



CERTIFICATE OF INSURANCE

MetLife Family Protection WORLDWIDE COVERAGE

A handwritten signature in black ink, appearing to read "THEODOR ALEXANDRESCU", written over a horizontal line.

THEODOR ALEXANDRESCU

Authorized Signature

This Certificate of Insurance is attached to and forms part of the terms and conditions of MetLife Family Protection plan. This Insurance Policy is underwritten by American Life Insurance Company (MetLife). Bank Muscat will not be responsible if any application/claim is rejected. Bank Muscat provides customer support, receives payments and forwards them to MetLife. Premiums paid for this insurance plan are not a bank deposit or other obligation of or guaranteed by Bank Muscat. This is a Personal Accident plan and not an Investment or Medical Insurance plan.

For inquiries or assistance in submitting a claim under this Policy, please contact:
American Life Insurance Company (MetLife), Haffa House Hotel - Ruwi - 2nd floor
P.O.Box 894, Postal Code 114, Jibroo, Sultanate of Oman.
Toll Free number 80000700.

MetLife Family Protection

Contents

I. Table of Benefits	3
Introduction	4
What the Insurance Covers	5
Definitions	6
Exclusions and Benefit Limitations	8
General Conditions	9
Claims Procedure	12
Your Right to Complain	13
How to Contact us	13
Privacy Policy	14
Discrepancy	14

1. Table of Benefits

In OMR

Benefits	Sum Insured				
	Option 1	Option 2	Option 3	Option 4	Option 5
Personal Accident					
Accidental Death	5,000	10,000	15,000	20,000	30,000
Permanent Disability:	up to 5,000	up to 10,000	up to 15,000	up to 20,000	up to 30,000
Permanent Total Disability	5,000	10,000	15,000	20,000	30,000
Loss of both Hands or both feet	5,000	10,000	15,000	20,000	30,000
Loss of one Hand or foot	2,500	5,000	7,500	10,000	15,000
Loss of Sight in:					
- both eyes	5,000	10,000	15,000	20,000	30,000
- one eye	2,500	5,000	7,500	10,000	15,000
Loss of Hearing in:					
- both ears	2,500	5,000	7,500	10,000	15,000
- one ear	1,250	2,500	3,750	5,000	7,500
Loss of four fingers	1,250	2,500	3,750	5,000	7,500
Loss of a Thumb:					
- both joints	1,250	2,500	3,750	5,000	7,500
- one joint	625	1,250	1,875	2,500	3,750
Loss of a Finger:					
- two or more joints	250	500	750	1,000	1,500
- one joint	125	250	375	500	750
Loss of Toes:					
- all toes – one foot	1,250	2,500	3,750	5,000	7,500
- big toe – both joints	500	1,000	1,500	2,000	3,000
- big toe – one joint	125	250	375	500	750
- other than big toe-each toe	125	250	375	500	750
Complete fusion of the back-bone (all vertebra)	2,000	4,000	6,000	8,000	12,000
Permanent disability not (otherwise listed)	Up to 2,000	Up to 4,000	Up to 6,000	Up to 8,000	Up to 12,000
Accidental Medical Expenses					
Accidental Medical Expenses	up to 250	up to 500	up to 750	up to 1,000	up to 1,500
Deductible	10				
Monthly Premiums					
Individual plan	1.5	3.0	4.5	6.0	9.0
Couple plan	2.7	5.4	8.1	10.8	16.2
Family plan	3.0	6.0	9.0	12.0	18.0
Annual Premiums					
Individual plan	18.0	36.0	54.0	72.0	108.0
Couple plan	32.4	64.8	97.2	129.6	194.4
Family plan	36.0	72.0	108.0	144.0	216.0

* Child / Children will be covered for 10% of the Personal Accident benefit amounts and for 20% of the Accidental Medical Reimbursement benefit amounts stated above.

2. Introduction

This Policy together with the Schedule, the Application and any endorsements is evidence of the contract between You and Us, American Life Insurance Company (MetLife).

We agree to provide the insurance cover described in this Policy effective the Start Date for the period for which the Premium is paid when due and We agree to accept it. We will only provide cover for those people who are insured by the type of plan shown in the Schedule, during the validity of this Policy.

This document sets out the terms of Your insurance plan; please read it carefully. You should familiarize Yourself with the cover provided by this Policy and all the terms, conditions and exclusions that apply. You should read this Policy in conjunction with Your Schedule.

Signed for and on behalf of American Life Insurance Company (MetLife)

Dr.Theodor Alexandrescu

General Manager - Gulf

3. What The Insurance Covers

a) Personal Accident

a) Accidental Death and Permanent Disability

If You suffer Bodily injury which, within one year solely and independently of any other cause, results in death or Permanent Disability, We will pay You or, if You die, Your Beneficiary the corresponding Sum Insured shown in the Table of benefits.

b) Accidental Death – Disappearance

If You disappear, and after a suitable period of time not shorter than one year an appropriate court of law or state authority has ruled that You have died as a result of Bodily injury, We will pay Your Beneficiary the Sum Insured shown in the Table of benefits. If later We find out You have not died, You must repay, or cause to repay the benefit to Us.

When more than one Permanent Disability results from the same Accident, We will add the various benefits together. The most We will pay throughout the life of this Policy will be the Sum Insured shown in the Table of benefits for Permanent Disability.

We will pay the benefit under section “Permanent Disabilities not otherwise listed” by assessing the degree of disability suffered compared to those Permanent Disabilities specifically mentioned in the Table of benefits without taking into account Your occupation.

Accident Medical Expenses

If You suffer Bodily injury, We will reimburse You Medical Expenses incurred within one year following the Accident less the deductible and up to the Sum Insured shown in the Table of benefits.

The deductible will only apply once per each Accident.

4. Definitions

For the purpose of this Policy, the following terms wherever used herein shall be held to mean:

- **Accident**
A sudden and unexpected event caused by Accidental, violent, visible and external means whilst this Policy is in force.
- **Application**
The Personal Accident Insurance Application which You have made during the sales process, and based on which this Policy is issued and priced.
- **Beneficiary**
A legal heir according to the laws of the Sultanate of Oman.
- **Bodily injury**
Injury to the body caused by an Accident and not by any gradual cause. It does not include:
 - a) sickness or disease unless this results from injury to the body;
 - b) post-traumatic stress disorder; or
 - c) a psychological or psychiatric illness or condition.
- **Child / Children**
A Child / Children (including legally adopted Children and step Children) aged under 18 or aged under 23 if in full-time education.
- **Doctor**
A registered medical practitioner, who is not You or related to You, who is properly licensed and registered to practice medicine in Sultanate of Oman.
- **Hand**
All the fingers and the thumb of a Hand.
- **Hospital**
A registered institution which has facilities for diagnosis, surgery and treatment. It does not include a long-term nursing home, an extended-care facility, a rehabilitation center, a convalescence center, a retirement home or a detoxification center.
- **Loss**
Permanent, total and irrecoverable Loss of use, or the permanent and total Loss by physical severance (separation).
- **Loss of sight**
Means physical Loss of an eye or Loss of sight when the degree of sight remaining after the Accident is 3/60 or less on the Snellen scale after correction with spectacles or contact lenses.
- **Medical Expenses**
Expenses incurred by You for services and supplies which are recommended by the attending Doctor and are reasonable.
They include:
 - a) the services of Doctors;
 - b) drugs, medicines, and therapeutic services and supplies;

- c) anesthetics (including giving the anesthetic), x-ray examinations or treatments, and laboratory tests;
- d) confinement and use of operating room in a Hospital;
- e) ambulance service.

- **Permanent Disability**

A physical incapacity which will last for the rest of Your life, listed in the Table of benefits.

- **Permanent Total Disability**

The total inability to do paid work of any kind, which has continued for twelve consecutive months and in all probability will continue for the rest of Your life.

- **Policy**

This Personal Accident Insurance Policy Wording, in addition to the Application, the Schedule and any endorsement hereon.

- **Policyholder**

A person aged 18 and over but under 65 who is named in the Schedule as the Policyholder.

- **Premium**

The Premium mentioned in the Schedule which is payable to Us in return for the insurance cover provided herein in accordance with the terms and conditions of this Policy.

- **Premium due date**

The date shown on the Schedule on which the Premium becomes due and payable to Us.

- **Schedule**

The Personal Accident Insurance Policy Schedule document which forms an integral part of and which should be read in conjunction with this Policy.

- **Start Date**

The date shown on the Schedule from which You are insured by this Policy.

- **Sum Insured**

The benefit for each coverage shown in the Table of benefits corresponding to the option You purchased shown in Your Schedule.

- **Table of benefits**

The Table of benefits contained herein under section 1.

- **Terrorism**

An act, including threats of or actual force or violence by, of any person or group of persons, whether acting alone or on behalf of or in connection with any organization or Government, committed for political, religious, ideological or ethical purposes or reasons including the intention to influence any government and/or to put the public or any section of the public in fear.

- **War**

Armed hostilities between two or more countries, whether declared or not, or any Warlike activities, including use of military force by any sovereign nation to achieve economic, geographic, nationalistic, political, racial, religious or other ends.

- **We, Us, Our**

American Life Insurance Company (MetLife)

- **You, Your**

The Policyholder, their spouse and Policyholder's Children depending on the plan shown in the Schedule who are aged under 65 and named in the Schedule. The plan names are:

- Individual plan covers Policyholder only.
- Couple Plan covers Policyholder and Policyholder's spouse.
- Family plan covers Policyholder, Policyholder's spouse and Policyholder's Children.

5. Exclusions And Benefit Limitations

We will not pay benefits for Bodily injury caused by or arising from:

1. Terrorism; War, whether declared or not; civil War, invasion, insurrection, revolution, use of military power or usurpation of government or military power;
2. use of radioactive substances or emissions which either directly or indirectly result in a nuclear reaction, radioactive radiation or contamination;
3. intentional self-inflicted injury; suicide or attempted suicide; or whilst You are directly involved in an unlawful act;
4. if You deliberately or recklessly expose Yourself to danger;
5. flying except whilst travelling as a fare-paying passenger;
6. an Accident proven to have occurred as a result of You being under the influence of alcohol or of any drug not prescribed by a Doctor or not taken following the manufacturer's instructions;
7. service, training or duty with any military, police, militia or paramilitary organization;
8. participation in or training for a sport as a professional or semi-professional;
9. active participation in any hazardous sport including parachuting, hang-gliding, paragliding, off-piste skiing, scuba diving, potholing and bungee jumping;
10. AIDS or HIV or where AIDS or HIV are present.

Benefit Limitations

1. The benefits for Children covered as part of a family plan are a percentage shown in the Table of benefits of the Policyholder's Sum Insured.
2. If You hold multiple policies with Us, the maximum We will pay under all policies during Your lifetime is OMR 100,000 for You and Your spouse and OMR 10,000 for Your Children.
3. In case of death We will pay the Accidental death Sum Insured less any amounts paid under Permanent Disability benefit.
4. If We have paid for Loss of a whole part of the body, a claim for Loss of any component of that part cannot also be made.

6. General Conditions

6.1. Start And Finish Of Cover

Your cover will begin on the Start Date as shown in the Schedule.

Your cover will be continuous and will end only on the earliest of the following dates: when:

- the payment of Premiums stops. If the Premium is not paid, We may terminate this Policy in accordance with the applicable terms and conditions;
- You or We rightfully terminate this Policy in writing;
- You reach Your 65th birthday;
- You die; in this event this Policy will be transferred to Your spouse if he/she is covered under this Policy, subject to his/her agreement to continue this Policy and accept its terms and conditions.
- You have lived outside Sultanate of Oman for more than 180 days in a row;
- in relation to cover for a spouse:
- You tell Us in writing to stop insuring Your spouse, or
- Your spouse is no longer Your spouse;

in relation to cover for a Child:

on the Child's 18th birthday, or 23rd birthday if the Child is in full-time education, or if the cover changes from a family plan to an individual plan or to a couple plan and You are not a single parent.

6.2. Paying Premiums

The Premium will be taken from Your nominated bank account every month. It is Your responsibility to make sure that there are enough funds in Your account so that the Premium is paid by the Premium due date. As long as each Premium is paid by the Premium due date, You will be covered under this Policy.

If You choose to pay the Premium by payment card You accept that We can charge the nominated account with insurance Premium without Your signature.

If You do not pay the Premium by the Premium due date, We may issue a notice of termination. If You pay the outstanding Premium in full within 14 days of the date of the notice of termination, this Policy will not be terminated.

6.3. Altering The Terms Of This Policy

We have the right to change the insurance terms and other terms of this Policy only due to important reasons. Important reasons shall include: changes in the law, new interpretations by courts of the existing laws, recommendations by regulatory

authorities, changes in Our offering such as improvement to the existing services and products or withdrawal of the services or products.

We have the right to change the Premium based on Our regular assessment of the Premium compared to the costs of providing the cover under this Policy.

We will inform You in writing to Your last known address, 60 days in advance, of every change to the terms and conditions of this Policy. You have the right to terminate the insurance within 14 days of receiving Our proposed changes. If You do not terminate the insurance, the proposed changes will enter into force the next day after which the deadline for You to terminate the insurance expires, unless We indicate otherwise.

6.4. Cancellation

You have the right to cancel this insurance at any time. The notice of cancellation must be given in writing to:

American Life Insurance Company (MetLife)

Haffa House Hotel - Ruwi- 2nd Floor

P.O. BOX 894, Postal Code 114 Jibroo

Sultanate of Oman

For enquiries, You can contact Our customer service unit on Toll Free number 80000700.

Email: CS_DMGulf@MetLife.ae

Any other form of notice is invalid. This Policy will terminate at the last day of the already paid period.

If You terminate the insurance certificate within 30 days from the Start Date, We will refund any Premium that You have paid, unless a claim has been made.

We have the right to cancel this insurance by serving 30 days written notice. If We terminate this insurance, You shall still be obliged to pay the Premiums applicable to the period for which You were covered under this Policy. We have the right to change the Premium rates on each renewal, by advance written notice delivered to You to Your address as shown on Our records, no later than thirty (30) days prior to renewal date.

6.5. Fraud

If there has been any fraud, deliberate dishonesty or hiding information connected with the Policyholder's Application for this Policy, or in connection with a claim, We may terminate this Policy by sending a written notice. If this happens, You will lose any benefit due to You and You must pay back any benefit that We have already paid. If this happens, We will not refund any Premiums.

6.6. Governing Law

This Policy shall be governed by and construed in accordance with the laws of the Sultanate of Oman.

6.7. Other Conditions

- a. You cannot assign (transfer) this insurance to anyone else.
- b. In the case of a benefit payable to a Child, We will pay to the parent of the Child or to the legal guardian of the Child.

6.8. Sanctions

If, by virtue of any law or regulation which is applicable to Us, Our parent company or Our ultimate controlling entity, at the inception of this Policy or at any time thereafter, providing coverage to You is or would be unlawful because it breaches an applicable embargo or sanction, We shall provide no coverage and have no liability whatsoever nor provide any defense to You or make any payment of defense costs or provide any form of security on Your behalf, to the extent that it would be in breach of such embargo or sanction.

6.9. Data Disclosure

By entering into this contract of Insurance, You consent to Us processing data relating to You for providing insurance products and services, legal, administrative and management purposes and in particular to the processing of any sensitive personal data relating to You.

You consent to Us making such information available to third parties including but not limited to any Group Company, those who provide products or services to Us or any Group Company, and regulatory authorities, within and outside Your country of domicile.

7. Claims Procedure

Notice of Claim:

Written notice of claim must be given no later than 30 days from the date of the incident. Failure to give notice within 30 days from the date of the incident may result in a denial of the claim.

Notice should be sent to:

American Life Insurance Company (MetLife)

Haffa House Hotel - Ruwi - 2nd floor

P.O.Box 894, Postal Code 114, Jibroo

Sultanate of Oman.

For enquiries, You can contact Our customer service unit on Toll Free number 80000700.

Email: CS_DMGGulf@MetLife.ae

We will ask You to fill in a claim form and We may ask You to go for a medical examination to support Your claim. You must give Us permission to get any medical reports and records that We need from any medical examiner who has treated You, otherwise We may not pay Your claim. We will pay for the medical examination and for any medical reports and records We ask for.

You must give Us all certificates, information and any other evidence that will support Your claim, all at Your own expense except for any medical reports and records We ask for.

If You die, We have the right to ask for a post-mortem examination. If You do not do what We ask You to do under this claim procedure, We may not pay Your claim, unless You had a valid and sufficient reason for not complying with the same. This also applies to any other Beneficiary.

8. Your Right To Complain

We will do all We can to make sure You receive a high standard of service. If You are not satisfied with the service You have received, You should contact:

American Life Insurance Company (MetLife)

Haffa House Hotel - Ruwi - 2nd floor

P.O.Box 894, Postal Code 114, Jibroo

Sultanate of Oman.

For enquiries, You can contact Our customer service unit on Toll Free number 80000700.

Email: CS_DMGGulf@MetLife.ae

To help Us to deal with Your comments quickly, please quote Your Schedule (insurance certificate) number or claim number (or both) and Your name.

Competent court

If You are dissatisfied with Our decision, You may bring action against Us in the competent court in Sultanate of Oman.

Any action against Us concerning an indemnity decision must be brought within three years of when You were informed in writing about the decision and the time limit on legal action. After the time limit has expired, the right to bring action ceases.

9. How To Contact Us

American Life Insurance Company (MetLife)

Haffa House Hotel - Ruwi - 2nd floor

P.O.Box 894, Postal Code 114, Jibroo

Sultanate of Oman.

For enquiries, You can contact Our customer service unit on Toll Free Number 80000700.

Email: CS_DMGGulf@MetLife.ae

10. Privacy Policy

To review Our privacy policy go to www.metlife.com.om

11. Discrepancy

In case of discrepancy between the English and Arabic Policy wording, the latter shall prevail.

وثيقة متلايف لتأمين حماية الأسرة

المحتويات

٢	(١) جدول التعويضات
٣	(٢) المقدمة
٤	(٣) ما يغطيه التأمين
٥	(٤) التعاريف
٧	(٥) الاستثناءات وحدود التعويض
٨	(٦) الشروط العامة
١١	(٧) إجراء المطالبات
١٢	(٨) حقكم في الشكوى
١٢	(٩) كيفية الإتصال بنا
١٢	(١٠) سياسة الخصوصية
١٢	(١١) التعارض

(١) جدول التعويضات

بالريال العماني

المبلغ المؤمن عليه					التعويضات
الخيار ٥	الخيار ٤	الخيار ٣	الخيار ٢	الخيار ١	
الحادث الشخصي					
٣٠,٠٠٠	٢٠,٠٠٠	١٥,٠٠٠	١٠,٠٠٠	٥,٠٠٠	الوفاة العرضية
لغاية ٣٠,٠٠٠	لغاية ٢٠,٠٠٠	لغاية ١٥,٠٠٠	لغاية ١٠,٠٠٠	لغاية ٥,٠٠٠	العجز الدائم
٣٠,٠٠٠	٢٠,٠٠٠	١٥,٠٠٠	١٠,٠٠٠	٥,٠٠٠	العجز الكلي الدائم
٣٠,٠٠٠	٢٠,٠٠٠	١٥,٠٠٠	١٠,٠٠٠	٥,٠٠٠	فقدان كلتا الذراعين أو كلتا القدمين
١٥,٠٠٠	١٠,٠٠٠	٧,٥٠٠	٥,٠٠٠	٢,٥٠٠	فقدان قدم أو يد واحدة
فقدان البصر:					
٣٠,٠٠٠	٢٠,٠٠٠	١٥,٠٠٠	١٠,٠٠٠	٥,٠٠٠	كلتا العينان
١٥,٠٠٠	١٠,٠٠٠	٧,٥٠٠	٥,٠٠٠	٢,٥٠٠	عين واحدة
فقدان السمع:					
١٥,٠٠٠	١٠,٠٠٠	٧,٥٠٠	٥,٠٠٠	٢,٥٠٠	كلتا الأذنين
٧,٥٠٠	٥,٠٠٠	٣,٧٥٠	٢,٥٠٠	١,٢٥٠	أذن واحدة
٧,٥٠٠	٥,٠٠٠	٣,٧٥٠	٢,٥٠٠	١,٢٥٠	فقدان الأصابع الأربعة
فقدان الإبهام					
٧,٥٠٠	٥,٠٠٠	٣,٧٥٠	٢,٥٠٠	١,٢٥٠	قطعتين
٢,٧٥٠	٢,٥٠٠	١,٨٧٥	١,٢٥٠	٦٢٥	قطعة واحدة
فقدان إصبع واحد:					
١,٥٠٠	١,٠٠٠	٧٥٠	٥٠٠	٢٥٠	قطعتين أو أكثر
٧٥٠	٥٠٠	٣٧٥	٢٥٠	١٢٥	قطعة واحدة
فقدان أصابع القدم:					
٧,٥٠٠	٥,٠٠٠	٣,٧٥٠	٢,٥٠٠	١,٢٥٠	كافة الأصابع - قدم واحدة
٢,٠٠٠	٢,٠٠٠	١,٥٠٠	١,٠٠٠	٥٠٠	إصبع كبير - قطعتين
٧٥٠	٥٠٠	٣٧٥	٢٥٠	١٢٥	إصبع كبير - قطعة واحدة
٧٥٠	٥٠٠	٣٧٥	٢٥٠	١٢٥	أي إصبع عدا الإصبع الكبير
١٢,٠٠٠	٨,٠٠٠	٦,٠٠٠	٤,٠٠٠	٢,٠٠٠	التحام كامل للعمود الفقري
لغاية ١٢,٠٠٠	لغاية ٨,٠٠٠	لغاية ٦,٠٠٠	لغاية ٤,٠٠٠	لغاية ٢,٠٠٠	العجز الدائم بخلاف ماورد (كافة الفقرات)
النفقات الطبية العرضية					
لغاية ١,٥٠٠	لغاية ١,٠٠٠	لغاية ٧٥٠	لغاية ٥٠٠	لغاية ٢٥٠	النفقات الطبية العرضية
١٠					
الأقساط الشهرية					
٩,٠	٦,٠	٤,٥	٣,٠	١,٥	الخطة الفردية
١٦,٢	١٠,٨	٨,١	٥,٤	٢,٧	الخطة المشتركة
١٨,٠	١٢,٠	٩,٠	٦,٠	٣,٠	الخطة العائلية
الأقساط السنوية					
١٠٨,٠	٧٢,٠	٥٤,٠	٣٦,٠	١٨,٠	الخطة الفردية
١٩٤,٤	١٢٩,٦	٩٧,٢	٦٤,٨	٣٢,٤	الخطة المشتركة
٢١٦,٠	١٤٤,٠	١٠٨,٠	٧٢,٠	٣٦,٠	الخطة العائلية

يتم تغطية الأطفال بنسبة ١٠٪ من مبالغ منفعة الحوادث الشخصية ٢٠٪ من منفعة إسترداد النفقات الطبية العرضية كما هو مبين أعلاه.

٢) المقدمة

تعتبر كل من هذه الوثيقة مع الجدول ونموذج الطلب وأي ملاحق في التأمين دليل على العقد بينك وبيننا، اميركان لايف انشورنس كومباني (متلايف).

نوافق على تقديم تغطية التأمين الموضحة في هذه الوثيقة اعتباراً من تاريخ البدء للفترة التي يتم دفع قسط التأمين عند استحقاقه. وسوف نقدم الغطاء التأميني فقط للأشخاص للمؤمن عليهم من خلال الخطة المحددة في الجدول، خلال مدة هذه الوثيقة.

تحدد هذه الوثيقة شروط خطة التأمين الخاصة بك فيرجى قراءتها بعناية. وعليك ان تكون على إطلاع تام بالتأمين المقدم اليك بموجب هذه الوثيقة وكافة البنود والشروط والإستثناءات المطبقة حيث يتوجب عليك قراءتها بالإضافة للجدول الخاص بك.

تم توقيعه نيابةً عن شركة اميركان لايف انشورنس كومباني (متلايف)

د. ثيودر أليكساندرسكو

مدير عام -الخليج

اميركان لايف انشورنس كومباني (متلايف)

٣) ما يغطيه التأمين

الحوادث الشخصية

أ) الموت العرضي و العجز الدائم (الكلي)

في حال عانيت من الأذى الجسدي والذي أدى ضمن سنة واحدة وبعيداً عن أي سبب آخر إلى وفاة أو عجز دائم (كلي) سنقوم بسداد لك أو في حال الوفاة للمستفيد من المبلغ المؤمن عليه والمبين في جدول التعويضات.

ب) الموت العرضي- الاختفاء

في حال اختفائك وبعد مضي مدة لا تقل عن سنة واحدة أصدرت محكمة قانونية مناسبة أو سلطة حكومية بأنك قد توفيت كنتيجة للأذى الجسدي، سنقوم بسداد المبلغ المؤمن عليه للمستفيد من التأمين - حسب المبين في جدول التعويضات. في حال تبين لنا لاحقاً " بأنك مازلت على قيد الحياة، ينبغي عليك إعادة سداد المبلغ لنا.

في حال نتج عجز دائم عن نفس الحادث سنضيف التعويضات المتنوعة معاً. كل ما سنقوم بسداده في خلال مدة الوثيقة سيكون عبارة عن المبلغ المؤمن عليه والمبين في جدول التعويضات الخاص بالعجز الدائم. سنقوم بسداد التعويضات الواردة في الفقرة (العجز الدائم ما لم يرد بخلاف ذلك) بواسطة تحديد نسبة العجز التي عانيت منه مقارنةً مع العجز الدائم المذكور و المحدد في جدول التعويضات دون الأخذ بالإعتبار لمهنتك.

النفقات الطبية للحوادث

إذا كنت تعاني من إصابة جسدية، فنقوم بتعويضك النفقات الطبية التي ترتبت عليك خلال عام بعد الحادث بدون الخصم وحتى المبلغ المؤمن المبين في جدول التعويضات.

يطبق الخصم مرة واحدة فقط في كل حادث.

٤) التعاريف

لغرض هذه الوثيقة، أينما استخدمت الكلمات المبينة أدناه في هذه الوثيقة فإنها تعني ما يلي:

- **حادث**
حدث مفاجئ وغير متوقع تتسبب به وسائل خارجية طارئة وعنيفة وظاهرة حين تكون هذه الوثيقة نافذة.
- **نموذج الطلب**
هو نموذج طلب تأمين الحادث الشخصي الذي قمت بتعبئته وتوقيعه وتقديمه إلينا، والذي تستند عليه إصدار وتسعير هذه الوثيقة.
- **المستفيد**
الوريث الشرعي حسب قوانين سلطنة عمان.
- **الإصابة الجسدية**
الإصابة الجسدية التي يسببها حادث وليس أي سبب تدريجي، وهي لا تتضمن:
أ) الإعتلال أو المرض ما لم يكن نتيجة إصابة جسدية.
ب) اضطراب ما بعد الصدمة.
ج) مرض أو حالة نفسية.
- **طفل / أطفال**
طفل / أطفال (بمن فيهم طفل / أطفال بالثبني الشرعي أو الريب) دون الثامنة عشرة أو دون الثالثة والعشرين في حالة الدراسة بدوام كامل.
- **طبيب**
طبيب ممارس مسجل، ولا يكون أنت أو شخص ذو صلة بك، مرخص حسب الأصول ومسجل لممارسة مهنة الطب في سلطنة عمان.
- **يد**
جميع الأصابع وإبهام اليد.
- **مستشفى**
مؤسسة مسجلة فيها مرافق للتشخيص والجراحة والعلاج، ولا تضم دار رعاية طويل الأمد، أو خدمات الرعاية المنزلية، أو مركز إعادة تأهيل، أو مركز نقاهة، أو مأوى للمسنين، أو مركز إزالة السممية.
- **فقدان**
فقدان الاستخدام الدائم والكلي وغير القابل للشفاء، أو الفقدان الدائم والكلي بسبب القطع (البتر) الجسدي.
- **فقدان البصر**
يعني الفقدان لعين أو فقدان البصر حين تكون درجة النظر المتبقية بعد الحادث ٢/٦٠ أو أقل على مقياس سينيلين بعد التصحيح بالنظارات أو العدسات اللاصقة.

- **نفقات طبية**
هي النفقات المترتبة عليك للخدمات والمستلزمات التي يصفها الطبيب المعالج وتكون معقولة. تتضمن هذه النفقات:
(أ) خدمات الأطباء؛
(ب) العقاقير، والأدوية، والخدمات والمستلزمات العلاجية؛
(ج) التخدير (بما في ذلك إعطاء المخدر)، وفحوصات الأشعة المخبرية وعلاجاتها، والفحوصات المخبرية؛
(د) حجز واستخدام غرفة العمليات في مستشفى؛
(هـ) خدمة الإسعاف
- **العجز الدائم**
عجز جسدي يدوم طوال حياتك، ومدرج في جدول التعويضات.
- **العجز الكلي الدائم**
العجز التام عن القيام بعمل مأجور، والذي قد استمر مدة اثني عشر شهراً متواصلة، وعلى الأرجح سيستمر طوال حياتك.
- **وثيقة**
وثيقة تأمين الحادث الشخصي هذه، الى جانب نموذج الطلب والجدول وأي ملحق لها.
- **حامل الوثيقة**
الشخص البالغ عمره ١٨ عاماً وما فوق ولكن دون سن الـ (٦٥) والمسمى في الجدول باسم حامل الوثيقة.
- **قسط**
القسط المبين في الجدول والمدفوع البنا مقابل التغطية التأمينية الممنوحة بموجب هذه الوثيقة وفق الأحكام والشروط الخاصة بها.
- **تاريخ استحقاق قسط التأمين**
التاريخ المبين في الجدول، وهو تاريخ استحقاق سداد ودفع القسط لنا.
- **جدول**
مستند جدول وثيقة تأمين الحادث الشخصي والذي يشكل جزءاً لا يتجزأ من هذه الوثيقة / والواجب قراءته بالتزامن معها.
- **تاريخ البدء**
التاريخ المبين في الجدول والذي يبدأ فيه تأمينك بموجب هذه الوثيقة.
- **مبلغ مؤمن عليه**
الاستحقاق لكل تغطية مبينة في جدول الاستحقاقات يوافق الخيار المنتقى من قبلك والمبين في جدولك.
- **جدول التعويضات**
جدول التعويضات المتضمن بموجب القسم ١ بهذه الوثيقة.

- **إرهاب**
أي فعل، بما في ذلك التهديدات أو القوة الفعلية أو العنف بواسطة أي شخص أو مجموعة من الأشخاص سواء بالتصرف وحده/ وهدفهم أو نيابة عن أو بالتواصل مع أية منظمة أو حكومة يرتكب لأغراض سياسية أو دينية أو فكرية أو أخلاقية أو لأسباب تتضمن نية التأثير على أية حكومة و / أو لإرهاب الناس أو أي جماعة منهم.
- **حرب**
قتال مسلح بين بلدين أو أكثر، سواء كان معن أم غير معن، أو أي نشاطات شبيهة بالحرب، بما في ذلك استخدام القوة العسكرية من قبل أي دولة ذات سيادة للوصول إلى غايات اقتصادية أو جغرافية أو وطنية أو سياسية أو عرقية أو دينية أو أية غايات أخرى.
- **نحن، نا، لنا**
أميركان لايف انشورنس كومباني (متلايف).
- **أنت/ أنتم، لك / لكم**
حامل / حاملة الوثيقة، زوجها / زوجته و أطفال حامل الوثيقة حسب الخطة المبينة في الجدول والبالغ اعمارهم دون (٦٥) والمبينة اسمائهم في الجدول. والخطط المتوفرة هي:
 - الخطة الفردية وتغطي حامل الوثيقة فقط.
 - الخطة المشتركة تغطي حامل الوثيقة و زوج/زوجة حامل الوثيقة.
 - الخطة العائلية تغطي حامل الوثيقة و زوج/زوجة حامل الوثيقة و أطفال حامل الوثيقة.

٥) الاستثناءات وحدود التعويض

- لن ندفع تعويض عن الإصابات الجسدية الناتجة عن أو الناشئة من:
- ١) الأعمال الإرهابية، أو الحرب سواء كانت معلنة أم غير معلنة، أو الحرب الأهلية أو الإجتياح أو العصيان المسلح أو الثورة أو استخدام القوى العسكرية أو الاستيلاء بالقوة على الحكم أو القوى العسكرية.
 - ٢) استخدام المواد المشعة أو الإنبعاثات الناتجة بشكل مباشر أو غير مباشر من التفاعل النووي أو الإشعاعي أو التلوث،
 - ٣) الإصابة المقصودة التي تلحقها بنفسك، أو محاولة الانتحار أو أثناء مشاركتك بشكل مباشر في أعمال غير مشروعة
 - ٤) تعريض نفسك للخطر بشكل متعمد أو متهور،
 - ٥) السفر جواً، باستثناء السفر كراكب يدفع أجراً على متن الخطوط الجوية ،
 - ٦) حادث ثبت بأنه حدث نتيجة كونك تحت تأثير الكحول أو أي دواء لم يصفه الطبيب، أو عدم الإلتزام بتعليمات الشركة الصانعة.

- (٧) الخدمة أو التدريب أو أداء الواجب مع أي قوات مسلحة للجيش أو الشرطة أو ميليشيا أو منظمة شبه عسكرية.
- (٨) المشاركة في أو التدريب على الرياضة بصفة محترف أو شبه محترف.
- (٩) المشاركة الفعالة في أي رياضة خطيرة بما في ذلك رياضة القفز بالمظلة والطيران الشراعي والطيران المظلي ، والتزلج خارج حلبة (مخصصة للتزلج) والغطس واكتشاف المغارات وممارسة القفز بالحبال (البنجي).
- (١٠) حالة مرض الإيدز أو نقص المناعة المكتسب، أو حيث تكون هناك إصابة بمرض نقص المناعة المكتسب أو الإيدز.

• حدود التعويض

- (١) ستكون التعويضات الخاصة بالأطفال الذين تتم تغطيتهم كجزء من خطة تغطية العائلة، وفق النسبة المئوية المبينة في جدول تعويضات المبلغ المؤمن لحامل الوثيقة.
- (٢) في حال كنت تملك وثائق متعددة لدينا، سيكون الحد الأقصى للمبلغ الذي سندفعه في إطار جميع الوثائق خلال حياتك هو ١٠٠,٠٠٠ ريال عماني لك ولزوجتك /زوجك و ١٠,٠٠٠ ريال عماني لأطفالك.
- (٣) في حالة الوفاة، سوف ندفع المبلغ المؤمن عليه للوفاة العرضية مطروحاً منه أي مبالغ مدفوعة بموجب تعويض العجز الدائم.
- (٤) إذا كنا قد دفعنا عن الخسارة لجزء كامل من الجسم، لا يمكننا تقديم المطالبة بالتعويض عن فقدان أي مكون من مكونات هذا الجزء.

٦) الشروط العامة

٦,١) بدء وإنهاء التغطية

- تبدأ تغطيتكم التأمينية في تاريخ البدء حسب المبين في الجدول وتستمر تغطيتكم وتنتهي فقط في اقرب التواريخ التالية:
- التوقف عن دفع الأقساط. إذا لم يتم تسديد القسط، يمكننا إنهاء الوثيقة وفق الشروط والاحكام المعمول بها.
 - إذا عملنا نحن، أو عملتم أنتم على إنهاء هذه الوثيقة خطأ.
 - بلغتم سن (٦٥)
 - عند وفاتكم؛ في هذه الحالة تحول هذه الوثيقة إلى الزوج/ الزوجة في حال كان خاضع/ خاضعة للتغطية بموجب هذه الوثيقة، شريطة موافقته/ موافقتها على الاستمرار في هذه الوثيقة وقبول شروطها واحكامها.
 - أقمت خارج سلطنة عمان لمدة أكثر من ١٨٠ يوم على التوالي،

فيما يتعلق بتغطية الزوج/ الزوجة:

- أخبرتنا خطياً بإيقاف تأمين الزوج/ الزوجة

- لم يعد زوجك / زوجتك

فيما يتعلق بتغطية الطفل:

عند اكمال الطفل سن الثامنة عشر، أو سن ٢٣ إذا كان في مرحلة التعليم بدوام كامل. أو تغيرت التغطية من خطه عائلة الى خطة فردية لإحد الوالدين، أو الإنتقال الى خطه مشتركة، و لم يكن الطفل والد أعزب.

٦,٢ سداد الأقساط

يتم أخذ القسط شهرياً من حسابك المصرفي المعين. ويقع على عاتقكم مسؤولية التأكد من توفر أموال كافية في حسابكم بحيث يتم تسديد القسط في تاريخ الاستحقاق. طالما يتم تسديد كل قسط بتاريخ استحقاقه، سيتم تغطيتكم بموجب هذه الوثيقة. في حال اخترتم تسديد القسط عبر البطاقة، يتوجب عليكم الموافقة بتمكيننا من خصم أقساط التأمين من حسابكم المعين بدون الحاجة لتوقيعكم. في حال عدم تسديدكم القسط بتاريخ استحقاقه، قد نصدر إشعار بإنهاء التأمين. وفي حال تسديدكم القسط المستحق بالكامل خلال ١٤ يوم من تاريخ إشعار الإنهاء، لن يتم إنهاء هذه الوثيقة.

٦,٣ تغيير شروط الوثيقة

يحق لنا تغيير شروط هذه الوثيقة والشروط الأخرى لها فقط لأسباب هامة. وتشمل الأسباب الهامة: تغيير القانون، والتفسير الجديد للقوانين الحالية من قبل المحاكم، وتوصيات من قبل السلطات التشريعية. وتغيير في عروضنا مثل تحسين الخدمات الحالية والمنتجات أو سحب الخدمات أو المنتجات. يحق لنا تغيير القسط استناداً على تقييمنا الدوري للقسط مقارنة بتكاليف تقديم التغطية بموجب هذه الوثيقة. سوف نخطركم خطياً على عنوانكم الأخير المسجل لدينا، قبل ٦٠ يوم، فيما يخص كل تغيير يطرأ على شروط وأحكام هذه الوثيقة. ويحق لكم إنهاء التأمين خلال ١٤ يوم من استلام تغييراتنا المعروضة، في حال عدم إنهاكم التأمين، ستدخل التغييرات المدخلة حيز التنفيذ في اليوم التالي لإنقضاء الموعد النهائي لإنهاء التأمين من قبلكم، ما لم يتم الإشارة إلى خلاف ذلك.

٦,٤ الإلغاء

يحق لكم إلغاء هذه التأمين في أي وقت. ويتحتم تقديم إشعار الإلغاء خطياً ل:

أميركان لايف انشورنس كومباني (متلايف)

فندق بيت الحافة الطابق الثاني، روي صندوق بريد ٨٩٤ الرمز البريدي ١١٤ جبروه- سلطنة عمان

للاستفسارات، يمكنكم الاتصال بخدمة العملاء على الهاتف المجاني ٨٠٠٠٧٠٠

ولا يعتبر أي شكل آخر من أشكال الإخطار صحيحاً. تنتهي هذه الوثيقة في اليوم الأخير من الفترة المدفوعة فعلياً.

في حال إنهاءكم شهادة التأمين خلال ٣٠ يوماً من تاريخ البدء، سوف نعيد أي قسط قمتم بدفعه إن لم تقوموا بتقديم أي مطالبة بشأنها.

لدينا الحق في الغاء هذه الوثيقة، عن طريق إرسال إشعار خطي مدته ٣٠ يوماً. وفي حال إنهاء هذه الوثيقة، تبقون ملزمين بدفع القسط المطبق على الفترة التي تم تغطيتها بموجب هذه الوثيقة. نملك الحق في تعديل أسعار القسط عند كل تاريخ تجديد وذلك عبر إرسال إشعار خطي مقدماً يسلم اليك او الى عنوانك المبين في سجلاتنا، في مدة لا تقل عن ثلاثون (٣٠) يوماً قبل تاريخ التجديد.

٦,٥ الاحتيال

في حال حدوث أي احتيال، أو تضليل متعمد أو إخفاء معلومات متعلقة بطلب حامل الوثيقة فيما يخص هذه الوثيقة، أو فيما يتعلق بالمطالبة، يجوز لنا إنهاء الوثيقة وذلك بإرسال إشعار خطي. وفي حال حدوث ذلك، سوف تخسرون أي تعويضات مستحقة لكم، ويتعين عليكم إرجاع أي تعويض كنا قد دفعناه لكم. وفي حال حدوث ذلك، لن نرجع لكم أي أقساط.

٦,٦ القانون المعمول به

تخضع هذه الوثيقة وتفسر بموجب قوانين سلطنة عمان.

٦,٧ الشروط الاخرى

أ) لا يجوز لكم التنازل عن (نقل) هذا التأمين لأي شخص آخر.

ب) في حالة وجود استحقاق واجب دفعه لطفل، سندفع إلى والدي الطفل أو الوصي القانوني للطفل.

٦,٨ العقوبات

في حال سريان أي قانون أو قرار على شركة التأمين خاصتنا، شركتنا الأم، او شركتها المسيطرة عند نفاذ هذه الوثيقة أو في أي وقت بعد ذلك، وإذا أصبح تقديم الغطاء التأميني أو دفع المطالبات بموجب هذه الوثيقة غير قانوني لسريان عقوبات أو أي قانون آخر يحول دون ذلك فإن الشركة لن تقدم التغطية التأمينية ولن تتحمل أية مسؤولية ولن تدفع أية مطالبات ولن تقوم بالدفاع عن المؤمن له او تقدم أية دفعات لتكاليف الدفاع او تقدم أي شكل من اشكال الكفالة نيابة عن المؤمن له او اي منافع أخرى مما ذكرت في هذه الوثيقة إذا كانت هذه التغطية أو الدفعة تتعارض مع مضمون ذلك القانون أو القرار النافذ.

٦,٩ إفصاح البيانات

بالتوقيع على عقد التأمين هذا، فإنك توافق على ان تقدم شركة التأمين الخاصة بنا (شركتنا) البيانات المتعلقة بك لتوفير منتجات وخدمات التأمين ولأغراض قانونية و إدارية وتنظيمية وعلى وجه الخصوص تقديم أية بيانات شخصية حساسة تتعلق بك.

كما توافق على ان تقوم شركة التأمين بإتاحة هذه المعلومات لأطراف اخرى على سبيل المثال وليس الحصر أي مجموعة شركة تلك التي توفر منتجات أو خدمات لشركة التأمين أو أي شركة اوسلطات تنظيمية، داخل وخارج بلد الموطن.

على الإنترنت.

٧ إجراء المطالبات

إشعار المطالبة:

ينبغي إرسال إشعار خطي للمطالبة خلال مدة لا تقل عن ثلاثين (٣٠) يوماً من تاريخ وقوع الحادث. قد يؤدي الإخفاق في تقديم الإشعار خلال ثلاثين (٣٠) يوماً من تاريخ وقوع الحادث الى رفض المطالبة. يجب إرسال الإشعار الى:

اميركان لايف انشورنس كومباني (متلايف)

فندق بيت الحافة- روي- الطابق الثاني

صندوق بريد ٨٩٤، الرمز البريدي ١١٤، جبروه

سلطنة عمان.

للاستفسارات، يمكنكم الاتصال بخدمة العملاء على الهاتف المجاني ٨٠٠٠٧٠٠

البريد الإلكتروني: CS_DMGGulf@MetLife.ae

وسنطالبكم بتعبئة استمارة مطالبة، وقد نطلب منكم إجراء فحص طبي لدعم مطالباتكم. وعليكم منحنا الأذن للحصول على أي تقارير طبية والسجلات التي نحتاج إليها من الناحص الطبي الذي قام بمعالجتكم، وخلاف ذلك، قد لا ندفع لكم المطالبة. وسوف ندفع لكم لقاء الفحص الطبي ولأي تقارير طبية وسجلات نطلبها منكم. يتعين عليكم منحنا كافة الشهادات والمعلومات وأي دليل آخر يدعم مطالباتكم، وكل ذلك على نفقتكم إلا أي تقارير طبية وسجلات نطلبها منكم.

وفي حال وفاتكم، يحق لنا طلب إجراء فحص ما بعد الوفاة. وفي حال عدم تنفيذكم أي مما طلبناه في إطار إجراء هذه المطالبة، قد لا ندفع مطالباتكم، ما لم تكن لديكم أسباب مشروعة ومقبولة لعدم الإلتزام بذلك. ينطبق هذا البند على أي مستفيد آخر أيضاً.

٨) حقكم في الشكوى

سنبذل كل ما في وسعنا للتأكد من حصولكم على أعلى مستوى من الخدمة. وإذا كنتم غير راضين عن الخدمة المقدمة لكم، عليكم الإتصال بـ :

أميركان لايف انشورنس كومباني (متلايف)

فندق بيت الحافة الطابق الثاني، روي صندوق بريد ٨٩٤- الرمز البريدي ١١٤ جبروه
مسقط، سلطنة عمان

للاستفسارات، يمكنكم الاتصال بخدمة العملاء على الهاتف المجاني ٨٠٠٠٧٠٠

البريد الإلكتروني: CS_DMGGulf@MetLife.ae

لمساعدتنا على التعامل مع ملاحظتكم سريعاً، يرجى ذكر رقم جدولكم (شهادة التأمين) أو رقم المطالبة (أو كلاهما) واسمكم.

المحكمة المختصة

في حال كنتم غير راضين عن قرارنا، يحق لكم رفع دعوى ضدنا في المحكمة المختصة في سلطنة عمان. يتعين تقديم أي دعوى مرفوعة ضدنا تتعلق بقرار التعويض، خلال ثلاث سنوات من إبلاغكم بالقرار خطياً، والمهلة الزمنية بشأن الإجراءات القانونية. وبعد انقضاء المهلة الزمنية، يتوقف حق رفع دعوى.

٩) كيفية الإتصال بنا

أميركان لايف انشورنس كومباني (متلايف)

فندق بيت الحافة الطابق الثاني، روي صندوق بريد ٨٩٤- الرمز البريدي ١١٤ جبروه
مسقط، سلطنة عمان

للاستفسارات، يمكنكم الاتصال بخدمة العملاء على الهاتف المجاني ٨٠٠٠٧٠٠

البريد الإلكتروني: CS_DMGGulf@MetLife.ae

١٠) سياسة الخصوصية

للاطلاع على سياسة الخصوصية الخاصة بالشركة يرجى زيارة موقعنا على الإنترنت [Http://www.metlife.com.om](http://www.metlife.com.om)

١١) التعارض

في حال التعارض أو الإختلاف بين اللغتين الإنكليزية والعربية للوثيقة، يعتمد نص اللغة العربية.