

يجب إكمال هذا البيان على هذه المذكرة على نحو قانوني وبصورة كاملة من قبل المؤمن عليه أو وصيه الفعيل أو اللجنة إذا كان مختلاً عقلياً إذا كان المؤمن عليه غير قادر على الرد على الأسئلة نتيجة لحالة بدنية، حينئذ يجوز للمستفيد أو أقرب الأقارب القيام بذلك.

اميركان لايف انشورنس كومباني (متلايف)

قطر، مبنى الجيدة سكوير، الطابق الثالث،

طريق المطار، صندوق بريد ٩١٣، مكتب ٣٠٤، هاتف +٩٧٩ ٤٤٤ ٥٠ ٤٤٤

فاكس +٩٧٩ ٤٤٤ ٥٠ ٤٤٤ الدوحة، قطر CustomerCare.QA@metlife.com

يرجى تعبئة كافة المعلومات ذات الصلة بشكل كامل ومقروء.

١. اسم المؤمن عليه بالكامل
٢. رقم الوثيقة والشهادة
٣. المهنة المهام اليومية
٤. (أ) تاريخ ميلاد المؤمن عليه (ب) محل الميلاد
٥. الطول الوزن
٦. الوصف الكامل لحالة المؤمن عليه في الوقت الحالي
٧. إلى أي مدى لا يستطيع المؤمن له متابعة أي مهنة / مهنة مماثلة؟
٨. اذكر تاريخ الإصابة / المرض أو بداية المرض المتسبب في الحالة الحالية
٩. متى اضطر المؤمن عليه للتخلي عن جزء من مهامه
١٠. متى اضطر المؤمن عليه للتخلي عن كافة مهامه؟ (أدرج التاريخ الدقيق)
١١. هل مارس المؤمن عليه أي نوع من الأعمال منذ بداية إعاقته؟ إذا كانت الإجابة بنعم، اذكر التفاصيل
١٢. متى يتوقع المؤمن عليه العودة للعمل؟
١٣. أدرج اسم وعنوان كل طبيب أو ممارس عام فحص المؤمن عليه أو كتب له وصفة طبية أثناء مرضه الحالي

ج. العنوان	ب. اسم الطبيب أو الممارس العام	أ. المدة					
		من	إلى	من	إلى	من	إلى
		٢٠		٢٠		٢٠	
		٢٠		٢٠		٢٠	
		٢٠		٢٠		٢٠	

١٤. أدرج أسماء الأمراض، الاصابات أو أي علامات قبل الإصابة بالمرض الحالي

د. عنوان الشركة	ج. اسم الطبيب أو الممارس العام	ب. المدة						أ. اسم المرض أو الاصابات
		من	إلى	من	إلى	من	إلى	
		٢٠		٢٠		٢٠		
		٢٠		٢٠		٢٠		
		٢٠		٢٠		٢٠		

١٥. هل أصيب أي من والدي المؤمن عليه أو إخوته أو أخواته أو أقاربه الآخرين بمرض مشابه؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، اذكر التفاصيل

١٦. هل تركه المؤمن عليه ممثلة من قبل قيم أو لجنة؟ (إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم صورة من التعيين) نعم لا

١٧. ما هي التعويضات التأمينية الأخرى التي تحصل عليها فيما يتعلق بالعجز الكلي، تأمين على الحياة أو تأمين حكومي أو تأمين صحي أو تأمين ضد الحوادث؟

ج. العنوان	ب. الاسم	أ. المدة

التفاصيل المصرفية للمستفيد / المدفوع لأمره مطلوبة 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 بالالتزامات تعاقدية كافية للمحافظة على وضمان 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 8033	800 70708	+965 2208 9333	800 6380433	الهاتف
رعاية العملاء - متلايف مبنى الجيدة سكوير، الطابق الثالث، طريق المطار، صندوق بريد 913، الدوحة، قطر	ص.ب. 913، الدوحة، قطر						البريد
	CustomerCare.QA@metlife.com						البريد الإلكتروني
	www.metlife-gulf.com/qatar						موقع الكتروني

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

أميريكان لايف إنشورانس كومباني مسجلة لدى وزارة الاقتصاد والتجارة في دولة قطر، رقم التسجيل ٤٩٠. أميريكان لايف إنشورانس كومباني، الاسم التجاري "متلايف" مرخصة من قبل مصرف قطر المركزي.