

يجب تعبئة هذا النموذج والتوقيع عليه من خلال كل مستفيد مخول بصورة مستقلة، ويجوز استخدام صورة هذا النموذج عند الحاجة.

تعليمات: تستخدم هذه الاستمارة لإعداد مطالبة لمريض داخلي أو خارجي.

لتجنب أي تأخيرات في استحقاق المطالبة، يُرجى التأكد مما يلي:

- أن كل المستندات الأصلية للمطالبة مقدمة باللغة الإنجليزية أو اللغة العربية. يجب ترجمة اللغات الأخرى بواسطة مترجم معتمد رسمياً قبل تقديمها.
- تقديم كافة المستندات الأصلية للمطالبة خلال ٣٠ يوماً من تاريخ تحمل هذه المصاريف. وفقاً لشروط وأحكام وثيقة التأمين الخاصة بكم، تحتفظ شركة متلايف بحقها في رفض المطالبات المقدمة بعد ٩٠ يوماً من تاريخ تحمّل المصاريف.

المتطلبات: (١) نموذج المطالبة الطبية / النقدية (في حالة عدم تقديم المطالبة عن طريق نظام الخدمات الإلكترونية myMetLife)

(٢) الجزء الخاص بالطبيب المعالج (إجباري)

(٣) المستندات الداعمة. يُرجى الرجوع إلى قائمة مراجعة المستندات بصفحة ٢

يملأ من قبل الموظف (*يرجى تعبئة جميع المعلومات). لا تحتاج إلى ملئها إذا قدمت المطالبة عن طريق myMetLife

تاريخ الميلاد	<input type="text"/>	إسم الموظف *
تاريخ الميلاد	<input type="text"/>	إسم المريض *
جنسية المريض *	<input type="text"/>	جنسية الموظف *
رقم هاتف الموظف *	<input type="text"/>	رقم البلد - رمز المدينة - رقم الهاتف
رقم البوليصه *	<input type="text"/>	رقم الشهادة الفردية * (المذكورة على بطاقتك الصحية)
البريد الإلكتروني للموظف *	<input type="text"/>	
العنوان *	<input type="text"/>	

طريقة السداد

<input type="checkbox"/> تحويل	<input type="checkbox"/> شيك	مجموع المبلغ المطالب به	العملة
--------------------------------	------------------------------	-------------------------	--------

'البيانات البنكية تملأ عن طريق myMetLife'

تصريح التحويل

- أقر بأن كل الأجوبة والوثائق المرفقة باستمارة المطالبة هي كاملة وحقيقية. وأفوض أي دكتور، مستشفى، جهاز طبي، شركة تأمين، مؤسسة أو شخص و الذي عنده عني أو عن أفراد عائلتي بإعطاء متلايف . الشركة الأمريكية للتأمين على الحياة . المعلومات الكاملة متضمنا نسخ سجلاتهم بالإشارة إلى مرضي أو أي علاج، فحص، نصيحة أو إستشفاء. و إن أي نسخة لهذا التصريح ستؤخذ كالنسخة الأصلية.

تنويه

- اني أقر أن الوثائق المقدمة إلكترونيا صحيحة وغير معدلة ولدي كل الوثائق الأصلية التي يمكن تقديمها بناء على طلب من شركة التأمين. أنا وأفق أيضا وبناء على تقدير من متلايف أن تتطلب هذه الوثائق في أي وقت خلال فترة سنة واحدة تحسب من تاريخ تقديم هذا المطالبة، و التي سوف أقدمها خلال فترة لا تتجاوز ٣٠ يوما من الطلب. في حالة عدم الامتثال , سترفض المطالبة. إذا تأكدت حالة الرفض، سوف أسدد أي مبلغ تدفعه متلايف لي أو لأي طرف له علاقة بهذه المطالبة.
- تحويل البيانات: أنا امنح 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 و لضمان 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 حالياً سوريا وإيران وكوريا الشمالية وكوبا والسودان وشبه جزيرة القرم.

تاريخ	<input type="text"/>	إمضاء الموظف
-------	----------------------	--------------

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 ٢٢٠٨ ٩٣٣٣	٨٠٠ ٦٣٨٥٤٣٣	الهاتف
رعاية العملاء - متلايف مبنى عبد الجليل عبد الغني، الطابق الرابع، طريق المطار، صندوق بريد ٩١٣، الدوحة، قطر	ص.ب. ٩١٣، الدوحة، قطر						البريد
	Gulflifeclaims@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 نتتمكن من ملائمتها. يرجى زيارة صفحة «الملاحظات والشكاوى» للاطلاع على معلومات التواصل والاطلاع على إجراءات معالجة الشكاوى لدينا www.metlife-gulf.com/qatar

أميركان لايف إنشورنس كومباني مسجلة لدى وزارة الاقتصاد والتجارة في دولة قطر، رقم التسجيل ٤٩٠. أميركان لايف إنشورنس كومباني، الاسم التجاري «متلايف» مرخصة من قبل مصرف قطر المركزي.

