



إتفاقية في خصوص لعقود التأمين في صورة الوفاة المرتبطة بتسديد دين

بمقتضى هذه الإتفاقية المبرمة بين الجمعية المهنية التونسية للبنوك والمؤسسات المالية ممثلة في شخص السيد أحمد الكرم من جهة؛

وبين الجامعة التونسية لشركات التأمين ممثلة في شخص السيد الأسعد زروق من جهة أخرى؛

وقع الإتفاق على ما يلي:

توطئة :

مع مراعاة أحكام مجلة التأمين الصادرة بمقتضى القانون عدد 24 لسنة 1992 المؤرخ في 9 مارس 1992 كما وقع تقييدها بجملة النصوص اللاحقة خاصة منها الفصل 92 ونصوصها التطبيقية؛

قانون عدد 48 لسنة 2016 مؤرخ في 11 جويلية 2016 يتعلق بالبنوك والمؤسسات المالية؛

وفي إطار التنسيق بين مؤسسات التأمين والمؤسسات البنكية في خصوص عقود التأمين في صورة الوفاة المرتبطة بتسديد دين أو عجز المؤمن له حريف المؤسسة البنكية؛

وسعيا من الطرفين على الحفاظ على حقوقهما المتبادلة عند حصول الخطر المؤمن ؛

تم الإتفاق على إعتماد التمشي المنصوص عليه بهذه الإتفاقية لتنظيم العلاقة بين المؤسسات البنكية ومؤسسات التأمين.

الفصل الأول: موضوع الإتفاقية:

تهدف هذه الإتفاقية إلى التنسيق بين المؤسسات البنكية ومؤسسات التأمين في خصوص عقود التأمين في صورة الوفاة المرتبطة بتسديد دين المكتبة خارج إطار إتفاقية توزيع التأمين عبر البنوك.

يبقى التنسيق المشترك بين كل مؤسسة تأمين ومؤسسة بنكية في خصوص العقود المكتبة في إطار إتفاقية توزيع التأمين عبر البنوك خاضعا لأحكام الإتفاقيات الخاصة المبرمة تطبيقا لأحكام الإتفاقية الإطارية لتوزيع عقود التأمين عبر البنوك.



الفصل 02: التنسيق بين المؤسسات البنكية ومؤسسات التأمين من حيث الإلتزام

تلزم كل مؤسسة تأمين وكل مؤسسة بنكية بالتنسيق المسبق بينهما قبل إتمام العمليات القانونية المتعلقة بمنح الدين من جهة وإبرام عقد التأمين في صورة الوفاة المرتبطة بتسديد دين من جهة ثانية طبقا لمطبوعة البيانات الموجهة إلى مؤسسة التأمين (الملحق عدد 1) التي تستفسر بواسطتها عن الظروف التي من شأنها أن تمكّنها من تقييم المخاطر التي ستتكلّف بها في إطار عقود التأمين في صورة الوفاة المرتبطة بتسديد دين.

وتسرّ المؤسسة البنكية على مد الحريف مطبوعة البيانات بعد تعميرها وإمضائتها من قبلها وعلى إعلامه بضرورة تقديم هذه المطبوعة لمؤسسة التأمين قصد إعتمادها لإكتتاب عقد التأمين لفائدة المؤسسة البنكية. وتعمل المؤسسة البنكية بتحسّيس حرفانها حول ضرورة تعمير هذه المطبوعة بأمانة تجنباً لتطبيق العقوبات الجاري بها العمل على الورثة في صورة حادث يمكن أن يتعرّض له حريف البنك ومن شأنه أن ينجر عنه ضمان مؤسسة التأمين طبقاً لبنود عقد التأمين في صورة الوفاة المرتبطة بتسديد دين.

وتلتزم المؤسسة البنكية بموافقة مؤسسة التأمين بجدول استهلاك الدين الذي سيتم على إثره إكتتاب عقد التأمين من قبل حريف المؤسسة البنكية.

كما تلتزم المؤسسة البنكية بالثبت لاحقاً في البيانات المنصوص عليها ضمن الشروط الخاصة للعقد ومدى مطابقتها إلى المعلومات المنصوص عليها ضمن مطبوعة البيانات الموجهة إلى مؤسسة التأمين باعتبار وأنه لا يمكن في صورة وقوع الحادث موضوع التغطية التأمينية مطالبة مؤسسة التأمين إلا في حدود المبلغ المتبقى طبقاً لجدول استهلاك الدين عند تاريخ وفاة حريف المؤسسة البنكية المدرج بالعقد المكتوب.

الفصل 03: التنسيق في حالات خاصة:

3-1 في صورة تغيير تاريخ صرف الدين:

في صورة تغيير تاريخ صرف الدين مقارنة مع التاريخ الذي تم إعلام المؤمن به، يتعين على البنك إعلام مؤسسة التأمين بالتاريخ الفعلي الجديد لصرف الدين.

وتلتزم مؤسسة التأمين في هذه الحالة بتحوير العقد المكتوب وفق الشروط الجديدة للدين.

3-2 التنسيق في حالات خاصة أخرى:

تلزم مؤسسة التأمين بعدم قبول مطالب تتعلق بالتراجع عن العقد أو بفسخه أو تحويل بنوده دون التوصل بالموافقة الكتابية المسبقة للمؤسسة البنكية المعنية بصفة المستفيد في العقد.





الفصل 04: التنسيق عند حصول الخطر المؤمن:

تلزم المؤسسة البنكية بموافقة مؤسسة التأمين بالوثائق التالية:

أ- عند الوفاة:

- المعاينة الطبية للوفاة وفق النموذج المصاحب للإتفاقية (الملحق عدد2) أو بنسخة مطابقة للأصل منها وفق التشريع الجاري به العمل.
- والشهادة الطبية المسلمة من قبل المؤسسات العمومية في صورة حدوث الوفاة في هذه المؤسسات.
- وكافة الوثائق المنصوص عليها بعقد التأمين عند حصول الوفاة.

ب- عند الإصابة بعجز مضمون بالعقد :

- تقرير طبي مثبت لحالة العجز.
- وكافة الوثائق المنصوص عليها بعقد التأمين عند حصول الخطر المؤمن عليه.

الفصل 05 : السرية :

تلزم مؤسسة التأمين والبنك بالمحافظة على السرية المطلقة تجاه الغير للمعلومات التي تتعلق بالمؤمن لهم موضوع التنسيق المتبادل بين الطرفين طبقاً للتشريع الجاري به العمل.

الفصل 06: المصالحة :

تعمل مؤسسات التأمين والمؤسسات البنكية على التعاون والتنسيق بينها لإيجاد الحلول في الإشكاليات التي يمكن أن تطرأ في خصوص تسوية ملفات تتعلق بتنفيذ عقود التأمين في صورة الوفاة المرتبط بتسديد دين.

وفي صورة عدم إمكانية الفصل في بعض النزاعات تلتزم مؤسسة التأمين والمؤسسة البنكية بعرض النزاعات القائمة على نظر لجنة مصالحة مشتركة تضم ممثلين على مؤسسات التأمين وعلى المؤسسات البنكية للبت في الإشكال.

تحدد لجنة المصالحة في نظامها الداخلي تركيبتها وطريقة عملها والإجراءات الواجب اتباعها لفض هذه النزاعات.

يلحق النظام الداخلي للجنة المصالحة بهذه الإتفاقية ويعتبر جزءاً لا يتجزأ منها.

الفصل 07: تاريخ سريان مفعول الإتفاقية ومدتها :

طبقا لأحكام الفصل 92 من مجلة التأمين، يسري مفعول هذه الإتفاقية بعد مرور شهرين من تاريخ إعلام الهيئة العامة للتأمين بها.

تنطبق أحكام هذه الإتفاقية على العقود المكتتبة ابتداء من تاريخ سريان مفعولها.

أبرمت هذه الإتفاقية لمدة غير محددة.

أبرمت هذه الإتفاقية بتونس بتاريخ 15 ماي 2018

تونس في 15 ماي 2018



من الجامعة التونسية لشراكه التأمين





مطبوعة البيانات الموجهة إلى مؤسسة التأمين (ملحق عدد 01)

FICHE D'INFORMATION ADRESSEE A L'ENTREPRISE D'ASSURANCES

(Ce document n'a pas de valeur contractuelle)

I/ PERSONNE A ASSURER المؤمن له

Nom et Prénom / الاسم واللقب :

CIN / Passeport / جواز سفر / بطاقة الإقامة / Carte de Séjour / N° _____

Date de naissance / تاريخ الميلاد / / / / / /

II/ Prêt / Capital Assuré : الدين/ رأس المال المؤمن

1- Organisme Prêteur : المؤسسة المقرضة

2- Montant du Prêt / Capital Assuré : قيمة الدين / رأس المال المؤمن

3- Date d'effet تاريخ الفاعلية

4- Date du 1^{er} Remboursement du Principal / / / / / / تاريخ أول تسديد لأصل الدين

5- Date du dernier remboursement du Principal / / / / / / تاريخ آخر تسديد لأصل الدين

6- Type d'Amortissement / طبيعة إستهلاك الدين

Dégressivité Linéaire Dégressivité Non Linéaire (Remboursement Constant)

7- Périodicité de l'Amortissement / دورية إستهلاك الدين

Unique Annuel Semestriel Trimestriel Mensuel

Autres à préciser

8- Taux d'Intérêt / (chiffré) نسبة الفائدة / بالأرقام

9- Garanties / التغطيات

- Décès / الوفاة

- Invalidité Absolue et Définitive / العجز الكلي والنهائي

- Autres / أخرى

J'ai lu, compris et accepté tout ce qui est inscrit dans cette fiche/ أطلعت وفهمت وقبلت كل ما ورد

بهذه المطبوعة

LE DIRECTEUR D'AGENCE

Signature de la Personne à

Assurer

.....

Le Chargé du Dossier :

Fonction : MME. /Mr

Poste téléphonique:



CONSTATATION MEDICALE DE DECES*



الشهادة الطبية للوفاة

(A faire remplir par le Médecin traitant ou le médecin qui a constaté le décès)

Défunt : NomPrénom

Date de naissance : / / / / / / / / / /

Adresse :.....

N° Pièce d'Identité : (CIN ou autres).....

Etes-vous le médecin traitant qui a constaté le décès du défunt : Oui Non

Si non NomPrénom :du médecin traitant

Je soussigné Dr ; certifie que le décès de la personne désignée ci-dessus est survenu le : / / / / / / / / / / à heure(s).....mn à :.....(lieu)

Si le décès est consécutif à une maladie :

Nature de la maladie :.....

1. A quelle date remonte le début de la maladie qui a causée le décès ?(le cas échéant mois et année) :

/ / / / / / / / / /

2. A quelle date le défunt a pris connaissance de la maladie? / / / / / / / / / /

3. A quelle date remonte la cessation de son activité professionnelle suite à une maladie ou accident?

/ / / / / / / / / /

Si le décès est de cause naturelle :

1. Cause du décès :

a- Cause immédiate (complication ou nature de l'évolution terminale qui a entraîné la mort)qui est consécutive à.....

b- Cause initiale (état morbide à l'origine de l'enchaînement qui a conduit au décès).....

2. Causes associées (état morbide ou physiologique (exemple grossesse) ayant contribué à l'évolution fatale et depuis quand le diagnostic est-il établi) :.....

HTA (depuis :.....) Cardiopathie (depuis :.....)

Diabète (depuis :.....) Dyslipidémie(depuis :.....)

IRC (depuis :.....) Hépatite chronique / Cirrhose (depuis :.....)

Autres (depuis :.....)

3. Existence d'autopsie : Oui Non

Si le décès est consécutif à un accident :

1. Nature de l'accident :.....

2. Date de l'accident :.....

3. Lieu de l'accident :.....

4. Existence d'autopsie : Oui Non

Si le décès est dû à un suicide :

Le suicide peut-il être considéré comme ? Volontaire ou Inconscient

1. Nom et adresse du Médecin ayant constaté le décès Tél :

2. Existence d'autopsie : Oui Non

Fait à..... le.....

Nom et Prénom du Médecin

Signature et Cachet

* Ce document a été rédigé le plus succinctement possible. Le médecin est prié de répondre avec précision à toutes les questions afin de fournir les prestations dues aux bénéficiaires de l'assurance.
Ce document est confidentiel et sera remis sous pli fermé au Médecin Conseil de l'Entreprise d'Assurance.
L'Entreprise d'Assurance garantit la protection des données à caractère personnel du défunt et ce conformément aux dispositions de la loi organique n°2004-63 du 27 juillet 2004 et des textes qui la modifie et la complète.

