



LIVA INSURANCE COMPANY SAOC

Credit Life Policy

Phone : +968 24730939

Email : csn@livainsurance.com

Website : www.livainsurance.om





Credit Life Policy Terms and Conditions (Compliant to Unified Credit Insurance Policy issued by FSA)

Chapter I

Definitions

In the application of this policy and its annexure, the following words and expressions shall have the meaning respectively attributed to them unless the context otherwise requires.

1. **Policy:** Unified Credit Life Policy.
2. **Insurer:** Insurance Company licensed to carry out life insurance activity.
3. **Insured:** Natural person who is obliged to pay the insurance premium and is covered under the policy as regards death or total permanent disability or any additional benefits.
4. **Bank or Financial Institution :** Any bank or financial institution licensed by the Central Bank of Oman.
5. **Beneficiary:** Bank or financial institution in whose favor the insurance is made and whereby obtains the loan outstanding balance in the event of occurrence of the insured risk on the insured.
6. **Insurance application :** The application filled by the insured as per the information specified in the attached annexure.
7. **Insurance Premium:** An amount of money the insured is obliged to pay to the insurer in compensation for the insurer bearing the consequences of the insured risks
8. **Credit Contract:** loan contract between the beneficiary and the insured made in written or electronic form stipulating repayment of the loan in accordance with the terms and conditions specified in the contract.
9. **Loan Outstanding Balance:** The amount due and payable, at the date of death or the date of referral to the Competent Medical Committee, on occurrence of the covered loss under the policy as per the credit contract and loan decreasing balance table agreed between the Beneficiary and the insured on commencement of the credit contract without the insured bearing payment of any amounts or accumulating interest resulting from the insured's failure to pay the loan instalments.
10. **Benefits:** Indemnity payable under this policy with regard to death or total permanent disability or any additional benefits related to the policy.
11. **Policy duration:** The period specified in Annexure (2) attached with the Policy and agreed between the insurer and the insured.

- 
12. **Accident:** Any occurrence resulting from sudden and unexpected act due to external cause resulting in direct injury to the insured without intention of the insured or Beneficiary.
 13. **Injury:** Bodily injury caused by accident causing death or total permanent disability or partial permanent disability during policy duration.
 14. **Total permanent disability:** Disability caused by injury or disease, before the insured reaching the age of 65 sixty five years, which the Competent Medical Committee sees it resulted in total permanent loss of ability to earn or use the organ provided the total percentage of disability reach 75% (seventy five percent) or more as per the report of the Competent Medical Committee.
 15. **Complete Medical Committees** : The Competent Medical Committees of the Ministry of Health who specify the medical fitness, percentage, and type of disability.
- 

General Terms and Conditions

1. Preamble:

- (a) Insurance companies shall amend their agreements with banks to be consistent with the provisions of this Policy. The provisions of this Policy shall not apply on credit contracts concluded prior to the issuance of this Policy unless the parties otherwise agree.
- (b) The policy, its annexures and insurance application are deemed one contract, and every word or expression which has special meaning in any part of the policy or insurance application shall have the same meaning unless the context otherwise requires. The insurer shall enable the insured to read the policy and ensure understanding all its terms and conditions.
- (c) The material information, statements and recognized practices in credit life contracts provided by the insured or on his/her, behalf related to the insurance cover shall be the basis of this contract.
- (d) Where it is established that false or erroneous material information were intentionally provided by insured, the insurance benefits specified under the policy shall not be paid by the insurer.
- (e) Insured shall be obliged to disclose any known or diagnosed medical condition (such as chronic and incurable diseases). In all cases, the insurer shall have the right to request medical exams from the insured.
- (f) Insurer shall be obliged to pay the loan outstanding balance for any medical condition undisclosed by the insured, which lead to death or total permanent disability or loss covered by the additional benefits as per Annexure No. (1) attached to the policy, provided the death or disability occurs after four (4) years from the effective date of the policy, except the cases of intentional forgery of the papers and documents issued by official entities or medical reports.
- (g) The provisions of Clause (f) shall not apply on disability cases resulting from a main direct cause due to any bodily defects or distortions in an organ or more resulting from main and direct cause by previously existing chronic diseases diagnosed before the effective date of the policy unless added in the additional benefits in Annexure (1).
- (h) Insurer shall be liable to calculate the loan outstanding balance of the insured as from the date of referral to the Competent Medical Committee stated in its final report. Where the referral date is not mentioned in the report, the date stated in the final report of the Competent Medical Committee shall be the basis for payment of the loan amount as specified in the loan decreasing balance table issued by the beneficiary on commencement of credit contract.
- (i) Where the indemnity amount exceeds the loan outstanding balance, the difference shall be paid to the insured or his/her heirs as the case may be.

- (j) The insurer shall provide the policy to the insured and the beneficiary within not more than five (5) working days from the date of issuance, and they shall have the right to obtain a copy thereof at any time.
- (k) The insurer shall have electronic register to keep all the policies.

2. Policy Effective date

The policy duration shall commence after satisfying the following:

- (a) Completed information provided by the insured together with the identification papers.
- (b) Loan application form together with borrower's declaration that the statements are valid.
- (c) Providing the loan decreasing balance table approved by the beneficiary.
- (d) Payment of insurance premiums in advance, which can be paid by the beneficiary.

3. Indemnity in the event of death

Subject to the exclusions in Chapter III of this Policy, the insurer shall, in case of death of the insured due to any cause during the policy duration, pay the loan outstanding balance as from the date of death established by the official entities.

4. Indemnity in the event of total permanent disability

Subject to Paragraphs (e, f, h) of Clause (1) of the general terms and conditions of this policy, the loan outstanding balance due to total permanent disability shall be paid provided;

- a. The disability is a direct result of accident or disease occurred after the policy effective date.
- b. The insured passes the full recovery period at not less than twelve (12) months from the date of the accident or the date of referral to Competent Medical Committee whichever is earlier without improvement in the condition or according to the period specified by the Competent Medical Committee.
- c. The percentage of permanent disability should not be less than 75% (seventy five percent) according to medical report issued by the Competent Medical Committees.

- d. The date of diagnoses of total permanent disability is before the insured reaching the age of sixty five (65) years or before the expiry of policy duration whichever is earlier.

5. Cancellation of the Policy

The insured may request cancellation of the policy in the following events:

- a. Cancellation of the loan application.
- b. Signing another insurance policy with another licensed insurer in the Sultanate of Oman commencing on the day following the date of cancellation of the policy.
- c. Early repayment of the loan

Subject to Clauses (7, 9) of the General Terms and Conditions, the insured shall provide the insurer with no objection certificate issued by the beneficiary, where the insurance premium shall be refunded after deduction of the following:

- a. RO 15 policy issuance fees
- b. Any taxes or government fees.

6. Insurance Premium

Insurance premium shall be calculated based on a single premium to be paid before the policy effective date. The beneficiary may finance the insurance premium as agreed with the insured.

7. Refund of Insurance Premium

Insurance premium shall be refunded in full in case of cancellation of the policy during thirty (30) working days from policy issuance. Insured may redeem the amount of insurance premium in case of cancellation of the policy after thirty (30) days or in case of applying for complementary loan or rescheduling of the loan according to the following formula provided no additional fees shall be imposed.

$$\text{Refunded premium} = \text{Premium (Net of Government fees and taxes)} \times 80\% \times (\text{loan outstanding balance} / \text{total loan}) \times (\text{remaining term} / \text{total term})$$

In all cases, the refunded premium amount must be paid to the insured within thirty (30) days from completing the required documents.

8. Termination of Insurance coverage

Insurance coverage shall terminate in the following events:

- a. Expiration of the policy duration.
- b. Policy cancellation.
- c. Compensation of the beneficiary with the total indemnity amount due to death or total permanent disability.
- d. Refund of the premium under the terms of this policy.
- e. Transfer the loan to another borrower.

9. Claims Settlement Procedures

Insured or beneficiary shall submit the claim form together with the loan application signed by the insured or the heirs or beneficiary or representative during (365) days from the date of occurrence of the death or the issuance of medical report by the Competent Medical Committees.

No claim shall be settled except after the insured or beneficiary providing the following documents:

(a) In case of death:

1. Signed official letter or claim notice by the heirs of the insured or beneficiary.
2. Copy of death certificate issued by Sultanate of Oman Police. If the policyholder dies outside the Sultanate of Oman, the death certificate shall be attested by the embassy of the Sultanate of Oman in that country. Insurer shall have the right to allow the beneficiary to verify the original documents.
3. Copy of normal death report (if any).
4. Copy of Sultanate of Oman Police report if the death is due to abnormal accident.
5. Copy of the medical report with detailed diagnosis showing commencement date of the disease and the cause of death.
6. Copy of passport and ID for Omanis and resident card for non-Omanis.
7. Copy of loan decreasing balance table or statement of credit facilities from the date of commencement of the loan.

(b) In case of total permanent disability or partial permanent disability:

1. Copy of disability certificate from the Competent Medical Committees specifying the percentage and direct cause of disability.
2. Copy of Sultanate of Oman Police report if disability is due to an accident.
3. Copy of all related medical reports showing date of commencement of the disease, the primary and direct cause of the disability and treatment details.
4. Copy of passport and ID for Omanis and resident card for non-Omanis.
5. Copy of loan decreasing balance table or statement of credit facilities from the date of commencement of the loan.

Insurer shall be obliged to pay the claim amount within thirty (30) working days from the date of submitting all the above documents. Where the insurer requests conducting investigation based on the exclusions of the policy in Chapter III or ensure validity of the claim, the insurer shall complete such procedures within (90) working days from the date of submitting all the relevant documents by the insured or beneficiary.

10. Jurisdiction

The courts of the Sultanate of Oman shall have jurisdiction to settle the disputes arising out of the implementation of this policy.

11. Authorization for Medical Reports

Insurer shall be deemed authorized by the insured to directly contact health institutions or concerned authorities to verify the medical history and medical reports or attestation in case of indemnity of claim.

12. Seals and Stamps

Insured or beneficiary shall bear all the expenses of stamps and seals and others related to the policy.

13. Language

The policy shall be issued in Arabic and English languages and in case of discrepancy, the Arabic text shall prevail.

Chapter III

Exclusions

The following cases that resulted in death or disability shall be excluded from the policy:

1. General exclusions (related to all benefits)

- (a) Concealing previously existing and diagnosed disease before the policy effective date, which is specified in Annexure No. (1) attached with the policy and is the main and direct cause of death or disability and according to Clauses (f, g) of the general terms and conditions:
- (b) Intentional attempt by the insured to obtain the benefits of coverage through misrepresentation or forging documents and the same is established with evidence from the insurer.
- (c) Taking part or direct influence in invasion or acts of foreign enemy or war acts when war is declared or civil war or strike or terrorism or public disruption or rebellion or revolution or military coupe or power usurp or sequestration or nationalization or radioactive material or isotopes resulting from war or nuclear or atomic explosions or any factor that is directly or indirectly related to any of the above reasons.
- (d) Death resulting from suicide or self-inflicted bodily injury regardless of the causes, during 12 months from the effective date of the policy.
- (e) Exposing the body to nuclear power or atomic radiation unless the same is part of treatment plan supported by medical reports certified by the Ministry of Health due to the disease or disability of the insured, and that cannot be detected by laboratory tests or microbiological or biochemical means or imaging or cannot be established by medical report.
- (f) Insured voluntarily on their volition committing criminal or illegal act.
- (g) Insured is under the influence of alcohol or drugs or psychotropic substances. (h) Complications of acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) (i) Adventures or dangerous sports that include:
 - (i) Motorbike or motor vehicle racing or the like
 - (ii) Activities related to water skiing or professional diving (iii) Mountain climbing using ropes or the like.
 - (iv) Parachuting or bungee jumping or the like
 - (v) Fencing and martial arts
- (j) Aviation and paragliding or any form of aviation tours or using aviation means unless licensed Aviation Company to carry passengers where the insured is a paying passenger.

2. Exclusions that forfeit the right of the insured in compensation for total permanent disability or any additional benefits resulting from main and direct cause from the following:

- (a) Previously existing chronic diseases diagnosed before the effective date of the policy unless covered in the additional benefits stipulated in the policy.
- (b) Permanent disability or bodily defects or chronic deformity of an organ or more existing before the effective date of the policy.
- (c) Psychological and mental illnesses or any related illness.
- (d) Suicide attempt or self-inflicted bodily injury.

ط - المغامرات أو الأنشطة الرياضية الخطرة، الآتية:

١ - سباق الدراجات النارية والمركبات.

٢ - تسلق الجبال باستخدام الحبال.

٣ - الأنشطة المرتبطة بالتزلج على الماء أو الغوص الاحترافي.

٤ - القفز المظلي أو القفز من المرتفعات مثل (Bungee jumping).

٥ - المبارزة والفنون القتالية.

ي - الطيران أو الطيران الشراعي، أو أي أشكال أخرى من الرحلات الجوية،

أو استخدام أي وسيلة للطيران، ما لم يكن الطيران بواسطة شركة طيران

مرخص لها بنقل المؤمن له مقابل أجر.

٢ - الاستثناءات التي تسقط حق المؤمن عليه في التعويض عن العجز الدائم الكلي

أو أي منافع إضافية تكون ناتجة بسبب رئيسي ومباشر عن الآتي:

أ - الأمراض المزمنة السابقة التي تم تشخيصها قبل سريان الوثيقة ما لم يتم

تضمينها من ضمن المنافع الإضافية المنصوص عليها في هذه الوثيقة.

ب - العجز الدائم أو الإعاقات الجسمية أو العاهات المزمنة لأي عضو أو أكثر قبل

سريان الوثيقة.

ج - الأمراض النفسية والعقلية أو أي أمراض مرتبطة بها.

د - محاولة الانتحار وتعمد الإصابة بقصد إيذاء الجسم.

تستثنى من تطبيق أحكام الوثيقة الحالات الآتية التي أدت إلى الوفاة أو العجز:

١ - الاستثناءات العامة المتعلقة بكافة المنافع:

- أ - إخفاء أي حالة مرضية مسبقة ومشخصة قبل سريان الوثيقة والمحددة في الملحق رقم (١) المرفق بالوثيقة وتكون سببا رئيسيا ومباشرا لحدوث الوفاة أو العجز وبما يتوافق مع حكمي الفقرتين (و، ز) من الأحكام والشروط العامة.
- ب - تعتمد المؤمن عليه الحصول على المنافع من خلال تزوير المستندات، مع إثبات ذلك من قبل المؤمن.
- ج - المشاركة والتأثير المباشر في الغزو أو أعمال العدو الأجنبي أو الأعمال الحربية بموجب إعلان الحرب أو الحرب الأهلية أو الإضراب أو الإرهاب أو الاضطرابات الشعبية أو العصيان أو الثورة أو الانقلاب العسكري أو اغتصاب السلطة أو المصادرة أو التأميم أو المواد والنظائر المشعة الناتجة عن الحرب أو التفجيرات الذرية أو النووية أو أي عامل يتصل بطريق مباشر أو غير مباشر بأي سبب من الأسباب المنصوص عليها.
- د - الوفاة الناجمة عن الانتحار أو الإصابة المتعمدة أيا كان سببها، وذلك خلال (١٢) اثني عشر شهرا من تاريخ بدء سريان الوثيقة.
- هـ - تعريض الجسم للقوة النووية أو النشاط الإشعاعي، ما لم يكن ذلك ضمن خطة علاج وفقا لتقارير طبية معتمدة من قبل وزارة الصحة بسبب المرض أو العجز الذي يشكو منه المؤمن عليه، ولا يمكن اكتشافه باستخدام القياس المخبري أو الوسائل الميكروبيولوجية أو البيوكيميائية أو التصوير، ولا يمكن إثباته بتقرير طبي.
- و - قيام المؤمن عليه طوعا ووفق إرادته بعمل إجرامي.
- ز - وقوع المؤمن عليه تحت تأثير تعاطي المواد الكحولية أو المخدرات أو المؤثرات العقلية.
- ح - مضاعفات مرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز).

٣ - نسخة من جميع التقارير الطبية ذات العلاقة والتي توضح تاريخ بداية المرض، وسبب العجز الأساسي والمباشر وتفاصيل العلاج.

٤ - نسخة من جواز السفر والبطاقة الشخصية للعمانيين وبطاقة المقيم لغير العمانيين.

٥ - نسخة من جدول تخفيض القرض أو بيان تسهيلات القرض اعتباراً من تاريخ بدء القرض.

ويجب على المؤمن الالتزام بدفع مبلغ المطالبة خلال (٣٠) ثلاثين يوم عمل من تاريخ استكمال المستندات المطلوبة، وفي حال طلب المؤمن إجراء تحقيق استناداً إلى الاستثناءات المنصوص عليها في الفصل الثالث من هذه الوثيقة أو التأكد من صحة المطالبة، يلتزم المؤمن باستكمال هذه الإجراءات خلال (٩٠) تسعين يوم عمل من تاريخ تقديم جميع الوثائق ذات الصلة من قبل المؤمن عليه أو المستفيد.

١٠ - الاختصاص القضائي:

تختص محاكم سلطنة عمان بالفصل في المنازعات الناشئة عن تطبيق أحكام هذه الوثيقة.

١١ - تفويض التقارير الطبية:

يعتبر المؤمن مفوضاً من قبل المؤمن عليه للتواصل مباشرة مع المؤسسات الصحية أو الجهات المختصة للتحقق من التاريخ الطبي للمؤمن عليه والتقارير الطبية أو التصديق عليها في حالة وجود أي مطالبة بالتعويض.

١٢ - الأختام:

يتحمل المؤمن عليه أو المستفيد جميع مصاريف الطوابع والأختام وغيرها المتعلقة بالوثيقة.

١٣ - اللغة:

تصدر الوثيقة باللغتين العربية والإنجليزية، وفي حال الاختلاف بينهما، يعتد بالنص العربي.

٩ - إجراءات تسوية المطالبات:

يجب على المؤمن عليه أو المستفيد تقديم استمارة المطالبة ونسخة من طلب القرض موقعة من قبل المؤمن عليه أو ورثته أو المستفيد أو من يمثل أحدهم خلال (٣٦٥) ثلاثمائة وخمسة وستين يوما من تاريخ وقوع الوفاة أو تاريخ صدور تقرير طبي من اللجنة الطبية المختصة، ولا يجوز تسوية أي مطالبة إلا بعد تقديم المؤمن عليه أو المستفيد المستندات الآتية إلى المؤمن:

أ - في حالة الوفاة:

- ١ - خطاب رسمي موقع أو إشعار بالمطالبة من قبل ورثة المؤمن عليه أو المستفيد.
- ٢ - نسخة من شهادة الوفاة الصادرة عن شرطة عمان السلطانية، وفي حال وفاة المؤمن عليه خارج سلطنة عمان، يجب أن تكون شهادة الوفاة مصدقة من قبل سفارة سلطنة عمان في تلك الدولة. ويحق للمؤمن أن يأذن للمستفيد بالتحقق من المستندات الأصلية.
- ٣ - نسخة من تقرير الوفاة الطبيعية (إن وجد).
- ٤ - نسخة من تقرير شرطة عمان السلطانية إذا كانت الوفاة ناتجة عن حادث غير طبيعي.
- ٥ - نسخة من التقرير الطبي مع تشخيص مفصل يوضح تاريخ بداية المرض وسبب الوفاة.
- ٦ - نسخة من جواز السفر والبطاقة الشخصية للعُمانيين و بطاقة المقيم لغير العُمانيين.
- ٧ - نسخة من جدول تخفيض القرض أو بيان تسهيلات القرض اعتبارا من تاريخ بدء القرض.

ب - في حالة العجز الدائم الكلي أو العجز الدائم الجزئي:

- ١ - نسخة من شهادة العجز الصادرة عن اللجان الطبية المختصة تحدد نسبة العجز وسببه المباشر.
- ٢ - نسخة من تقرير شرطة عمان السلطانية، إذا كان العجز بسبب الحادث.

٦ - قسط التأمين:

يتم احتساب قسط التأمين على أساس قسط وحيد (single premium)، ويتم دفعه قبل بدء سريان الوثيقة، ويجوز تمويل قسط التأمين من المستفيد حسب الاتفاق مع المؤمن عليه.

٧ - استرداد قسط التأمين:

يتم استرداد قسط التأمين كاملاً في حال إلغاء الوثيقة خلال (٣٠) ثلاثين يوم عمل من إصدارها. وللمؤمن عليه استرداد قيمة قسط التأمين في حالة إلغاء الوثيقة بعد مضي (٣٠) ثلاثين يوماً أو في حالة طلب قرض تكميلي أو إعادة جدولة للقرض وفقاً للمعادلة الآتية، شريطة عدم فرض أي رسوم إضافية:

$$\text{القسط المسترد} = \frac{\text{قسط التأمين (مخصوصاً منه الرسوم والضرائب الحكومية)} \times 80\% \times \text{القرض المتبقي} \times \text{المدة المتبقية}}{\text{إجمالي القرض} \times \text{إجمالي المدة}}$$

وفي جميع الأحوال، يجب تسديد مبلغ القسط المسترد إلى المؤمن عليه خلال (٣٠) ثلاثين يوماً من تاريخ اكتمال الوثائق المطلوبة.

٨ - انتهاء التغطية التأمينية:

تنتهي التغطية التأمينية في إحدى الحالات الآتية:

أ - انتهاء مدة سريان الوثيقة.

ب - إلغاء الوثيقة.

ج - تعويض المستفيد بإجمالي مبلغ التعويض نتيجة الوفاة أو العجز الدائم الكلي.

د - استرداد قسط التأمين بموجب أحكام هذه الوثيقة.

هـ - تحويل القرض إلى مقترض آخر.

٤ - التعويض في حالة العجز الدائم الكلي:

مع مراعاة الفقرات (و، ز، ح) الواردة في البند (١) من الأحكام والشروط العامة من هذه الوثيقة، يتم سداد مبلغ القرض المتبقي عن العجز الدائم الكلي وفق الاشتراطات الآتية:

أ - أن يكون العجز ناتجا بشكل مباشر ومستقل عن حادث أو مرض نشأ بعد بدء سريان الوثيقة.

ب - أن يتجاوز المؤمن عليه فترة التعافي التام بما لا يقل عن (١٢) اثني عشر شهرا من تاريخ الحادث أو تاريخ الإحالة للجنة الطبية أيهما أسبق، دون وجود أي تحسن في الحالة أو حسب المدة المحددة من قبل اللجنة الطبية المختصة.

ج - ألا تقل نسبة العجز الدائم الكلي عن (٧٥٪) خمسة وسبعين في المائة بموجب التقرير الطبي الصادر عن اللجنة الطبية المختصة.

د - أن يكون تاريخ تشخيص العجز الدائم الكلي قبل بلوغ المؤمن عليه (٦٥) خمسة وستين عاما أو قبل انتهاء مدة سريان الوثيقة، أيهما أقرب.

٥ - إلغاء الوثيقة:

يجوز للمؤمن عليه طلب إلغاء الوثيقة في إحدى الحالات الآتية:

أ - إلغاء طلب القرض.

ب - إبرامه لوثيقة تأمين أخرى لدى مؤمن آخر مرخص له في سلطنة عمان، على أن يبدأ سريانها من اليوم التالي لإلغاء الوثيقة.

ج - السداد المبكر للقرض.

ومع مراعاة البندين (٧ و٩) من الأحكام والشروط العامة من الوثيقة، يجب على المؤمن عليه تزويد المؤمن بشهادة عدم ممانعة صادرة من قبل المستفيد، على أن يتم إرجاع قسط التأمين بعد خصم الآتي:

أ - (١٥) خمسة عشر ريالا عمانيا رسوم إصدار الوثيقة.

ب - أي ضرائب أو رسوم حكومية.

ز - لا تسري أحكام البند (و) على حالات العجز التي تنتج بسبب رئيسي مباشر من أي عاهات أو تشوهات جسدية مزمنة سابقة في عضو أو أكثر أو بسبب رئيسي ومباشر من الأمراض المزمنة السابقة، والتي تم تشخيصها قبل بدء سريان الوثيقة، ما لم تتم إضافتها في الملحق رقم (١) المرفق بالوثيقة والوارد في بند المنافع الإضافية.

ح - يلتزم المؤمن باحتساب مبلغ القرض المتبقي على المؤمن عليه من تاريخ الإحالة إلى اللجنة الطبية المختصة والموضح في تقريرها النهائي، وفي حال لم يتضمن هذا التقرير تاريخ الإحالة فإنه يعمل بالتاريخ الوارد في تقرير اللجنة الطبية المختصة النهائي كأساس لسداد قيمة القرض وبما يتفق مع البنود الواردة في جدول تخفيض القرض الصادر من المستفيد عند بدء سريان العقد الائتماني.

ط - في حال زيادة مبلغ التعويض عن القرض المتبقي، يتم صرف الفارق للمؤمن عليه أو ورثته بحسب الأحوال.

ي - يلتزم المؤمن بموافاة المؤمن عليه والمستفيد بالوثيقة خلال مدة لا تتجاوز (٥) خمسة أيام عمل من صدورها، ويحق لهم الحصول على نسخة منها في أي وقت.

ك - يجب أن يكون لدى المؤمن سجل إلكتروني لحفظ كافة الوثائق.

٢ - بدء سريان الوثيقة :

تبدأ مدة سريان الوثيقة بعد استيفاء الآتي:

- أ - اكتمال البيانات المقدمة من المؤمن عليه مشفوعة بالأوراق الثبوتية.
- ب - تعبئة نموذج طلب القرض، مقرونا بإقرار المقترض بصحة البيانات المقدمة.
- ج - تقديم جدول تخفيض القرض المعتمد من المستفيد.
- د - دفع قسط التأمين مقدما من المؤمن عليه، ويجوز دفع القسط بواسطة المستفيد.

٣ - التعويض في حالة الوفاة :

مع مراعاة أحكام الاستثناءات الواردة في الفصل الثالث من هذه الوثيقة، يلتزم المؤمن في حالة وفاة المؤمن عليه لأي سبب من الأسباب في أثناء مدة سريان الوثيقة بسداد مبلغ القرض المتبقي من تاريخ حدوث الوفاة والمثبت من الجهات الرسمية.

١ - تمهيد:

- أ - يجب على شركات التأمين تعديل اتفاقياتها مع المصارف بما يتواءم مع أحكام هذه الوثيقة، ولا تسري أحكام هذه الوثيقة على العقود الائتمانية المبرمة قبل صدور هذا النموذج ما لم يتفق الأطراف على خلاف ذلك.
- ب - تعتبر الوثيقة وملاحقها وطلب التأمين عقدا واحدا وكل كلمة أو عبارة أعطي لها معنى محدد في أي جزء من الوثيقة أو طلب التأمين يكون لها المعنى ذاته، ما لم يقتض سياق النص معنى آخر، وعلى المؤمن تمكين المؤمن عليه من الاطلاع على الوثيقة والتأكد من فهمه لكافة اشتراطاتها.
- ج - تعتبر المعلومات والبيانات الجوهرية والممارسات المتعارف عليها في عقود التأمين على حياة المقترضين من قبل المؤمن عليه أو من ينوب عنه والمتعلقة بالتغطية التأمينية أساسا لهذا العقد.
- د - في حال ثبوت تعمد المؤمن عليه تقديم بيانات أو معلومات جوهرية خاطئة أو كاذبة، فإن المنافع التأمينية المحددة بموجب الوثيقة لن تكون واجبة الدفع من قبل المؤمن.
- هـ - يلتزم المؤمن عليه بالإفصاح عن أي حالة مرضية معلومة ومشخصة طبيا (كالأمراض المزمنة والمستعصية)، وفي جميع الأحوال يجوز للمؤمن طلب فحص طبي من المؤمن عليه.
- و - يلتزم المؤمن بسداد مبلغ القرض المتبقي عن أي حالة مرضية لم يفصح المؤمن عليه عنها - وفقا للملحق رقم (١) المرفق بالوثيقة - أدت إلى وفاة أو عجز دائم كلي أو خسارة مشمولة في المنافع الإضافية، شريطة حدوث الوفاة أو العجز بعد مرور (٤) أربعة أعوام من بدء سريان الوثيقة، وتستثنى من أحكام هذا البند حالات التزوير المتعمدة للأوراق والمستندات الصادرة عن الجهات الرسمية أو التقارير الطبية.

٩ - مبلغ القرض المتبقي:

المبلغ المستحق للدفع في تاريخ الوفاة أو تاريخ الإحالة للجنة الطبية المختصة في حالة تحقق خسارة مشمولة بموجب الوثيقة وفق العقد الائتماني وجدول تخفيض القرض المتفق عليه بين المستفيد والمؤمن عليه عند بدء سريان العقد الائتماني دون تحمل المؤمن سداد أي مبالغ أو فوائد متراكمة ناتجة عن تخلف المؤمن عليه بسداد أقساط القرض.

١٠ - المنافع:

التعويض المستحق السداد بموجب الوثيقة فيما يتعلق بالوفاة أو العجز الدائم الكلي أو أي منافع إضافية أخرى تتعلق بالوثيقة.

١١ - مدة سريان الوثيقة:

المدة المحددة في الملحق رقم (٢) المرفق بالوثيقة، والمتفق عليها بين المؤمن والمؤمن عليه.

١٢ - الحوادث:

كل واقعة ناجمة عن فعل مفاجئ وغير متوقع جراء سبب خارجي يؤدي إلى إصابة المؤمن عليه بصورة مباشرة دون تعمد منه أو من المستفيد.

١٣ - الإصابة:

الإصابة الجسدية الناجمة عن حادث أدى إلى الوفاة أو العجز الدائم الكلي أو العجز الدائم الجزئي خلال مدة سريان الوثيقة.

١٤ - العجز الدائم الكلي:

العجز الذي تسببه الإصابة أو المرض قبل بلوغ عمر المؤمن عليه (٦٥) خمسة وستين عاماً، والذي ترى اللجنة الطبية المختصة أنه قد نتج عنه فقدان تام مستديم للقدرة على الكسب أو استخدام العضو، على أن تبلغ النسبة الإجمالية لهذا العجز (٧٥٪) خمسة وسبعين في المائة أو أكثر حسب تقرير اللجنة الطبية المختصة.

١٥ - اللجان الطبية المختصة:

اللجان الطبية المختصة التابعة لوزارة الصحة والمعنية بتحديد اللياقة الطبية ونسب العجز ونوعه.

الشروط والأحكام لوثيقة التأمين على حياة المقترضين

(متوافقة مع الوثيقة الموحدة للتأمين على حياة المقترضين والصادرة عن هيئة الخدمات المالية)

التعريفات

الفصل الأول

في تطبيق أحكام هذه الوثيقة وملاحقها، يكون للكلمات والعبارات الآتية المعنى المبين قرين كل منها، ما لم يقتض سياق النص معنى آخر:

١ - الوثيقة :

الوثيقة الموحدة للتأمين على حياة المقترضين.

٢ - المؤمن :

شركة التأمين المرخص لها في مزاولة نشاط التأمين على الحياة.

٣ - المؤمن عليه :

الشخص الطبيعي الذي يلتزم بدفع قسط التأمين، والمغطى بموجب الوثيقة فيما يتعلق بالوفاة أو العجز الدائم الكلي أو أي منافع إضافية.

٤ - المصرف أو المؤسسة المالية :

أي مصرف أو مؤسسة مالية مرخصة من قبل البنك المركزي العماني في سلطنة عمان.

٥ - المستفيد :

المصرف أو المؤسسة المالية التي يتم اشتراط التأمين لصالحها، وتحصل بموجبها على مبلغ القرض المتبقي في حال وقوع المخاطر المؤمن ضدها على المؤمن عليه.

٦ - طلب التأمين :

الطلب الذي يتولى المؤمن عليه تعبئته وفقا للبيانات المحددة في الملحقين المرفقين بهذا النموذج.

٧ - قسط التأمين :

مبلغ من المال يلتزم المؤمن عليه بسداده للمؤمن مقابل التزام المؤمن بتحمل تبعات المخاطر المؤمن ضدها.

٨ - العقد الائتماني :

عقد منح القرض المبرم بين المستفيد والمؤمن عليه، والمحزر خطيا أو إلكترونيا والذي يقضي بسداد القرض، وفقا للأحكام والشروط المحددة في هذا العقد.