

يجب أن تملأ هذه الإفادة من قبل رب العمل أو وكيله المفوض تفويضاً صحيحاً، كالمراقب أو مأمور صرف الرواتب أو إلخ. ويجب الا تملأ من قبل موظف عادي أو كاتب حسابات أو ملاحظ العمال ما لم يتمتعوا بإذن خاص، ولا من قبل أي وكيل لأميركان لايف إنشورنس كومباني.

(١) الإسم الكامل للمؤمن له

(٢) الإسم وعنوان العمل لمستخدم المؤمن له

(٣) متى إضطر المؤمن له أن يتخلى عن واجبات عمله؟ (إعط التاريخ بالضبط)

(٤) متى عاد المؤمن له إلى عمله؟

(٥) هل كانت الإصابة اللاحقة بالمؤمن له السبب الوحيد لتغييره عن العمل كامل المدة المذكورة أعلاه؟ إذا كان لا، أعط تفاصيل.

وظيفة الموقع

الشاهد

الختم والتوقيع

التاريخ

رمز

اتصل بنا

راسلنا عبر البريد الإلكتروني

الموقع الإلكتروني

كيفية تقديم النموذج

كيفية الاتصال بنا

يرجى إرسال الوثائق الأصلية إلى:

رعاية العملاء - متلايف
مكتب رقم ٣١، مبنى رقم ٨٠٤٥٢،
طريق رقم ١٠١٠ سنابس ٤١٠
صندوق بريد ٢٠٢٨١، المنامة ٣١٩، مملكة البحرين

صندوق بريد ٢٠٢٨١، المنامة ٣١٩، مملكة البحرين

Gulfifclaims@metlife.com

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 تتمكن من ملائمتها. يرجى زيارة صفحة "الملاحظات والشكاوى" للاطلاع على معلومات التواصل والاطلاع على إجراءات معالجة الشكاوى لدينا www.metlife.bh

الشركة الأمريكية للتأمين على الحياة - مسجلة لدى وزارة التجارة والصناعة - الكويت
رقم التسجيل ٧٢٤٥

اميركان لايف انشورنس كومباني هي شركة تابعة لمتلايف انك

CLM-ABC-ES-ARB-KWT-0720-H