تعويضات العجز الكلي

تقرير المطالب

الشركة الأمريكية للتأمين على الحياة
ويلمنغتون، ديلاوير، الولايات المتحدة الأمريكية تأسست عام ١٩٢١
المكتب الإداري:
ص.ب. ٣٧١٩١٦ دبي – الإمارات العربية المتحدة
تليفون ٤٥٥٥ ٤١٥ ٤ ٩٧١+ فاكس ٤٤٤٥ ٤١٥ ٦ ٩٧١+

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

يرجى إكمال كافة المعلومات ذات الصلة بصورة كاملة وقانونية.

١- اسم المؤمن عليه بالكامل

٢- المهنة — المهام اليومية

٣- (أ) تاريخ ميلاد المؤمن عليه ي ي ش ش س س س س — (ب) محل الميلاد

٤- الطول — الوزن

٥- الوصف الكامل لحالة المؤمن عليه في الوقت الحالي

٦- إلى أي مدى لا يمكن للمؤمن عليه مزاولة أية مهنة؟

٧- تاريخ الإصابة أو بداية المرض الذي تسبب في الحالة الصحية الراهنة ي ي ش ش س س س س

٨- متى اضطُر المؤمن عليه للتخلي عن جزء من مهامه. ي ي ش ش س س س س

٩- متى اضطُر المؤمن عليه للتخلي عن كافة مهامه؟ أدرِج التاريخ الدقيق ي ي ش ش س س س س

١٠- كيف يقضي المؤمن عليه أوقاته؟

١١- هل مارس المؤمن عليه أي نوع من الأعمال منذ بداية إعاقته؟ إذا كانت الإجابة بنعم، اذكر التفاصيل.

١٢- متى يُتوقع المؤمن عليه العودة للعمل؟ ي ي ش ش س س س س

١٣- أدرج اسم وعنوان كل طبيب أو ممارس عام فحص المؤمن عليه أو كتب له وصفة طبية أثناء مرضه الحالي.

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

١٤- أدرج اسماء الامراض، الاصابات أو أي علامات قبل الإصابة بالمرض الحالي

أ- اسم المرض أو الاصابات	ب- المدة	ج- اسم الطبيب أو الممارس العام	د- عنوان الشركة
	من ٢٠ إلى ٢٠		
	من ٢٠ إلى ٢٠		
	من ٢٠ إلى 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 تركة المؤمن عليه ممثلة من قبل قيم أو لجنة؟ (إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم صورة من التعيين) ..... ☐ ☐

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؟

أ- المدة	ب- الاسم	ج- العنوان

أخول بموجبه أي مستشفى أو طبيب أو أي شخص آخر باشر حالتي، أو أي صاحب عمل أن يزود متلايف أو ممثليها بأية معلومات بخصوص مرضي أو إصابتي أو تاريخي الطبي أو وصفات استشارتي أو علاجي، ونسخ من كافة سجلات المستشفى أو السجلات الطبية ونسخ من كافة سجلات أصحاب الأعمال. كما أوافق على أن تعتبر النسخة من هذا التفويض سارية ونافذة مثلها مثل الأصل.

أمنح بموجب هذا المستند للشركة الأمريكية للتأمين على الحياة موافقة صريحة لتحويل بياناتي الشخصية * ومشاركتها ونقلها إلى أي متلقٍ خارج الدولة (أي مقر الشركة بالولايات المتحدة الأمريكية و/أو الفروع والجهات التابعة الأخرى لمجموعة شركة التأمين) متى كان نقل البيانات أو مشاركتها لازمًا لتنفيذ العقد او للامتثال لأي التزام قانوني تخضع له الشركة والقيام عند الضرورة بنقل أو مشاركة أي معلومة لدى الجهات التنظيمية وجهات تنفيذ القانون لأداء مهامها ذات الصلة بالعقوبات الدولية وغيرها من اللوائح المعمول بها الخاصة بالشركة.

* 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، حالتي الطبية والعلاجات والوصفات الطبية والأعمال والعمليات وبيانات الاتصال وأرصدة الحساب/ الأنشطة أو أية معاملات يتم تنفيذها مع متلايف.» إسم المؤمن عليه

الشركة الأمريكية للتأمين على الحياة (متلايف) مرخصه ومنظمه من قبل مصرف البحرين المركزي كشركة تأمين (فرع مرخص لشركة أجنبية – أعمال التأمين التجاري)، رأس المال المسجل٤٠،٠٠٠،٠٠٠ دولار أمريكي.

الاسم الكامل للمؤمن عليه — يوم — توقيع المؤمن عليه X

التاريخ ي ي ش ش س س س س — محل الإقامة

اسم كاتب العدل — الدولة

البلد	الإمارات العربية المتحدة	كويت	عمان	بحرين	قطر	أي بلد آخر
الهاتف	٨٠٠ ٦٣٨٥٤٣٣	٤٢٧٧ ٢ ٢٤٧ ٩٦٥+	٨٠٠ ٧٠٧٠٨	٨٠٠ ٠٨٠٣٣	٨٠٠ ٩٧١١	٤٥٥٥ ٤١٥ ٤ ٩٧١+
البريد	ص.ب ٣٧١٩١٦- دبي- الإمارات العربية المتحدة					
البريد الإلكتروني	customerservices.gulf@metlife.ae					

MET/GCD/PTD-CS-APP-A/12-14
© MetLife