

Dismemberment Claim Report

CL-20 Partial Disability Form



By furnishing this blank the Company makes no admission of liability or waiver of its rights.
To be completed by injured person (if infant, by parent or guardian) and returned within 15 days.

American Life Insurance Company (MetLife)
P.O. Box 371916 Dubai, United Arab Emirates
T. +971 4 415 4444, F. +971 4 415 4445, Gulfifeclaims@metlife.com

▶ Please provide all relevant information completely and legibly.

Claimant's statement

1) Full name of Insured Date of birth

Current address Policy no.

2) (a) Give full description of injury and tell where, how and when did it happen?

(b) Give full description of injury/sickness and tell where, how and when did it happen?

3) Hospitals (Give complete names, addresses, and dates of confinement)

Name Address From To

Name Address From To

4) (a) Give names and addresses of all physicians who have treated you for this injury

Name Address

(b) Give name and address of usual family physician

Name Address

5) What other accident, sickness or disability insurance do you carry? (Name companies, societies, etc., and describe benefits).

Name Address

Benefits

6) What other medical or surgical treatment has been received during the past five years? (Give dates, nature of illnesses, or injuries and names and addresses of attending physicians and names and addresses of clinics or hospitals where treated)

Approved by:

Attending physician M.D.

Sign your full name Dated

Physician's statement on other side

Bank details of Beneficiary / Payee required for wire transfer

Beneficiary / Payee Name

Beneficiary / Payee Full Address

Mobile No. - - E-mail

Bank Name Currency Account

Bank Address

Bank Account Holder Name

Bank Account No. Swift Code

IBAN No.

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

Signature

Authorization

I hereby authorize all doctors or other persons and all hospitals or other institutions to furnish all information (including full copies of their records) regarding myself, my medical history in general and this claim in particular to American Life Insurance Company (MetLife). I agree that a copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

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.

Declaration

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.

Moreover, I hereby confirm that the funds MetLife is paying will not be transferred, either directly or indirectly, to an OFAC-sanctioned country. These countries currently include Syria, Iran, North Korea, Cuba, Sudan and Crimea.

Need help?

How to contact us							How to submit the form
Country	UAE	Kuwait	Oman	Bahrain	Qatar	Any other Country	
Call us	800 - MetLife (800 - 6385433)	+965 2 208 9333	800 70708	800 08033	800 9711	+971 4 415 4555	Please send original documents to: Customer Care - MetLife P.O. Box 371916 Dubai – U.A.E.
Mail us	P.O. Box 371916, Dubai – U.A.E.						
E-mail us	Gulfifeclaims@metlife.com						
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.

Attending Physician's Statement

Patient's name Age

1. **Nature of injury** (Describe complications if any)

2. **When did symptoms first appear or accident happen?** Date

3. **When did patient first consult you for this condition?** Date

4. (a) **Has the patient ever had the same or similar condition?** Yes No

(b) **If 'ye's, state when and describe**

5. (a) **Is dismemberment or loss of sight due solely to injuries sustained in the accident?** Yes No

(b) **If 'no', describe any disease or infirmity affecting injury**

6. **Dismemberment**

Describe actual place of severance

7. **Loss of sight**

(a) **Is loss of sight entire and irrecoverable?** Yes No (b) **If 'yes', give exact date it occurred**

(c) **If 'no', is it anticipated?** Yes No (d) **When?** Approximate date

8. (a) **Is a corneal transplant or other surgery or treatment contemplated to recover all or any part of this loss of sight?** Yes No

(b) **If 'ye's, state when and explain fully**

9. (a) **Status of vision prior to injury** Right eye / Left Eye /

(b) **Present status of vision. (If none, state none)** Right eye / Left Eye /

(c) **Describe any disease of infirmity affecting sight prior to injury**

10. (a) **Nature of surgical procedure, if any (describe fully)**

(b) **Date performed**

(c) **Where was it performed?**

(d) **If in hospital** In patient Out patient

11. **Give dates of treatment.** Office Home

Hospital

12. (a) **Is the patient still under your care for this condition?** Yes No (b) **If discharged, give date**

13. **If the patient was hospitalized, give names and addresses of hospitals and dates of confinement**

Hospital	Address	From	To

14. **Give names and addresses of all other attending physicians**

Name	Address

15. **In condition due to injury arising out of the patient's employment?** Yes No

Signature (attending physician) Date

Telephone Include country and area code Street Street address

City/Town State/Province Zip code

Claimant's statement on other side

لن تتحمل الشركة في حال تقديم هذه النموذج خالياً من الكتابة أي مسؤولية أو تتنازل عن حقوقها، ويجب تعبئة النموذج من قبل الشخص المصاب (إذا كان قاصراً، يتم ذلك من قبل الوالدين أو الوصي) ثم تعاد خلال ١٥ يوماً.

يرجى تعبئة كافة المعلومات ذات الصلة بشكل كامل ومقروء.

تصريح المدعي

(١) الإسم الكامل للمؤمن عليه تاريخ الميلاد

العنوان الحالي رقم البوليصه

(٢) (أ) قدم وصفا كاملا عن الإصابة مع بيان أين، كيف و متى حصلت؟

(ب) قدم وصفا لأي مرض أو الإصابة المسببة للعجز

(٣) المستشفيات (اكتب الاسم الكامل،العناوين، وتواريخ العلاج)

الاسم العنوان من إلى

الاسم العنوان من إلى

(٤) (أ) اكتب أسماء كافة الأطباء الذين قدموا لك العلاج بسبب هذه الإصابة

الاسم العنوان

(ب) اكتب اسم وعنوان طبيب العائلة المعتاد

الاسم العنوان

(٥) ما هو تأمين ضد الحوادث، الأمراض أو الإعاقة الآخر الذي قمت به؟ (اسم الشركة، الجمعيات، .. الخ، مع تقديم وصف بالميزات).

الاسم العنوان

الميزات

(٦) ما هو العلاج الطبي أو الجراحي الذي تلقيته خلال فترة الخمس سنوات الماضية؟ (اكتب التواريخ، طبيعة الأمراض، أو الإصابات وأسماء وعناوين الأطباء القائمين على العلاج

وأسماء وعناوين العيادات والمستشفيات حيث تلقيت العلاج)

الطبيب المشرف على العلاج

تمت الموافقة عليه من قبل

الطبيب المعالج

التوقيع باسمك الكامل التاريخ

التفاصيل المصرفية للمستفيد / المدفوع لأمره المطلوبة 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

تفويض

أفوض جميع الأطباء أو الأشخاص الآخرين وجميع المستشفيات أو المؤسسات الأخرى بتقديم جميع المعلومات (بما في ذلك النسخ الكاملة لسجلاتهم) المتعلقة بي وتاريخي الطبي بشكل عام وهذا الادعاء على وجه الخصوص لشركة اميركان لايف انشورانس (متلايف). أوافق على اعتبار نسخة من هذا التفويض فعالة وصالحة كأصل.

بموجب هذا أُمّنح متلايف موافقتي الواضحة على معالجة ومشاركة ونقل بياناتي الشخصية* إلى مستلم داخل أو خارج هذا البلد (بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر متلايف. و/أو المقر الرئيسي لشركة اميركان لايف انشورانس وفروعها والشركات التابعة لها وشركات إعادة التأمين وشركاء الأعمال و/أو أي متنازل فعلي أو محتمل، المبتدئ أو المنقول إليه من متلايف) حيث يتم طلب معالجة أو نقل أو مشاركة بياناتي الشخصية من قبل أي من المستلمين المذكورين أعلاه أو ضروري أو مطلوب لأداء التزام متلايف بموجب هذا التطبيق و/أو بوليصة التأمين، أو للاحتفال لأي التزام يخضع له متلايف.

*البيانات الشخصية تعني جميع المعلومات المتعلقة بي (سواء تم وضع علامة "شخصية" عليها أم لا) التي تم الكشف عنها لـ متلايف بأي وسيلة سواء بشكل مباشر أو غير مباشر والتي تتعلق، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، الحالات الطبية والعلاجات والوصفات الطبية والأعمال والعمليات والاتصال التفصيل، أرصدة الحسابات / الأنشطة أو أي معاملات تمت مع متلايف.

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 حاليًا سوريا وإيران وكوريا الشمالية وكوبا والسودان وشبه جزيرة القرم.

للمساعدة

البلد	الإمارات العربية المتحدة	كويت	عمان	بحرين	قطر	من أي دولة أخرى
الهاتف	٨٠٠ ٦٣٨٥٤٣٣	+٩٦٥ ٢٢٠٨ ٩٣٣٣	٨٠٠ ٧٠٧٠٨	٨٠٠ ٠٨٠٣٣	٨٠٠ ٩٧١١	+٩٧١ ٤ ٤١٥ ٤٥٥٥
البريد	ص.ب. ٣٧١٩١٦ - دبي - الإمارات العربية المتحدة					
البريد الإلكتروني	Gulfifeclaims@metlife.com					
موقع الكتروني	www.metlife-gulf.com					

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

أميركان لايف إنشورنس كومباني - مسجلة طبقاً للقانون الإتحادي رقم (٦) لسنة ٢٠٠٧ م الإمارات العربية المتحدة - رقم التسجيل ٣٤ لدى هيئة التأمين و مرخصة من دائرة التنمية الاقتصادية - رقم الترخيص ٦١٣١٣٦

اسم المريض العمر

١. طبيعة الإصابة (قدم وصفا للمضاعفات إن وجدت)

٢. متى ظهرت الأعراض لأول مرة أو متى حصل الحادث؟ التاريخ

٣. متى استشارك المريض للمرة الأولى بخصوص هذه الحالة؟ التاريخ

٤. (أ) هل حدث وأن عانى المريض من نفس الحالة أو من حالة مماثلة؟ نعم لا

(ب) إذا كان الجواب نعم، اذكر متى كان ذلك مع التفاصيل

٥. (أ) هل كان يتر أحد الأطراف أو فقدان البصر هو فقط ما نجم عن الحادث؟ نعم لا

(ب) إذا كان الجواب لا، قدم وصفا لأي مرض أو عجز ناجم عن الإصابة

٦. يتر الأطراف

قدم وصفا دقيقا لمكان البتر الفعلي

٧. فقدان البصر

(أ) هل حدث فقدان البصر بشكل كامل ولا يمكن شفاؤه؟ نعم لا

(ب) إذا كان الجواب بنعم، اكتب التاريخ الدقيق لحدوث ذلك

(ج) إذا كان الجواب لا، فهل هناك أمل بالشفاء نعم لا

(د) متى ذلك؟ التاريخ بشكل تقريبي

٨. (أ) هل هناك أمل باستعادة البصر كلياً أو جزئياً من خلال إجراء زراعة قرنية أو أي عمل جراحي آخر؟ نعم لا

(ب) إذا كان الجواب نعم، اذكر متى مع تقديم شرح مفصل وكامل

٩. (أ) حالة الرؤية قبل الإصابة العين اليمنى / العين اليسرى /

(ب) حالة الرؤية حالياً (إن كانت معدومة اكتب لاشيء) العين اليمنى / العين اليسرى /

(ج) قدم وصفا لأي مرض أو عجز في الرؤية قبل الإصابة

١٠. (أ) طبيعة الإجراء الجراحي، إن وجد (قدم وصفا كاملاً)

(ب) تاريخ الإجراء

(ج) أين تم تنفيذ ذلك الإجراء؟

(د) إذا تم ذلك بالمستشفى مريض عيادات خارجية

١١. اكتب تواريخ المعالجة المكتب المنزل المستشفى

١٢. (أ) هل ما يزال المريض تحت رعايتك بسبب هذه الحالة؟ نعم لا (ب) إذا انتهى من ذلك اكتب التاريخ

١٣. إذا كان المريض قد تلقى الرعاية داخل المستشفى، اكتب أسماء وعناوين المستشفيات وتواريخ العلاج

المستشفى	العنوان	من	إلى

١٤. اكتب أسماء وعناوين كافة الأطباء المشرفين على العلاج

العنوان	الاسم

١٥. هل الوضع الحالي ناجم عن إصابة عمل؟ نعم لا

توقيع (الطبيب المشرف) التاريخ

الهاتف الشارع عنوان الشارع

المدينة/البلدة الدولة/المقاطعة الرمز البريدي

تصريح المطالب على الوجه الآخر