

## تقرير المطالبة بحوادث بتر الأعضاء

لن تتحمل الشركة في حال تقديم هذه النموذج خالياً من الكتابة أي مسؤولية أو تتنازل عن حقوقها، ويجب تعبئة النموذج من قبل الشخص المصاب (إذا كان قاصراً، يتم ذلك من قبل الوالدين أو الوصي) ثم تعاد خلال ١٥ يوماً.

يرجى تعبئة كافة المعلومات ذات الصلة بشكل كامل ومقروء.

### تصريح المدعي

(١) الإسم الكامل للمؤمن عليه  تاريخ الميلاد

رقم البوليصه  العنوان الحالي

(٢) (أ) قدم وصفا كاملا عن الإصابة مع بيان أين، كيف و متى حصلت؟

(ب) قدم وصفا لأي مرض أو الإصابة المسببة للعجز

(٣) المستشفيات (اكتب الاسم الكامل،العناوين، وتواريخ العلاج)

الاسم  العنوان  من  إلى

الاسم  العنوان  من  إلى

(٤) (أ) اكتب أسماء كافة الأطباء الذين قدموا لك العلاج بسبب هذه الإصابة

الاسم  العنوان

(ب) اكتب اسم وعنوان طبيب العائلة المعتاد

الاسم  العنوان

(٥) ما هو تأمين ضد الحوادث، الأمراض أو الإعاقة الآخر الذي قمت به؟ (اسم الشركة، الجمعيات، .. الخ، مع تقديم وصف بالميزات).

الاسم  العنوان

الميزات

(٦) ما هو العلاج الطبي أو الجراحي الذي تلقيته خلال فترة الخمس سنوات الماضية؟ (اكتب التواريخ، طبيعة الأمراض، أو الإصابات وأسماء وعناوين الأطباء القائمين على العلاج

وأسماء وعناوين العيادات والمستشفيات حيث تلقيت العلاج)

الطبيب المشرف على العلاج

تمت الموافقة عليه من قبل

الطبيب المعالج

التوقيع باسمك الكامل  التاريخ

## التفاصيل المصرفية للمستفيد / المدفوع لأمره المطلوبة للتحويل البنكي

التفاصيل المصرفية للمستفيد / المدفوع لأمره	
العنوان الكامل للمستفيد / المدفوع لأمره	
الجوال	رمز الدولة - رمز المنطقة - البريد الإلكتروني
اسم البنك	العملة
عنوان البنك	
اسم صاحب الحساب البنكي	
رقم الحساب البنكي	رمز التحويل الدولي
IBAN No	

أنا، الموقع أدناه، أؤكد بموجبه أن جميع المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة ومتعلقة بحسابي المصرفي.

التوقيع

### تفويض

أفوض جميع الأطباء أو الأشخاص الآخرين وجميع المستشفيات أو المؤسسات الأخرى بتقديم جميع المعلومات (بما في ذلك النسخ الكاملة لسجلاتهم) المتعلقة بي وتاريخي الطبي بشكل عام وهذا الادعاء على وجه الخصوص لشركة اميريكان لايف انشورانس (متلايف). أوافق على اعتبار نسخة من هذا التفويض فعالة وصالحة كأصل.

**تحويل البيانات:** أنا امح متلايف موافقة صريحة لتحويل ومعالجة ومشاركة بياناتي الشخصية الى أي متلق سواء كان داخل أم خارج الدولة، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر مقر شركة متلايف في الولايات المتحدة الأمريكية، فروع الشركة، الشركات الشقيقة، شركات إعادة التأمين، شركات في الأعمال، المستشارين، وسطاء التأمين و/أو مزودي الخدمات عندما تعتقد بأن نقل أو مشاركة هذه البيانات الشخصية لازم لـ (أ) تنفيذ الالتزام بموجب وثيقة التأمين، (ب) المساعدة في تطوير المنتجات والأعمال، (ج) تحسين تجربة العملاء لدى الشركة، (د) للالتزام بالقوانين والأنظمة المطبقة (هـ) للالتزام بتنفيذ القوانين الأخرى لدى جهات تنفيذ القانون ذات الصلة بالعقوبات الدولية والأنظمة الأخرى المطبقة بالنسبة للشركة. متلايف تأكد التزامها تجاه المتلقي بالتزامات تعاقدية كافية للمحافظة على ولضمان سرية بياناتك الشخصية، كذلك فإننا نؤكد التزامنا بجميع القوانين المطبقة والمتعلقة بهذا التحويل والمعالجة والمشاركة لبياناتك الشخصية.

**لغايات التوضيح،** تعني بياناتك الشخصية أي بيانات/معلومات متعلقة بك و/أو عائلتك والتي قد تحتوي على أي معلومات صحية، معلومات تدل عن هويتك، معلومات مالية او معلومات الاتصال والتي تم الإفصاح عنها في أي وقت.

### تصريح

أؤكد بموجب هذا أن المستندات المقدمة بما في ذلك هذا النموذج صحيحة ولم يتم تغييرها ولدي جميع المستندات الأصلية التي يمكن تقديمها بناءً على طلب شركة التأمين في أي وقت خلال فترة معالجة هذه المطالبة وحتى عام واحد بعد قرار المطالبة. أؤكد بموجب هذا على معالجة الدفع لصالحني إذا وعندما يوافق متلايف ويقرر قبول مطالبة السداد واعتبر هذا المستند بمثابة إيصال وإبراء ذمة.

علاوة على ذلك، أؤكد بموجب هذا أن الأموال التي يدفعها متلايف لن يتم تحويلها، بشكل مباشر أو غير مباشر، إلى بلد خاضع لعقوبات مكتب مراقبة الأصول الأجنبية. وتشمل هذه الدول حاليًا سوريا وإيران وكوريا الشمالية وكوبا والسودان وشبه جزيرة القرم.

## للمساعدة

How to submit the form	من أي دولة أخرى	قطر	بحرين	عمان	كويت	الإمارات العربية المتحدة	البلد
يرجى إرسال الوثائق الأصلية إلى:	+971 4 410 4000	800 9711	800 08033	800 70708	+965 2208 9333	800 6385433	الهاتف
رعاية العملاء - متلايف	ص.ب ٢٠٢٨١، المنامة، البحرين						البريد
بناية عجزية، الطابق ٣، قطعة ٤١٠ سنابس، ص.ب ٢٠٢٨١، المنامة، البحرين	Gulfifeclaims@metlife.com						البريد الإلكتروني
	www.metlife-gulf.com/bahrain						موقع الكتروني

نحن ملتزمون بتزويدك بأعلى معايير الخدمة. إذا كانت لديك أية ملاحظات عن مستوى الخدمة المقدمة لك فيرجى إشعارنا بها على الفور حتى نتمكن من ملائمتها. يرجى زيارة صفحة "الملاحظات والشكاوى" للاطلاع على معلومات التواصل والاطلاع على إجراءات معالجة الشكاوى لدينا [www.metlife-gulf.com/bahrain](http://www.metlife-gulf.com/bahrain)

الشركة الأمريكية للتأمين على الحياة (متلايف) مرخصه ومنظمه من قبل مصرف البحرين المركزي كشركة تأمين فرع مرخص لشركة أجنبية - أعمال التأمين التجاري، رأس المال المسجل ٤,٠٠٠,٠٠٠ دولار أمريكي.

اسم المريض  العمر

1. طبيعة الإصابة (قدم وصفا للمضاعفات إن وجدت)

2. متى ظهرت الأعراض لأول مرة أو متى حصل الحادث؟ التاريخ

3. متى استشارك المريض للمرة الأولى بخصوص هذه الحالة؟ التاريخ

4. (أ) هل حدث وأن عانى المريض من نفس الحالة أو من حالة مماثلة؟  نعم  لا

(ب) إذا كان الجواب نعم، اذكر متى كان ذلك مع التفاصيل

5. (أ) هل كان يتر أحد الأطراف أو فقدان البصر هو فقط ما نجم عن الحادث؟  نعم  لا

(ب) إذا كان الجواب لا، قدم وصفا لأي مرض أو عجز ناجم عن الإصابة

6. يتر الأطراف

قدم وصفا دقيقا لمكان البتر الفعلي

7. فقدان البصر

(أ) هل حدث فقدان البصر بشكل كامل ولا يمكن شفاؤه؟  نعم  لا

(ب) إذا كان الجواب بنعم، اكتب التاريخ الدقيق لحدوث ذلك

(ج) إذا كان الجواب لا، فهل هناك أمل بالشفاء  نعم  لا

(د) متى ذلك؟ التاريخ بشكل تقريبي

8. (أ) هل هناك أمل باستعادة البصر كلياً أو جزئياً من خلال إجراء زراعة قرنية أو أي عمل جراحي آخر؟  نعم  لا

(ب) إذا كان الجواب نعم، اذكر متى مع تقديم شرح مفصل وكامل

9. (أ) حالة الرؤية قبل الإصابة العين اليمنى  /  العين اليسرى  /

(ب) حالة الرؤية حالياً (إن كانت معدومة اكتب لاشيء) العين اليمنى  /  العين اليسرى  /

(ج) قدم وصفا لأي مرض أو عجز في الرؤية قبل الإصابة

10. (أ) طبيعة الإجراء الجراحي، إن وجد (قدم وصفا كاملاً)

(ب) تاريخ الإجراء

(ج) أين تم تنفيذ ذلك الإجراء؟

(د) إذا تم ذلك بالمستشفى  مريض عيادات خارجية

11. اكتب تواريخ المعالجة المكتب  المنزل  المستشفى

12. (أ) هل ما يزال المريض تحت رعايتك بسبب هذه الحالة؟  نعم  لا (ب) إذا انتهى من ذلك اكتب التاريخ

13. إذا كان المريض قد تلقى الرعاية داخل المستشفى، اكتب أسماء وعناوين المستشفيات وتواريخ العلاج

المستشفى	العنوان	من	إلى

14. اكتب أسماء وعناوين كافة الأطباء المشرفين على العلاج

العنوان	الاسم

15. هل الوضع الحالي ناجم عن إصابة عمل؟  نعم  لا

توقيع (الطبيب المشرف)  التاريخ

الهاتف  الشارع  عنوان الشارع

المدينة/البلدة  الدولة/المقاطعة  الرمز البريدي

تصريح المطالب على الوجه الآخر