتب، وإجراءات تأديبية، وسوء سلوك كما هو منصوص عليه بموجب القانون/ أمر الدولة والإهمال المهني المعترف به قانونًا، أو
- **تقاعدك** المبكر، ولا تنوي البحث بنشاط عن عمل آخر، أو
- إنهاء أو انتهاء عقد محدد المدة أو عقد مؤقت، أو

- any termination of **Your** employment when the employer is any family member or partner; or
- the employment terminates at **Your** own will or due to mutual understanding between **You** and **Your** employer; or
- Termination of self-employment; or
- when the dismissal is due to breach of **Your** professional duties or **Your** misconduct.

- أي إنهاء **لعملك** عندما يكون صاحب العمل أي فرد من أفراد العائلة أو شريك، أو
- إنهاء العمل **بإرادتك** أو بسبب تفاهم متبادل بينك وبين صاحب العمل الخاص **بك**، أو
- إنهاء العمل الحر، أو
- عندما تكون الإقالة بسبب مخالفة الواجبات المهنية أو سوء السلوك من **جانبك**.

General Exclusions

These General Exclusions apply to all sections of this **Policy** and are in addition to the Specific Exclusions listed under each section

You will not be covered for claims arising or in connection from:

- suicide, attempted suicide or intentional self-injury;
- taking part in any criminal or illegal act;
- human Immune Deficiency Virus (HIV), Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) or AIDS Related Complex (ARC) or any related condition.
- the practice of winter sports in all modalities, even in closed facilities. **This clause will not apply** for accidents resulting from practise of leisure ski and practise of snowboard on piste only.
- the practice of sports in competition or motorised competition (race or rally) whether as a professional or amateur, as well as the practice of dangerous or risky activities listed below:
  - All Horse riding disciplines, **this clause will not apply** for accidents resulting from the practise of Leisure horse-riding only.
  - Boxing, weightlifting, wrestling (in its different classes), rugby, martial arts, big game hunting, polo.
  - outdoor / indoor abseiling, outdoor bouldering, ice climbing, high altitudes Climbing, Lead climbing, rock climbing, top rope Climbing, trekking above 3500 mts, mountain walking & expeditions.
  - diving above 15 meters, potholing, bullfighting and bull running.
  - Aerial sports in general.
  - Adventure sports such as rafting, bungee jumping, hydrospeed, canyoning and Kayaking.
- Nuclear reaction, nuclear explosion, nuclear radiation or radioactive contamination, however such reaction, explosion, radiation or contamination may have been caused.
- War, invasion, acts of foreign enemies, hostilities (whether war be declared or not), civil war, rebellion, revolution, insurrection, military or usurped power.
- Accidents suffered by the Armed Forces or Security Forces and Corps during the exercise of their profession.
- Any **Accident** that takes place while **You** are under the influence of alcohol, drugs, narcotics, psychotropic drugs, stimulant and other similar substances. In order to determine the effect of the above mentioned, the country legislation shall apply.

الاستثناءات العامة

تنطبق هذه الاستثناءات العامة على جميع أقسام هذه **الوثيقة** وهي بالإضافة إلى الاستثناءات المحددة المدرجة في كل قسم

لن يتم **تغطيتك** عن المطالبات الناشئة أو المرتبطة بما يلي:

- الانتحار أو محاولة الانتحار أو الإصابة الذاتية المتعمدة،
- المشاركة في أي عمل إجرامي أو غير قانوني،
- فيروس نقص المناعة البشرية، أو متلازمة نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) أو مجموعة الأمراض المرتبطة بالإيدز أو أي حالة ذات صلة.
- ممارسة الرياضات الشتوية بجميع أشكالها، حتى في المنشآت المغلقة. **لن ينطبق هذا البند** على الحوادث الناتجة عن ممارسة التزلج الترفيهي وممارسة التزلج على الألواح في المسارات المُخصصة فقط.
- ممارسة الرياضة في المنافسة أو المسابقات الآلية (السباقات أو الرالي) سواء كمحترف أو هاوٍ، وكذلك ممارسة الأنشطة الخطرة أو المحفوفة بالمخاطر المذكورة أدناه :
  - جميع تخصصات ركوب الخيل، **لن ينطبق هذا البند** على الحوادث الناتجة عن ممارسة ركوب الخيل الترفيهي فقط.
  - الملاكمة أو رفع الأثقال أو المصارعة (بمختلف أنواعها) أو رياضة الرجبي أو الفنون القتالية أو صيد الحيوانات البرية الكبيرة أو رياضة البولو.
  - التسلق بالحبال الخارجي/ الداخلي، أو تسلق الصخور الخارجي، أو تسلق الجليد، أو تسلق المرتفعات العالية، أو تسلق الرصاص، أو تسلق الصخور، أو تسلق الحبل العلوي، أو المشي لمسافات طويلة فوق 3500 متر، والمشي في الجبال والرحلات الاستكشافية.
  - الغوص فوق 15 مترًا، أو استكشاف الكهوف، أو مصارعة الثيران والركض أمام الثيران.
  - الرياضات الجوية بشكل عام.
  - رياضات المغامرات مثل رياضة ركوب الرمث، أو القفز بالحبال، أو رياضة هايدروسبيد، أو استكشاف الوديان والتجديف بالكاياك.
- التفاعل النووي، أو الانفجار النووي، أو الإشعاع النووي أو التلوث الإشعاعي، بغض النظر عن كيفية حدوث مثل هذا التفاعل أو الانفجار أو الإشعاع أو التلوث.
- الحرب، أو الغزو، أو أعمال الأعداء الأجانب، أو الأعمال العدائية (سواء تم إعلان الحرب أم لا)، أو الحرب الأهلية، أو التمرد، أو الثورة، أو العصيان، أو القوة العسكرية أو المغتصبة.
- الحوادث التي تتعرض لها القوات المسلحة أو قوات الأمن أثناء ممارسة مهنتها.
- أي **حادث** يحدث أثناء **وقوعك** تحت تأثير الكحول، أو المخدرات، أو المواد المخدرة، أو العقاقير المؤثرة على العقل، أو المنشطات والمواد المماثلة الأخرى. لتحديد تأثير المواد المذكورة أعلاه، يتم تطبيق تشريعات البلد.

Making a claim

We must be notified as soon as reasonably practicable of any **Claim** under this **Policy**.

After being notified of a **Claim** under this **Policy** within 7 days from the date of receipt of such notification, **We** will begin the proceedings concerning the determination of the factual circumstances of the **Claim**, the validity of the **Claim** and the amount of benefit and **We** will also inform **You** or the person making the claim, in writing or in any other manner to which **You** or person making the **Claim** agreed to, about the documents required to establish **Our** liability, or the amount of the benefit, if it is necessary for the further conduct of proceedings. **We** may ask **You** to attend one or more medical examinations. If we do, **We** will pay the cost of the examination(s) and for any medical reports and records and **Your** reasonable travelling expenses to attend, if these expenses are agreed by **Us** in advance.

We can obtain information needed by **Us** to investigate **Your Claim:** from entities performing medical activity within the meaning of the provisions on medical activity, which provided health services to You. **We** can request this information only with **Your** consent. Any fees incurred to obtain the requested information will be covered by **You**.

When a claim or possible **Claim** arises, **You** or **Your** legal representatives must register the **Claim** as soon as possible.

- For accidental death **Claims**, **Your** partner or dependents or legal representatives must send **Us** an official death certificate containing age, place of birth and official death cause.
- For **Permanent Total Disablement You** must send **Us** a medical certificate and final **Permanent Total Disablement** diagnosis from a licensed **Doctor**.
- For **Temporary Work Incapacity** claims, **You** must send **Us** an official medical certificate from a licensed **Doctor** containing detailed description of **Your Work Incapacity**, medical degree and likely duration.
- For **Unemployment** claims;
- **You** must send **Us:**
    - A copy of the employment/Labor contract, or
    - Salary Certificate (up to 6 months old)
    - Copy of the termination letter given by the employer (from which the date on which notice of termination was given and the date on which the employment contract ended (or will end) must be seen),
    - Copy of QID
    - Proof of unemployment, in the form of bank statements showing a salary is not being paid

تقديم المطالبة

يجب إخطارنا في أقرب وقت ممكن وبما يتناسب مع الظروف المعقولة بشأن أي مطالبة بموجب هذه الوثيقة.

بعد إخطارنا بالمطالبة بموجب هذه الوثيقة، سنبدأ خلال 7 أيام من تاريخ استلام هذا الإخطار في اتخاذ الإجراءات اللازمة لتحديد الظروف الفعلية المتعلقة بالمطالبة، وصحة المطالبة، وقيمة المنفعة المستحقة. كما سنقوم بإبلاغك – أو الشخص الذي قدم المطالبة – خطيًا أو بأي وسيلة أخرى تم الاتفاق عليها، بالمستندات المطلوبة لإثبات مسؤوليتنا أو لتحديد مبلغ المنفعة، إذا كانت تلك المستندات ضرورية لمتابعة إجراءات المطالبة.
قد نطلب منك الخضوع لفحص طبي واحد أو أكثر، وإذا قمنا بذلك، فسنتحمل تكلفة الفحوصات والتقارير والسجلات الطبية، بالإضافة إلى نفقات سفرك المعقولة لحضور الفحص، بشرط موافقتنا المسبقة على هذه النفقات.

يمكننا الحصول على المعلومات التي نحتاجها للتحقيق في مطالبتك من الجهات التي تمارس أنشطة طبية وفقًا لأحكام القوانين المتعلقة بالنشاط الطبي، والتي قدمت لك خدمات صحية. ولا يمكننا طلب هذه المعلومات إلا بعد حصولنا على موافقتك. وستكون أي رسوم مترتبة على الحصول على هذه المعلومات على نفقتك الخاصة.

عند تقديم مطالبة أو مطالبة مُحتملة، يجب **عليك** أو ممثليك القانونيين تسجيل **المطالبة** في أقرب وقت ممكن.

- في حالات المطالبة بسبب الوفاة الناتجة عن حادث، يجب على شريكك أو الورثة أو ممثليك القانونيين تزويدنا بشهادة وفاة رسمية تتضمن العمر، ومكان الميلاد، والسبب الرسمي للوفاة.
- بالنسبة **للعجز الكلي الدائم** يجب عليك إرسال شهادة طبية إلينا وتشخيص نهائي **للعجز الكلي الدائم** من **طبيب** مرخص.
- بالنسبة لمطالبات **عدم القدرة المؤقتة على العمل**، يجب عليك إرسال شهادة طبية رسمية إلينا من **طبيب** مرخص تحتوي على وصف مفصل لـ **عدم قدرتك على العمل**، والدرجة الطبية والمدة المُحتملة.
- بالنسبة لمطالبات **البطالة**،
- يجب **عليك** إرسال ما يلي **إلينا**:
    - نسخة من عقد التوظيف/ العمل، أو
    - شهادة الراتب (لغاية 6 أشهر مضت)
    - نسخة من خطاب الإنهاء المقدم من صاحب العمل (الذي يجب أن يظهر فيه تاريخ إعطاء إخطار الإنهاء والتاريخ الذي انتهى فيه عقد العمل (أو سينتهي))،
    - نسخة من بطاقة الهوية القطرية.
    - إثبات البطالة، في شكل كشوف حسابات بنكية تُبين عدم دفع أي راتب.

General Conditions

Conditions that apply to the whole **Policy**.

Contract

This **Policy**, the **Insurance Certificate** and any information provided in **Your** application will be read together as one contract.

Choice of Law and Jurisdiction

This **Policy** shall be governed by and interpreted in accordance with the laws of the State of Qatar. In case of any dispute, the parties shall subject themselves to the exclusive jurisdiction of the courts of Qatar.

Other aspects of this **Policy** (including without limitation, claims handling, double insurance, underinsurance and supplementary insurance) are governed by the applicable law to the extent not specified otherwise in this Policy.

Compliance with Policy Requirements

You (where relevant **Your** representatives) shall comply with all applicable terms and conditions specified in this **Policy**. If **You** do not comply, **We** may only pay that part of any **Claim** that **We** would have had to pay if **You** had complied in full.

Changing Your Policy

1. If **You** want to change **Your Policy**

   If any of the information **You** have given **Us** changes **You** must telephone **Us** and/or **RIE** (and confirm in writing if **We** request **You** to do so), email or write to **Us**.

2. If We want to change Your Policy
We reserve the right to make changes or add to these Policy terms for legal or regulatory reasons and/or to reflect new industry guidance and codes of practice. If this happens, We will write to You with details at least 30 days before We make any changes. You will then have the option to continue with or to cancel the Policy.

   Any changes made to Your Policy will only apply on the date Your Insurance certificate is issued to You by Us.

   If We change Your policy and as a result of those changes You wish to cancel Your Policy, You can withdraw from Your contract within 30 days in writing (e.g. letter, fax, e-mail) from the date We informed You of the changes made to Your Policy.

   We may transfer Our rights and obligations under Your Policy to another insurer in accordance to the procedure prescribed by the law applicable to such

الشروط العامة

الشروط التي تنطبق على كامل **الوثيقة.**

العقد

تُعتبر هذه الوثيقة، وشهادة التأمين، وأي معلومات تم تقديمها ضمن طلبك، جزءًا من عقد واحد يُقرأ ويُفسّر كوحدة متكاملة.

اختيار القانون والاختصاص القضائي

تخضع هذه **الوثيقة** وتُفسر وفقًا لقوانين دولة قطر. وفي حالة وجود أي نزاع، يلتزم الطرفان بالاختصاص القضائي الحصري لمحاكم قطر.

تُحكم الجوانب الأخرى من هذه **الوثيقة** (بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر: معالجة المطالبات، والتأمين المزدوج، والنقص في التأمين، والتأمين التكميلي) بالقانون المعمول به ما لم يُنص على خلاف ذلك في هذه الوثيقة.

الامتثال لمتطلبات الوثيقة

يجب عليك (وعند الاقتضاء، ممثلوك) الالتزام بجميع الشروط والأحكام المنصوص عليها في هذه الوثيقة. وإذا لم تلتزم، فقد نكون ملزمين فقط بدفع الجزء من أي مطالبة كنا سندفعه لو أنك التزمت بالكامل.

تغيير وثيقتك

1. إذا **أردت** تغيير **وثيقتك**

   إذا طرأ أي تغيير على المعلومات التي زودتنا بها، يجب عليك الاتصال بنا و/أو بـ RIE (وتأكيد ذلك كتابيًا إذا طلبنا منك)، أو إرسال بريد إلكتروني، أو مراسلتنا كتابيًا.

2. إذا أردنا نحن تغيير وثيقتك
نحتفظ بالحق في إجراء تغييرات أو إضافات إلى شروط هذه الوثيقة لأسباب قانونية أو تنظيمية و/ أو لمواكبة الإرشادات الجديدة أو قواعد الممارسة المعتمدة. إذا حدث ذلك، سنقوم بإرسال التفاصيل لك قبل 30 يومًا من إجراء أي تغيير. وسيكون لك الخيار في الاستمرار بالوثيقة أو إلغائها.

   تُطبق أي تغييرات يتم إجراؤها على وثيقتك فقط اعتبارًا من تاريخ إصدار شهادة التأمين الخاصة بك من قبلنا.

   إذا رغبت في إلغاء الوثيقة نتيجة هذه التغييرات، يمكنك الانسحاب من العقد في غضون 30 يومًا من تاريخ إبلاغك بالتغييرات، وذلك كتابيًا (عن طريق خطاب أو فاكس أو بريد إلكتروني).

   يجوز لنا نقل حقوقنا والتزاماتنا بموجب وثيقتك إلى شركة تأمين أخرى وفقًا للإجراءات التي ينص عليها القانون

transfer. You shall have a right to submit, in accordance with the procedure prescribed by law, a written objection to the transfer of the rights and obligations under Your Policy. Such an objection shall not be binding on Us. If You would object to the transfer of the rights and obligations under Your Policy, You have the right to terminate Your Policy.

المنطبق. ويحق لك تقديم اعتراض كتابي على هذا النقل وفقًا للإجراءات القانونية، إلا أن هذا الاعتراض لا يُعد ملزمًا لنا. وفي حال اعتراضك على نقل الحقوق والالتزامات بموجب وثيقتك، يحق لك إنهاء وثيقتك.

Cancelling Your Policy

إلغاء وثيقتك

1. If You want to cancel Your Policy

1. إذا أردت إلغاء وثيقتك

Cooling off period

فترة التراجع

You can withdraw from Your Policy within 14 days from the Insurance Start Date by notifying Us in form of a letter or e-mail without giving reasons.

يمكنك سحب وثيقتك في غضون 14 يومًا من تاريخ بدء التأمين، من خلال إخطارنا بخطاب أو بريد إلكتروني دون الحاجة لتقديم أسباب.

- In the event of withdrawal, the paid insurance premium will be refunded to You. If You have reported any Insured Event during this time, You will not be able to rescind.
- في حال الانسحاب، سيتم رد قسط التأمين المدفوع إليك. وإذا كنت قد أبلغت عن أي حدث مؤمن عليه خلال هذه الفترة، فلن يكون بإمكانك التراجع عن الوثيقة.
- The withdrawal period begins within 14 days of either one of the following:
  - the date You receive Your insurance documentation (Policy, Insurance Certificate); or
  - the Insurance Start Date. whichever is later.
- تبدأ فترة التراجع في غضون 14 يومًا من تاريخ استلامك لأي مما يلي:
  - تاريخ استلامك لوثائق التأمين الخاصة بك (وثيقة التأمين، شهادة التأمين) أو
  - تاريخ بدء التأمين ، أيهما يأتي لاحقًا.

Cancelling Your contract

إلغاء عقدك

Following the cooling-off period You can cancel this Policy at any time by contacting Us in writing or in any way that can be evidenced in writing (e.g. By letter or e-mail) and with a notice period of 30 days before the next Monthly Bill is due to be paid.

بعد انتهاء فترة التراجع، يمكنك إلغاء هذه الوثيقة في أي وقت من خلال التواصل معنا كتابيًا أو بأي وسيلة يمكن إثباتها كتابيًا (مثل الخطاب أو البريد الإلكتروني)، وذلك مع إشعار مسبق مدته 30 يومًا قبل الموعد التالي لسداد الفاتورة الشهرية.

We reserve the right to charge You a premium proportionate to the cover that has been in force up to the date of Your cancellation. If We have paid a Claim, in whole or part, then no refund of premium will be made.

نحتفظ بالحق في خصم جزء من القسط يتناسب مع الفترة التي كانت فيها التغطية سارية حتى تاريخ الإلغاء. إذا كنا قد دفعنا مطالبة، كليًا أو جزئيًا، فلن يتم رد أي قسط تأمين.

2. If We want to cancel Your Policy

2. إذا أردنا نحن إلغاء وثيقتك

We can cancel this Policy by giving You 30 days of written notice. We will only do this for a valid reason. Examples of valid cancellation reasons include if We reasonably suspect attempted or actual fraud, or where We are ordered or instructed to cancel this Policy by a regulator, court, or other law enforcement agency, or if We must do so to comply with Our legal and/or regulatory obligations.

يجوز لنا إلغاء هذه الوثيقة من خلال إخطار كتابي يُرسل إليك قبل 30 يومًا. ولن نقوم بذلك إلا لأسباب مشروعة، وتشمل الاشتباه المعقول في وجود احتيال فعلي أو محاولة احتيال، أو إذا طُلب منا الإلغاء من قبل جهة تنظيمية أو محكمة أو هيئة تنفيذ قانون، أو إذا كان إلزامًا علينا ذلك للامتثال لالتزاماتنا القانونية و/ أو التنظيمية.

If We cancel this Policy, We will refund any premium You paid for the cancelled period provided You have not made a Claim under the Policy during the current Period of Insurance and there are no legal restrictions on the refund.

إذا قمنا بإلغاء الوثيقة، فسنرد أي قسط تأمين مدفوع عن الفترة التي أُلغيت بشرط عدم تقديم أي مطالبة بموجب

الوثيقة خلال فترة التأمين الحالية، وألا تكون هناك قيود قانونية تمنع رد القسط.

التغيير في الأقساط

القسط

- يجب **عليك** دفع **قسط** التأمين.
- يتم احتساب **قسط** التأمين كمبلغ ثابت.

يستحق القسط الأول في نفس **تاريخ بدء وثيقة التأمين**.

- في حالة **الحدث المشمول بالتأمين**، سيشمل **الاستحقاق الشهري قسط** التأمين.

عدم دفع الأقساط

تُمنح فترة سماح مدتها 30 يومًا بعد تاريخ استحقاق **القسط** لسداد كل **قسط**. عند حلول تاريخ استحقاق **القسط** وبداية فترة السماح، **سنطلب منك** خطيًا دفع **القسط** خلال فترة السماح (30 يومًا التالية لتلقي الطلب)، مع إبلاغك بأنه في حال عدم السداد، ستصبح هذه **الوثيقة** لاغية دون قيمة وستنتهي تلقائيًا، ولن يتم دفع أي استحقاقات. إذا وقع **حدث مشمول بالتأمين** عليه وأصبح **الاستحقاق الشهري** خلال فترة السماح واجب الدفع، فسيتم خصم مبلغ **الأقساط** غير المدفوعة من قيمة الاستحقاق. إذا لم يتم سداد **القسط** خلال فترة السماح، تنتهي هذه **الوثيقة** تلقائيًا. وإذا تم سداد القسط بالكامل خلال فترة السماح، فسيُلغى تلقائيًا الإخطار بإنهاء **الوثيقة**.

الضريبة

لا يشمل القسط المذكور و/ أو الذي يتم تحصيله من قبل شركة التأمين ضريبة القيمة المضافة أو ضريبة السلع والخدمات و/ أو أي ضرائب أو رسوم أو رسوم جمركية مماثلة أخرى (ويشار إليها معًا باسم "الضرائب") القائمة حاليًا أو التي قد يتم فرضها في المستقبل، والتي يتحملها حامل الوثيقة عادة. في حال فرض مثل هذه الضرائب بعد تاريخ عرض أو دفع قسط التأمين، فإن هذه الضرائب تقع على عاتق حامل الوثيقة وحده، ونحتفظ بالحق في استردادها من الشخص المؤمن عليه.

التضليل وعدم الإفصاح

يجب عليك اتخاذ العناية المعقولة لضمان أن تكون جميع المعلومات المقدمة لنا أثناء عملية الطلب، وفي "الإقرار"، أو عبر المراسلات، أو الهاتف، أو نماذج المطالبات، أو في أي مستندات أخرى، صحيحة وكاملة ودقيقة. يرجى العلم أن تقديم معلومات غير مكتملة أو كاذبة

Change in premiums

Premium

- **You** should pay the insurance **Premium**.
- Insurance **Premium** is calculated as a fixed cost**.**
- The first insurance **Premium** is due the same date of the Policy **Insurance Start Date**.
- If there is an **Insured Event**, the **Monthly Benefit** will include the insurance **Premium**.

Non-payment of Premiums

A grace period of 30 days following the **Premium** due date is allowed for the payment of each **Premium**. Upon the due date of the payment of the **Premium** and at the beginning of the grace period, **We** will ask **You** in writing to pay the **Premium** within the grace period (next 30 days after receipt of the request), informing that in case of failure to do so, this **Policy** will lapse without value and will terminate automatically, and no benefits will be or will become payable. If an **Insured Event** happens and the **Monthly Benefit** becomes payable during the grace period, it will be reduced by the amount of any outstanding **Premiums**. If no **Premium** is paid within the Grace Period, this **Policy** terminates automatically. If the Premium due is paid in full during the grace period, notification of termination of the **Policy** shall automatically be revoked.

Tax

The premium quoted and/or charged by the Insurer is exclusive of value added tax (“VAT”), goods and services tax and/or any other similar taxes, charges, duties or levies (collectively “Taxes”) that are existing as on date or that may be introduced in the future and are customarily borne by the policyholder. In case such Taxes are introduced after the date on which the insurance premium payable for the insurance cover is quoted by us or the insurance premium has been paid by the policyholder or the Insured, such Taxes shall be charged to and shall be solely borne by the policyholder and we reserve the right to recover such Taxes from the Insured Person.

Misrepresentation and Non-Disclosure

You must take reasonable care to ensure that all of the information provided to Us in the application process, in the "Declaration", by correspondence, over the telephone, on Claim forms and in other documents is true, complete and accurate. Please note that providing incomplete, false or misleading information could affect the validity of this Policy and may mean that all or part of a Claim may not be paid.

أو مضللة قد يؤثر على صلاحية الوثيقة، وقد يؤدي إلى عدم دفع المطالبة بالكامل أو جزئيًا.

الفائدة

لا يجوز أن يحمل أي مبلغ مستحق السداد من جانبنا بموجب هذه الوثيقة فائدة ما لم يتم تأخير الدفع بشكل غير معقول من جانبنا بعد استلام جميع الشهادات والمعلومات والأدلة اللازمة لدعم المطالبة. في حال استحقاق الفوائد، سيتم احتسابها فقط من تاريخ استلام آخر شهادة أو معلومة أو دليل مطلوب.

Interest

No sum payable by Us under this Policy shall carry interest unless payment has been unreasonably delayed by Us following receipt of all the required certificates, information and evidence necessary to support the Claim. Where interest becomes payable by Us, it will be calculated only from the date of final receipt of such certificates, information, or evidence.

رسوم البنك

لن نكون مسؤولين عن أي رسوم يطبقها البنك الخاص بك أو أي معاملات تتم فيما يتعلق بالمطالبة.

Bank Charges

We shall not be liable for any charges applied by **Your** Bank or any transactions made in relation to a **Claim**.

إجراءات الشكاوى

نحن ملتزمون بتقديم خدمة عالية الجودة ونحرص على الحفاظ على ذلك في جميع الأوقات. إذا لم تكن راضيًا عن هذه الخدمة، فيرجى الاتصال بنا، مع ذكر تفاصيل وثيقة التأمين الخاصة بك، حتى نتمكن من معالجة الشكوى في أقرب وقت ممكن.

إذا كان لديك شكوى بشأن بيع وثيقتك، أو خدمة العملاء التي تلقيتها، أو طريقة التعامل مع مطالبتك، يُرجى التواصل مع:

العملياتي التميز مدير

شركة قطر للتأمين

ص.ب 666 الدوحة، قطر

الهاتف: 8000742

البريد الإلكتروني: info@qic-insured.com

بالإضافة إلى ما سبق، يمكنك التواصل مع مصرف قطر المركزي، الجهة التنظيمية المشرفة على شركة التأمين، على العنوان التالي:

ص.ب : 1234 ، الدوحة ، قطر ، رقم الهاتف : +97444456456.

Complaints procedures

We are dedicated to providing a high-quality service and want to maintain this at all times. If **You** are not satisfied with this service, please contact **Us**, quoting **Your** Policy details, so **We** can deal with the complaint as soon as possible.

If **You** have a complaint about the sale of **Your Policy**, the Customer Service **You** have received or the way **Your Claim** has been handled please contact:

Manager - Process Excellence
Qatar Insurance Company
P.O. Box 666, Doha, Qatar,
Tel: 8000742
Email: info@qic-insured.com

In addition to the above, you may contact Qatar Central Bank, the regulatory body having oversight over the Insurer, at the following address;

P.O. Box 1234, Doha, Qatar, Tel. No. +974-44456456.

العقوبات الاقتصادية والتجارية

لن يُعتبر أننا نوفر تغطية، ولن نكون مسؤولين عن دفع أي مطالبة أو تقديم أي منفعة بموجب هذه الوثيقة، وذلك إلى الحد الذي يؤدي فيه توفير هذه التغطية أو دفع تلك المطالبة أو تقديم تلك المنفعة إلى تعريضنا لأية عقوبات أو حظر أو قيود بموجب قرارات الأمم المتحدة أو العقوبات التجارية أو الاقتصادية أو القوانين أو اللوائح

Economic and Trade Sanctions

We shall not be deemed to provide cover and we shall not be liable to pay any **Claim** or provide any benefit hereunder to the extent that the provision of such cover, payment of such **Claim** or provision of such benefit would expose **Us** to any sanction, prohibition or restriction under United Nations resolutions or the trade or economic sanctions, laws or regulations of the State of Qatar, European Union, United Kingdom or United States of America.

الخاصة بدولة قطر أو الاتحاد الأوروبي أو المملكة المتحدة أو الولايات المتحدة الأمريكية.

Data Protection

حماية البيانات

We use personal information which **You** supply to **Us** in order to write and administer this **Policy**, including any **claims** arising from it.

نحن نستخدم المعلومات الشخصية التي تقدمها لنا من أجل كتابة وإدارة هذه الوثيقة، بما في ذلك أي مطالبات تنشأ عنها.

This information will include basic contact details such as **Your** name, address, and policy number, but may also include more detailed information about **You** (for example, **Your** age, health, details of assets, claims history) where this is relevant to the risk **We** are insuring, services **We** are providing or to a **claim You** are reporting.

ستتضمن هذه المعلومات تفاصيل الاتصال الأساسية مثل اسمك وعنوانك ورقم الوثيقة، ولكنها قد تتضمن أيضًا معلومات أكثر تفصيلاً عنك (على سبيل المثال، عمرك وصحتك وتفاصيل الأصول وسجل المطالبات) حيث يكون ذلك ذا صلة بالمخاطر التي نؤمن عليها أو الخدمات التي نقدمها أو المطالبة التي تقوم بالإبلاغ عنها.

We are part of a global group, and **Your** personal information may be shared with **Our** group companies in other countries as required to provide coverage under **Your** policy or to store **Your** information. **We** also use a number of trusted service providers and reinsurers, who will also have access to **Your** personal information subject to **Our** instructions and control. All personal data is processed in accordance with the Privacy Policy of the Insurer, details of which are available on its website under https://qic-group.com/privacy-policy/.

نحن جزء من مجموعة عالمية، وقد تتم مشاركة معلوماتك الشخصية مع شركات مجموعتنا في دول أخرى على النحو المطلوب لتوفير التغطية بموجب وثيقة التأمين الخاصة بك أو لتخزين معلوماتك. كما نتعامل مع عدد من شركات إعادة التأمين ومقدمي الخدمات الموثوقين، والذين سيكون لديهم أيضًا حق الوصول إلى معلوماتك الشخصية وفقًا لتعليماتنا وضمن سيطرتنا. تتم معالجة جميع البيانات الشخصية وفقًا لسياسة الخصوصية الخاصة بشركة التأمين، والتي تتوفر تفاصيلها على موقعها الإلكتروني تحت الرابط التالي: https://qic-group.com/privacy-policy/.

Severability

قابلية الفصل

In the event any section or portion of a section of these terms and conditions are deemed invalid, void or unenforceable, that section or portion of a section shall be severed from these terms and conditions, and the remaining terms and conditions shall continue in full force and effect.

في حال اعتبار أي بند أو جزء من بند من هذه الشروط والأحكام باطلًا أو غير صالح أو غير قابل للتنفيذ، فسيتم فصل ذلك البند أو الجزء منه عن هذه الشروط والأحكام، وتظل البنود والشروط المتبقية سارية المفعول بكامل قوتها وأثرها.

Definitions

التعريفات

Accident

الحادث

Bodily injury resulting from a fortuitous, sudden, external, violent event beyond of **Your** control.

الإصابة الجسدية الناتجة عن حدث عرضي، مفاجئ، خارجي، وعنيف خارج عن إرادتك.

We consider a heart attack (myocardial infarction) or stroke to be covered as an **Accident** under this **Policy** if and only if it is not a consequence of a previously diagnosed illness or clinical situation.

نعتبر النوبة القلبية (احتشاء عضلة القلب) أو السكتة الدماغية حادثًا مشمولًا بالتغطية بموجب هذه الوثيقة إذا، وفقط إذا، لم تكن نتيجة لمرض أو حالة سريرية تم تشخيصها مسبقًا.

Bill Agreement

اتفاقية الفاتورة

A formal arrangement between **You** and a utility provider (such as electricity, water, gas, or internet) that outlines the terms under which the utility provider will receive payment for services rendered.

ترتيب رسمي بينك وبين مقدم الخدمة (مثل الكهرباء أو الماء أو الغاز أو الإنترنت) يحدد الشروط التي بموجبها سيتلقى مقدم الخدمة الدفع مقابل الخدمات المقدمة.

Claim, Claims

المطالبة، المطالبات

Single loss or a series of losses due to one cause covered by this **Policy**.

خسارة واحدة أو سلسلة من الخسائر نتيجة لسبب واحد تغطيه هذه الوثيقة.

Communicable disease

Means an illness or disease that may be transmitted directly or indirectly by one person to another due to a virus, bacteria or other microorganism

الأمراض المعدية

تعني مرضًا أو داءً يمكن أن ينتقل بشكل مباشر أو غير مباشر من شخص إلى آخر بسبب فيروس أو بكتيريا أو كائنات دقيقة أخرى.

Day

A period of 24 hours in a row.

اليوم

فترة 24 ساعة متواصلة.

Diagnosis

Means an unequivocal confirmation of a specified critical illness as defined in the GCI's and contained in a dated letter sent to **Us**. All diagnoses and medical opinions must be given by a registered medical practitioner:

- who is currently registered with the General Medical Council or equivalent body; and
- who is a specialist in an area of medicine appropriate to the cause of the claim.

التشخيص

تعني تأكيدًا قاطعًا للإصابة بمرض خطير محدد كما هو مذكور في وثيقة الشروط العامة للأمراض الحرجة(GCI) ، ومضمن في خطاب مؤرخ يُرسل إلينا. يجب أن تصدر جميع التشخيصات والآراء الطبية عن ممارس طبي مسجل :

- مسجل حاليًا لدى المجلس الطبي العام أو هيئة معادلة له؛ و
- متخصص في مجال الطب المناسب لسبب المطالبة.

Doctor

A person with formally certified qualifications in accordance with the requirements of the law in force in the country where he or she provides services, practicing profession within the scope of his or her credentials and qualifications who is not **You** or **Your** relative, or works for or with **You**.

الطبيب

الشخص الذي يحمل مؤهلات معتمدة رسميًا وفقًا لمتطلبات القانون المعمول به في البلد الذي يقدم فيه خدمات، ويزاول مهنة ضمن نطاق مؤهلاته وشهاداته، ولا يكون أنت أو أحد من أقاربك، أو يعمل لصالحك أو معك.

Epidemic

An outbreak of a disease that affects a significant number of people within a community, population, or region.

الوباء

تفشي مرض يؤثر على عدد كبير من الأشخاص داخل مجتمع ما أو السكان أو المنطقة.

Government Employee

A person who works for the national, county, or local government, or for any public institution that these government bodies control

الموظف الحكومي

شخص يعمل لدى الحكومة الوطنية أو الإقليمية أو المحلية، أو لدى أي مؤسسة عامة تخضع لسيطرة هذه الهيئات الحكومية.

GTC

The General Terms and Conditions of Insurance

الشروط والأحكام العامة

الشروط والأحكام العامة للتأمين.

Insurance Certificate

The document issued to **You** by **Us**, detailing **Your** cover and other important information, which forms part of this **Policy** and confirms the conclusion of insurance contract.

شهادة التأمين

الوثيقة الصادرة لك من قبلنا، والتي تتضمن تفاصيل التغطية الخاصة بك وغيرها من المعلومات الهامة، والتي تشكل جزءًا من هذه الوثيقة وتؤكد إبرام عقد التأمين.

Insured event

Single loss due to one cause covered by this **Policy**.

Insurance Start Date

The date upon which cover under this **Policy** commences, as shown on **Your Insurance Certificate**.

Insurance end date

The date upon which cover under this **Policy** ends, as per the conditions of this **Policy** (which may be the **Insurance End Date** shown on **Your Insurance Certificate**, or earlier if cover hereunder terminates earlier, in accordance with this **Policy**).

Monthly Benefit

An amount equal to the **Monthly bill** due by **You** to **Your Utility institution** after the occurrence of an **Insured Event** hereunder, but which does not include any monthly repayment arrears already accrued in relation thereto until such date and/or any interest and costs associated with such arears, and in any event not more than the maximum amount stated in the **Table of Benefits**.

Monthly Bill

A statement that outlines the amount of money owed by **You** for services received during a specific month from **Your Utility institution**.

Notice Period

The period of time stated in **Your** termination letter from **Your** Employer, after which **You** will become **Unemployed**.

Pandemic

An outbreak of a disease that occurs over a wide geographic area, such as multiple countries or continents and typically affects a significant proportion of the population.

Permanent Total Disablement

Permanent Total Disablement is deemed to be the physical and irreversible incapacity caused by an **Accident** that determines **Your** total incapacity to carry out **Your** own profession or any other occupation.

No benefits will be paid if such a disability is medically certified to be less than 66% (or less than 34% of work capacity) due to which you cannot perform your job function based on the conclusion of the medical doctor in accordance with the laws.

الحدث المؤمن عليه

خسارة واحدة ناتجة عن سبب واحد مغطى بموجب هذه الوثيقة.

تاريخ بدء التأمين

التاريخ الذي تبدأ فيه التغطية بموجب هذه الوثيقة، كما هو موضح في شهادة التأمين الخاصة بك.

تاريخ انتهاء التأمين

التاريخ الذي تنتهي فيه التغطية بموجب هذه الوثيقة، وفقًا لشروط هذه الوثيقة (والذي قد يكون تاريخ انتهاء التأمين الموضح في شهادة التأمين الخاصة بك، أو قبل ذلك إذا انتهت التغطية بموجب هذه الوثيقة في وقت سابق، وفقًا لهذه الوثيقة).

المزايا الشهرية

مبلغ يعادل الفاتورة الشهرية المستحقة عليك لمؤسسة المرافق بعد وقوع حدث مؤمن عليه بموجب هذه الوثيقة، ولكن لا يشمل أي متأخرات سداد شهرية مستحقة بالفعل فيما يتعلق بذلك حتى التاريخ المذكور و / أو أي فوائد وتكاليف مرتبطة بهذه المتأخرات، وفي كل الأحوال لا يزيد عن الحد الأقصى للمبلغ المذكور في جدول المزايا.

الفاتورة الشهرية

بيان يوضح المبلغ المستحق عليك مقابل الخدمات التي تم استلامها خلال شهر معين من المؤسسة الخدمية (مزود الخدمة) الخاصة بك.

فترة الإخطار

الفترة الزمنية المنصوص عليها في خطاب إنهاء العمل الخاص بك من صاحب العمل، والتي ستصبح بعدها عاطلاً عن العمل.

الجائحة

تفشي مرض يحدث على نطاق جغرافي واسع، مثل بلدان أو قارات متعددة، وعادةً ما يؤثر على نسبة كبيرة من السكان.

العجز الكلي الدائم

يعتبر العجز الكلي الدائم هو العجز الجسدي غير القابل للعلاج الناجم عن حادث، والذي يؤدي إلى عجزك الكلي عن ممارسة مهنتك أو أي مهنة أخرى.

لن يتم دفع أي مزايا إذا تم التصديق طبيًا على أن نسبة العجز أقل من 66٪ (أو أقل من 34٪ من القدرة على العمل)، مما يجعلك غير قادر على أداء مهام عملك، وذلك استنادًا إلى تقرير الطبيب المعالج ووفقًا للقوانين المعمول بها.

1. If **You** were in employment at the date of the certified disability:

A permanent disability which stops **You** from carrying out gainful employment for which **You** are fitted by way of training, education or experience; or

2. If **You** were not in employment at the date of the certified disability:

A form of permanent disability calculated on a medical assessment by **Us** or an independent medical expert appointed by **Us**, which results in **Your** inability to perform, without assistance from another person, at least 2 of the following activities of daily living:

- eating;
- getting in and out of bed;
- dressing and undressing;
- toileting; or
- walking 200 metres on level ground

.1 إذا كنت على رأس عملك في تاريخ إثبات العجز بموجب شهادة طبية :

عجز دائم يمنعك من ممارسة أي عمل مربح تكون مؤهلاً له من خلال التدريب أو التعليم أو الخبرة؛ أو

. 2إذا لم تكن على رأس عملك في تاريخ إثبات العجز بموجب شهادة طبية:

نوع من العجز الدائم يتم تحديده بناءً على تقييم طبي من قبلنا أو من قبل خبير طبي مستقل نُعينه نحن، ويؤدي إلى عدم قدرتك على القيام، دون مساعدة من شخص آخر، بما لا يقل عن نشاطين من الأنشطة التالية للحياة اليومية:

- تناول الطعام؛
- الدخول إلى السرير والخروج منه؛
- ارتداء وخلع الملابس؛
- استخدام دورة المياه؛
- المشي لمسافة 200 متر على أرض مستوية.

Policy

The document that sets out the benefits, terms, conditions and exclusions of **Your** Insurance, which will commence from the **Insurance Start Date**.

الوثيقة

المستند الذي يحدد الاستحقاقات، والشروط، والأحكام، والاستثناءات **لتأمينك**، والتي تبدأ اعتبارًا من **تاريخ بدء التأمين**.

Period of Insurance

Period of cover commencing on the **Insurance Start Date** shown in **Your Insurance Certificate** and ending on the **Insurance End Date** shown in **Your Insurance Certificate**.

فترة التأمين

تبدأ مدة التأمين من تاريخ بدء التأمين المذكور في شهادة التأمين وتنتهي في تاريخ انتهاء التأمين المذكور في شهادة التأمين.

Premium

Means the amount shown in the **Insurance Certificate** or any subsequent endorsement.

القسط

المبلغ الموضح في **شهادة التأمين** أو في أي ملحق لاحق لها.

Probation period

Period at the start of new employment where an employee is under review and an employer may terminate the contract if the employee is underperforming.

فترة الاختبار

فترة في بداية العمل الجديد، يخضع فيها الموظف للمراجعة، ويجوز لصاحب العمل إنهاء العقد في حال ضعف أداء الموظف.

Public law

Body of law governs the relationship between individuals and the state, particularly in terms of employment contracts. Encompasses regulations that ensure that individuals with either a permanent contract or those under a fixed-term contract, which is treated as permanent, are afforded certain rights and protections under the law.

القانون العام

هو فرع من فروع القانون ينظم العلاقة بين الأفراد والدولة، لا سيما فيما يتعلق بعقود العمل. ويتضمن اللوائح والأنظمة التي تضمن منح الأفراد الذين لديهم عقود عمل دائمة أو عقود محددة المدة تُعامل كعقود دائمة، حقوقًا وحمايات قانونية معينة بموجب هذا القانون.

Qualifying Period

The period of time following the **Insurance Start Date,** during which benefits are not payable.

فترة التأهيل

الفترة الزمنية التي تلي **تاريخ بدء التأمين** والتي لا تكون خلالها الاستحقاقات مستحقة الدفع.

Requalifying Period

The period of time **You** must wait before **You** are eligible to receive benefits under a new **Claim** for the same section of cover.

فترة إعادة التأهيل

الفترة الزمنية التي يجب انتظارها قبل أن **تصبح** مؤهل لتلقي الاستحقاقات بموجب **مطالبة** جديدة عن نفس القسم من التغطية.

Self-employed

You are self-employed if:

- **You** are carrying on a business alone or as a partner in a partnership; or
- **You** can control the affairs of a company **You** Work for because either **You** or a relative or a member of **Your** household individually or jointly hold the majority of the voting rights in that company; or
- **You** can otherwise ensure that the company **You** Work for conducts its affairs according to **Your** wishes.

العمل الحر

تُعد تعمل لحسابك الخاص إذا:

- كنت تدير مشروعًا بمفردك أو كشريك في شراكة؛ أو
- كنت تتحكم في شؤون الشركة التي تعمل بها، لأنك أنت أو أحد أقاربك أو أحد أفراد أسرتك يمتلك بشكل فردي أو مشترك أغلبية حقوق التصويت في تلك الشركة؛ أو
- كنت قادرًا بأي طريقة أخرى على ضمان أن تُدار شؤون الشركة التي تعمل بها وفقًا لرغباتك.

Sickness

Any alteration in **Your** state of health contracted during the **Period of Insurance**, which is not the result of an **Accident** and whose **Diagnosis** and confirmation is carried out by a **Doctor**.

All injuries and sequelae resulting from the same **Sickness**, as well as all conditions due to the same or related causes, are considered to be one and the same **Sickness**.

If a condition is due to the same cause produced by a previous **Sickness**, or to causes related to it (including sequelae and complications derived from the previous **Sickness**), the **Sickness** will be considered as a continuation of the previous one and not as a different **Sickness.**

المرض

أي تغيير في حالتك الصحية حدث خلال فترة التأمين، لا يكون ناتجًا عن حادث، ويتم تشخيصه وتأكيده من قبل طبيب.

تُعتبر جميع الإصابات والتبعات الناتجة عن نفس **المرض**، بالإضافة إلى جميع الحالات الناتجة عن نفس السبب أو عن أسباب ذات صلة، بمثابة **مرض** واحد.

وإذا نتجت حالة ما عن نفس السبب الذي أدى إلى **مرض** سابق، أو عن أسباب مرتبطة به (بما في ذلك التبعات والمضاعفات الناتجة عن **المرض** السابق)، فسيُعتبر **المرض** استمرارًا للمرض السابق وليس **مرضًا** مختلفًا.

Sum Insured

The amount stated in **Table of Benefits** specifying **Our** maximum amount of liability.

مبلغ التأمين

المبلغ الموضح في **جدول المزايا** والذي يحدد الحد الأقصى **لمسؤوليتنا** المالية.

Table of Benefits

Describes how much **We** will pay under the terms and conditions of this **Policy**, in case of occurrence of an **Insured Event**, for the type of insurance benefit.

جدول المزايا

يوضح مقدار المبلغ الذي سندفعه وفقًا لشروط وأحكام هذه **الوثيقة**، في حالة وقوع حدث مشمول بالتأمين، لنوع مستحقات التأمين.

Temporary Work Incapacity

Temporary Work Incapacity means a temporary Inability as a result of **Accident** or **Sickness** which prevents **You** to perform **Your** usual work activity which is a source of income or remuneration under an employment contract and/or to practice a profession or perform any other agreement, as certified by **Doctor**, which is not a Permanent Total Disablement.

عدم القدرة المؤقتة على العمل

العجز المؤقت عن العمل يعني عدم القدرة المؤقتة نتيجة حادث أو مرض، والتي تمنعك من أداء نشاطك المهني المعتاد الذي يُشكل مصدر دخل أو أجر بموجب عقد عمل و/أو من مزاولة مهنة أو تنفيذ أي اتفاق آخر، وذلك بحسب شهادة طبية، على أن لا يكون هذا العجز عجزًا كليًا دائمًا.

Unemployment/unemployed

Shall mean the unintentional and involuntary situation of a person who, being able to and being willing to work as an employee, loses their job and stops receiving a salary. Unemployment guarantees provided in this **Policy** do not apply for persons who resign without important reasons as defined by law.

البطالة / عاطل عن العمل

تعني الحالة غير الطوعية وغير المقصودة لشخص قادر على العمل ويرغب في العمل كموظف، لكنه فقد عمله وتوقف عن تقاضي راتب. لا تنطبق الضمانات الخاصة بالبطالة في هذه الوثيقة على الأشخاص الذين يستقيلون دون أسباب هامة كما هو معرف قانونًا.

Waiting Period

The period of time at the beginning of an **Work Incapacity or**, **Unemployment** for which benefits are not payable.

فترة الانتظار

الفترة الزمنية في بداية حالة **العجز عن العمل أو البطالة** التي لا يتم الدفع خلالها أي مستحقات.

War

Military action, either between nations or resulting from civil **war** or revolution.

الحرب

عمل عسكري بين دول أو ناتج عن حرب أهلية أو ثورة.

We, us or our

Qatar Insurance Company Q.S.P.C., a company incorporated under the laws of the State of Qatar with commercial registration number 20 and authorised and regulated by the Qatar Central Bank and having its registered office at Tamin Street, West Bay, Doha, Qatar

نحن، لنا أو خاصتنا

شركة قطر للتأمين ش.م.ع.ق، وهي شركة تأسست بموجب قوانين دولة قطر وتحمل السجل التجاري رقم (20) ، مرخصة من قبل مصرف قطر المركزي، ويقع مقرها المسجل في شارع التأمين، منطقة الخليج الغربي، الدوحة، قطر.

You, Your or Yourself

The Insured person and policyholder named on **the Insurance Certificate.**

"أنت" أو "لك" أو "نفسك"

الشخص المؤمن عليه وحامل **وثيقة** التأمين كما هو مذكور في **شهادة التأمين.**