



١. اسم مقدم الطلب/المستفيد

٢. علاقته بالمؤمن عليه تاريخ الميلاد           السن في آخر عيد ميلاد

٣. مدينة الميلاد  دولة الميلاد

٤. يرجى ذكر الجنسيات: (١)  (٢)  (٣)

محل الإقامة\*

(١)  (٢)  (٣)

\*محل الإقامة هو المكان حيث يجب تقديم عوائد ضريبة الدخل باعتبارك مقيماً في تلك الدولة.

٥. الوظيفة:

حالة العمل  موظف  صاحب عمل

الوظيفة/المسمى الوظيفي  المهام اليومية المحددة

اسم الشركة  طبيعة العمل

الهاتف  - رمز المنطقة  - رمز البلد  البريد الإلكتروني

٦. عنوان الإقامة الحالي:

الدولة  المدينة  ص. ب.

المنطقة/الشارع  البناية  شقة/فيلا رقم

الهاتف  - رمز المنطقة  - رمز البلد  النقال  - رمز المنطقة  - رمز البلد

٧. بأي صفة أو بأي حق تطالب بهذا التأمين؟

المستفيد حسب البوليصة

وصي قانوني (يرجى تقديم شهادة الوصاية القانونية من السلطات المختصة مع الحق في قبض العوائد وتقديم براءة ذمة سارية).

وريث/وريث قانوني (يرجى تقديم شهادة الورثة من السلطات المختصة والتي تنص على الورثة القانونيين للمتوفى مع اسم وعمر وحصه كل منهم).

أخرى (يرجى التحديد):

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

بموجبه يطالب الموقع على هذا أدناه بالتأمين المذكور ويقر بأن الإفادات الخطية والإفادات المشفوعة بقسم من جميع الأطباء الذين أشرفوا على علاج أو فحصوا المؤمن عليه تعتبر وتكون جزء لا يتجزأ من أدلة الوفاة، ويوافق كذلك على أن تقديم هذا النموذج أو أية نماذج أخرى تكميلية من الشركة المذكورة لن تعتبر في حال وجود أي تأمين ساري على حياة المذكور ولن تفسر على أنها تنازلاً عن أية من حقوقه أو دفاعاته.

س	س	عام	ش	ش	من	ي	ي	في هذا اليوم الموافق	الدولة	المدينة	أبرمت في
										المدعي/المستفيد	التوقيع
										x	

## التفويض

أوافق أنا،

اسم المطالب/المستفيد

على الإفصاح عن أي معلومات بخصوص [اسم المؤمن عليه] والذي توفي في [ي] [ي] [ش] [ش] [س] [س] [س] [س] إلى متلايف، بما في ذلك وكلاتها وشركاتها التابعة ومحاميتها وشركات إعادة التأمين وشركات دعم التأمين والمحقق المستقل الذي يعمل نيابة عنهم، والمعلومات المفرج عنها قد تشمل على سجلات الاستشارات الطبية والرعاية الطبية والعلاج الطبي الخاص بمرض الايدز أو ما يتعلق بذلك المرض، وتناول العقاقير والكحوليات، وتاريخ التدخين، والتغطية التأمينية الأخرى والتاريخ المالي والوظيفي، وهذه المعلومات قد يقدمها المتخصصين الطبيين أو المرافق الصحية أو الصيدليات أو المستشفيات أو مزودي قاعدة بيانات الوصفات الطبية والمكاتب الحكومية وأصحاب الأعمال وشركات التأمين أو أي مؤسسة أو شخص آخر يكون على علم بالمؤمن عليه سالف البيان، وعند طلب المعلومات من أي من المصادر السابقة الذكر، تكون نسخة من هذا النموذج كما هو الأصل، وأنا على علم بأن أية معلومات يتم الحصول عليها سوف تستخدم للحكم في أي مطالبة، وأفهم أن المطالبة لن يتم التعامل معها دون استيفاء هذا التفويض والتوقيع عليه، ويسري هذا التفويض من تاريخ التوقيع حتى تسوية المطالبة.

## الإقرارات

- أوافق على أن ترسل لي الشركة الإخطارات والإشعارات عن طريق خدمة الرسائل القصيرة على الهاتف الخليوي، كما ووافق على أن أتلقى هذه الرسائل القصيرة وأن الشركة لا تقدم أي ضمان بأن الرسائل القصيرة سيتم إرسالها دون انقطاع أو أنها ستكون خالية من الأخطاء وأن أي خطأ أو انقطاع لا يعتبر على الإطلاق سبباً لإنشاء أية مسؤولية على الشركة. وأتعهد بأنني لن أبشر بإقامة أي دعوى أو مطالبة ضد الشركة من جراء أي خطأ أو انقطاع للرسائل القصيرة لأي سبب من الأسباب من جراء استقبال/عدم استقبال الرسائل القصيرة.
- أخذت علماً بأن إصدار واستمرارية عقد التأمين الخاص بي يخضع للوائح والقواعد الواجبة التطبيق والنفاد على الشركة فيما يتعلق بالعقوبات الدولية وأوافق أنه لغرض الامتثال بالعقوبات المحلية والدولية بما في ذلك العقوبات الخاصة بمكتب مراقبة الأصول الأجنبية والأمم المتحدة، ويجوز للشركة وفق تقديرها الخاص اتخاذ أي إجراء تراه ملائماً فيما يتعلق بإصدار وتجميد أي عقوبة تتعلق ببوليصة التأمين الخاصة بي و/أو استمرار نفاذها.
- تحويل البيانات:** أنا منح متلايف موافقة صريحة لتحويل ومعالجة ومشاركة بياناتي الشخصية إلى 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 تؤكد 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:** أقر 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 المطالبة وخلال سنه من تاريخ اتخاذ القرار. ووافق على استلام المبلغ المطلوب عند موافقة شركة التأمين على سداد المطالبة ويعتبر هذا التصريح ابراءاً لشركة التأمين.

## قانون الامتثال الضريبي على الحسابات الأجنبية

يوافق المؤمن عليه/مالك البوليصة على قيام متلايف وموظفيها ووكلائها بالإفصاح عن أي معلومات سرية لـ:

- أي عضو مجموعة وممثلي "متلايف" في أي إقليم أو دولة كانت (معا مع متلايف "الأطراف المسموح لهم");
- أي أشخاص حسب ما يكون مطلوب بموجب أي قانون (بما يشمل على سبيل المثال لا الحصر قانون الامتثال الضريبي على الحسابات الأجنبية) أو جهة (بما يشمل على سبيل المثال لا الحصر، وكالة خدمة العوائد الداخلية الأمريكية) لدى نطاق السلطة على أي من الأطراف المسموح لهم،
- المستشارين المهنيين أو المؤمنين أو معيدي التأمين أو وسيط التأمين ومزودي الخدمة للأطراف المسموح لهم والذين يكونوا تحت واجب السرية للأطراف المسموح لهم،
- أي معين له أو مسموح له أو محول له فعلي أو محتمل فيما يتعلق بحقوق و/أو التزامات متلايف بموجب هذه بوليصة (أو أي وكيل أو مستشار لأي من ما سبق)، و

**المعلومات السرية:** تعني جميع المعلومات المتعلقة بالمؤمن عليه/مالك البوليصة (سواء حدد على أنه "سري" أم لم يحدد) والتي تم الإفصاح عنها بواسطة أي وسيلة سواء بشكل مباشر أو غير مباشر لمتلايف والتي تخص العمل التجاري أو عمليات أو عملاء المؤمن عليه/مالك البوليصة (بما يشمل على سبيل المثال لا الحصر بيانات الاتصال، رقم الهوية الضريبية/رقم الضمان الاجتماعي، أرصدة الحسابات/الأنشطة أو أي معاملات جارية مع متلايف).

سوف تقوم متلايف باستقطاع أي ضريبة مفروضة بموجب قانون الامتثال الضريبي على الحسابات الأجنبية ("FATCA").

تحتفظ متلايف بالحق في إنهاء البوليصة بإرادتها المنفردة اذا لم يقدم المؤمن عليه/مالك البوليصة المستندات المثبتة لوضعه وما اذا كان خاضع للضريبة في الولايات المتحدة الأمريكية لأغراض قانون الامتثال الضريبي على الحسابات الأجنبية (FATCA)، وذلك خلال المدة الممنوحة لذلك. وعلى وجه الخصوص، تحتفظ متلايف بالحق في فسخ البوليصة اذا ما كانت القوانين أو اللوائح المحلية تمنع الخصم الضريبي على المبالغ المستحقة بموجب البوليصة أو تمنع الإفصاح عن معلومات تتعلق بالبوليصة، ولم يتم الحصول على الموافقات اللازمة لاستثناء من أحكام التشريعات المحلية.

من خلال تقديم عنوان البريد الإلكتروني والتوقيع على هذا الطلب، فإنكم توافقون على تسليم مستندات البوليصة والشهادة و/أو أي مستندات أخرى (المستندات) من خلال البريد الإلكتروني (الإيميل)، ويرجى العلم بأنه عند اختيار التسليم الإلكتروني للمستندات، تتحملون مسؤولية التأكد على صحة عنوان البريد الإلكتروني المقدم إلينا في جميع الأوقات. ولن تتحمل متلايف أي مسؤولية عن عدم استلام الرسائل الإلكترونية بسبب خطأ عنوان البريد الإلكتروني أو المشكلات التقنية الأخرى المتعلقة بخدمة البريد الإلكتروني. وفي حالة الرغبة في تغيير عنوان البريد الإلكتروني لدى متلايف أو في حالة الحاجة إلى نسخة ورقية من المستندات أو في حالة الاعتقاد بعدم استلام المستندات، يرجى إشعارنا على الفور. وعند التوقيع على هذا الطلب، توافقون وتقررون بأنه في حالة الرغبة في وقف استلام المستندات إلكترونياً، يجب إبطلال هذا التفويض من خلال وثيقة خطية أخرى. وكذلك عند التوقيع على هذا الطلب، فإنكم تقررون بالإطلاع على وفهم سياسيات متلايف بخصوص السرية وشروط الاستخدام عبر الموقع الإلكتروني [www.metlife.com/about/privacy](http://www.metlife.com/about/privacy) والإطلاع على أية شروط استخدام أو بيان السرية لأي مزود خدمة مستقبلي تستخدمه متلايف، وأنكم تفهمون أنه على الرغم من اتخاذ متلايف جميع الاحتياطات لحماية سرية معلومات الأعضاء، فإنها لا تضمن سلامة أية معلومات، وتوافقون على تقديم عنوان البريد الإلكتروني حتى يدرج في قائمة بريد متلايف الإلكتروني وقبول أية مخاطر متزامنة مع ذلك ومرتبطة مع المراسلات عبر البريد الإلكتروني.

ي	ي	س	س	س	س	س	س	س	س	X	التوقيع	الاسم بالكامل/خط اليد
التاريخ											توقيع المستفيد	اسم المستفيد
ي	ي	س	س	س	س	س	س	س	س	X	التوقيع	الاسم بالكامل/خط اليد
التاريخ											توقيع الشاهد	اسم الشاهد

## للمساعدة

How to submit the form	من أي دولة أخرى	قطر	بحرين	عمان	كويت	الإمارات العربية المتحدة	البلد
يرجى إرسال الوثائق الأصلية إلى:	+٩٧١ ٤ ٤١٥ ٤٥٥٥	٨٠٠ ٩٧١١	٨٠٠ ٠٨٠٣٣	٨٠٠ ٧٠٧٠٨	+٩٦٥ ٢ ٢٠٨ ٩٣٣٣	٨٠٠ ٦٣٨٥٤٣٣	الهاتف
رعاية العملاء - متلايف	صندوق بريد ٨٩٤، الرمز البريدي ١١٤ جبروه، سلطنة عمان						البريد
جبروه، عمان، الرمز البريدي ١١٤، صندوق بريد ٨٩٤ سلطنة عمان	Gulfifeclaims@metlife.com						البريد الإلكتروني
	www.metlife-gulf.com/oman						موقع الكتروني

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