

إثبات نهائي بالخسارة Final Proof of Loss



American Life Insurance Company (MetLife)
Oman, P.O. Box 894, Postal Code 114, Jibroo, Sultanate of Oman
Tel. +968 2 478 7531 - Fax +968 2 470 0463, Gulfifeclaims@metlife.com

الشركة الأمريكية للتأمين على الحياة (متلايف)
عمان، صندوق بريد ٨٩٤، الرمز البريدي ١١٤، جبرو، سلطنة عمان
Gulfifeclaims@metlife.com، +٩٦٨ ٢ ٤٧٠ ٠٤٦٣ فاكس +٩٦٨ ٢ ٤٧٨ ٧٥٣١ هاتف

Note: This document is furnished to the Claimant without prejudice to or waiver of the rights or defense that the Company may have relative to any claim filed hereunder.

ملاحظة: يقدم هذا النموذج الى المطالب دون المساس بالحقوق التي يمكن أن تكون للشركة بصدر أي طلب مقدم ادناه ودون تنازل عن مثل هذه الحقوق.

1. What is Your full name?

١. ما هو إسمك الكامل؟

2. What is the number of your policy?

٢. رقم البوليصة؟

3. Where do you reside?

(Street, number, city, and country)

٣. أين تقيم؟
(الشارع، الرقم، المدينة، البلد)

4. What was your occupation at the time of this accident / sickness?

٤. ماذا كانت مهنتك عند وقوع الحادث؟

5. Give address of employer or of your place of business.

٥. أذكر عنوان رب العمل أو عنوان مكان عملك.

6. Give amount of your weekly salary or wages (if not employed on this basis, give average weekly earnings).

٦. أذكر قيمة معاشك أو راتبك الأسبوعي (إن لم تكن موظفاً على هذا الأساس فأذكر معدل دخلك الأسبوعي)

7. Give the date when the accident or sickness occurred for which this claim is made

٧. أذكر تاريخ وساعة وقوع الحادث المقدم من أجله هذا الطلب.

8. What actual bodily injuries did you sustain, caused wholly by accident? (for accidental cases).

٨. ماهي الإصابات الجسدية الحقيقية التي نتجت عن هذا الحادث فقط؟

9. State cause and circumstances of the accident. Tell briefly just how it happened. (for accidental cases).

٩. أذكر سبب وظروف الحادث، أذكر بإختصار كيف وقع.

10. Name and address of physician first consulted on account of injuries/sickness above described.

١٠. ماهو إسم وعنوان أول طبيب إستشترته بخصوص الإصابات الموصوفة أعلاه؟

11. How long were you totally disabled, solely by this injury/sickness, so that you could not attend to any part of the duties of your occupation.

١١. كم من الوقت تعطلت تعطيلاً كلياً من هذه الإصابات بحيث لم تتمكن من القيام بأي جزء من واجبات مهنتك؟

12. Are you entitled to any other benefits or compensation, from any source whatsoever? If so, name the companies or associations or other sources, and give amount of weekly benefit payable by each.

١٢. هل تستحق أي منافع أخرى أو تعويض آخر من أي مصدر مهما كان إذا كان ذلك أعط أسماء الشركات أو المؤسسات أو المصادر الأخرى، وأذكر مبلغ التعويض الأسبوعي المستحق من كل منهما.

توقيع المطالب

Signature of the Claimant

التوقيع
Signature

التاريخ
Date

Bank details of Beneficiary / Payee required for wire transfer**تفاصيل الحساب البنكي للمستفيد**

Beneficiary / Payee Name	<input type="text"/>	اسم المستفيد
Beneficiary / Payee Full Address	<input type="text"/>	عنوان المستفيد
Mobile No.	<input type="text"/>	الهاتف المتحرك
Bank Name	<input type="text"/>	اسم البنك
Bank Address	<input type="text"/>	عنوان البنك
Currency Account	<input type="text"/>	نوع العملة
Bank Account Holder Name	<input type="text"/>	اسم مالك الحساب
Bank Account No.	<input type="text"/>	رقم الحساب البنكي
Swift Code	<input type="text"/>	رقم سويفت كود
IBAN No.	<input type="text"/>	رقم الايبان

I, the undersigned, hereby confirm that all above information is correct and related to my Bank Account.

أقر أنا الموقع أدناه بأن جميع المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة وتتعلق بحسابي المصرفي.

Signature	<input type="text"/>	التوقيع
-----------	----------------------	---------

I hereby grant MetLife my unambiguous consent, to process, share and transfer my Personal Data* to a recipient inside or outside this country (including but not limited to MetLife Inc. and/or American Life Insurance Company's Headquarters and their branches, affiliates, reinsurers, business partners and/or to any actual or potential assignee, novatee or transferee of MetLife) where the processing, transferring or sharing of my Personal Data is requested by any of the above mentioned recipients or necessary or required for the performance of MetLife's obligation under this application and/or the insurance policy, or to comply with any obligation which MetLife is subject to.

عطي أنا بموجب هذا الإقرار شركة متلايف موافقتي الصريحة والواضحة لاستخدام ومشاركة ونقل بياناتي الشخصية* إلى متلقٍ داخل أو خارج هذه الدولة (ويشمل ذلك على سبيل المثال، لا الحصر، المقر الرئيسي لشركة متلايف و/أو المقر الرئيسي للشركة الأمريكية للتأمين على الحياة وفروعها والجهات التابعة لهما ومعيدي التأمين و الأشخاص أو الشركات المتعاملة معهما و/أو إلى أي معين له أو مسموح له أو محول له فعلي أو محتمل لدى متلايف) متى كان استخدام أو نقل أو مشاركة بياناتي الشخصية مطلوباً من قبل أي من المتلقين المذكورين أعلاه أو لازماً أو ضرورياً لتنفيذ التزامات متلايف بموجب هذا الطلب و/أو وثيقة التأمين، أو كان ضرورياً للامتثال لأي التزام تخضع له متلايف.

***Personal Data** means all information relating to me (whether marked "personal" or not) disclosed to MetLife by whatever means either directly or indirectly which concerns, including but not limited to, my medical conditions, treatments, prescriptions, business, operations, contact details, account balances/activities or any transactions undertaken with MetLife.

*يقصد بالبيانات الشخصية كافة المعلومات التي تتعلق بي (سواء كانت مؤشراً عليها على أنها معلومات "شخصية" أم لا) التي يتم الإفصاح عنها إلى متلايف بأية وسيلة كانت سواء بشكل مباشر أم غير مباشر، والتي تتعلق بـ على سبيل المثال لا الحصر، حالتني الطبية والعلاجات والوصفات الطبية والأعمال والعمليات وبيانات الاتصال وأرصدة الحساب/الأنشطة أو أية معاملات يتم تنفيذها مع متلايف.

Disclaimer content: I hereby confirm that the documentation submitted including this form are true and unaltered and I have all the original documents that can be presented upon request of the insurance company at any time during the process period of this claim and up to one year following the claim decision. I hereby confirm to process payment in my favor if and when MetLife approves and decides to accept the claim for payment and consider this document as Receipt & Discharge.

تصريح: اقر واعترف ان الوثائق المقدمة والمتضمنه هذا النموذج هي مستندات صحيحة وغير معدله ولدي كافة المستندات الاصلية والتي يمكن ابرازها عند الطلب في أي وقت اثناء معالجة المطالبه وخلال سنه من تاريخ اتخاذ القرار. ووافق على استلام المبلغ المطلوب عند موافقة شركة التأمين على سداد المطالبه ويعتبر هذا التصريح ابراءاً لشركة التأمين.

البلد Country	الإمارات العربية المتحدة UAE	الكويت Kuwait	عمان Oman	البحرين Bahrain	قطر Qatar	من أي دولة أخرى Any other Country
الهاتف Call us	٨٠٠ ٦٣٨٥٤٣٣ 800 - MetLife (800 - 6385433)	+٩٦٥ ٢ ٢٠٨ ٩٣٣٣ +965 2 208 9333	٨٠٠ ٧٠٧٠٨ 800 70708	٨٠٠ ٠٨٠٣٣ 800 08033	٨٠٠ ٩٧١١ 800 9711	+٩٧١ ٤ ٤١٥ ٤٥٥٥ +971 4 415 4555
البريد Mail us	صندوق بريد ٨٩٤، الرمز البريدي ١١٤ جبروه، سلطنة عمان P.O. Box 894, Postal Code 114, Jibroo - Sultanate of Oman					
البريد الإلكتروني E-mail us	Gulflifeclaims@metlife.com					
موقع الكتروني Website	www.metlife-gulf.com					

We are committed to providing you with the highest service standards.

If you feel that we have not lived up to these standards we would like to hear about it, so we can put it right for you. Please visit our "Feedback and complaints" page on www.metlife-gulf.com to see how you can get in touch and learn about our Complaints Handling Process.

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