

إثبات نهائي بالخسارة Final Proof of Loss



Gulf Operations

P.O. Box 371916, Dubai, UAE - Tel. 04 415 4555, Fax 04 415 4445

المكتب الإداري

ص.ب. ٣٧١٩١٦ دبي، إ.ع.م. - تليفون ٤٥٥٥ ٤١٥ ٠٤، فاكس ٤٤٤٥ ٤١٥ ٠٤

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 بصدور أي طلب مقدم ادناه ودون تنازل عن مثل هذه الحقوق.

1. What is Your full name?	<input type="text"/>	١. ما هو إسمك الكامل؟
2. What is the number of your policy?	<input type="text"/>	٢. رقم البوليصة؟
3. Where do you reside? (Street, number, city, and country)	<input type="text"/>	٣. أين تقيم؟ (الشارع، الرقم، المدينة، البلد)
4. What was your occupation at the time of this accident / sickness?	<input type="text"/>	٤. ماذا كانت مهنتك عند وقوع الحادث؟
5. Give address of employer or of your place of business.	<input type="text"/>	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).	<input type="text"/>	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	<input type="text"/>	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).	<input type="text"/>	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).	<input type="text"/>	٩. أذكر سبب وظروف الحادث، أذكر بإختصار كيف وقع.
10. Name and address of physician first consulted on account of injuries/sickness above described.	<input type="text"/>	١٠. ماهو إسم وعنوان أول طبيب إستشرته 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.	<input type="text"/>	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.	<input type="text"/>	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.

"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.

*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."

"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 والأشخاص أو الشركات المتعاملة معهما و/أو إلى أي معين له أو مسموح له أو محول له فعلياً 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.

*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."

Date

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

التاريخ

Signature of Claimant

توقيع المطالب

Signature of Witness

توقيع الشاهد