

اميركان لايف انشورنس كومباني (ميتلايف)

ص. ب. ٣٧١٩١٦، دبي، الإمارات العربية المتحدة

هاتف: +٩٧١ ٤١٥ ٤٤٤٥ فاكس: +٩٧١ ٤١٥ ٤٤٤٥. Gulfifeclaims@metlife.com

يرجى تعبئة كافة المعلومات ذات الصلة بشكل كامل ومقروء.

يجب أن تملأ هذه الإفادة من قبل رب العمل أو وكيله المفوض تفويضاً صحيحاً، كالمراقب أو مأمور صرف الرواتب أو إلخ. ويجب الا تملأ من قبل موظف عادي أو كاتب حسابات أو ملاحظ العمال ما لم يتمتعوا بإذن خاص، ولا من قبل أي وكيل لأميركان لايف إنشورنس كومباني.

(١) الإسم الكامل للمؤمن له

(٢) الإسم وعنوان العمل لمستخدم المؤمن له

(٣) متى إضطر المؤمن له أن يتخلى عن واجبات عمله؟ (إعط التاريخ بالضبط)

(٤) متى عاد المؤمن له إلى عمله؟

(٥) هل كانت الإصابة اللاحقة بالمؤمن له السبب الوحيد لتغييره عن العمل كامل المدة المذكورة أعلاه؟ إذا كان لا، أعط تفاصيل.

وظيفة الموقع

الشاهد

هل بحاجة إلى مساعدة؟

كيفية تقديم النموذج	كيفية الاتصال بنا						
	رمز	الإمارات	الكويت	عمان	البحرين	قطر	
يرجى إرسال الوثائق الأصلية إلى: رعاية العملاء - متلايف صندوق بريد ٣٧١٩١٦ دبي - الإمارات العربية المتحدة	اتصل بنا	متلايف - ٨٠٠ - (٦٣٨٥٤٣٣ - ٨٠٠)	+٩٦٥ ٢ ٢٠٨ ٩٣٣٣٩	٨٠٠ ٧٠٧٠٨	٨٠٠ ٠٨٠٣٣	٨٠٠ ٩٧١١	
	راسلنا عبر البريد	صندوق بريد ٣٧١٩١٦، دبي - الإمارات العربية المتحدة					
	راسلنا عبر البريد الإلكتروني	Gulfifeclaims@metlife.com					
	الموقع الإلكتروني	www.metlife-gulf.com					

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