

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.

للمساعدة

رمز	الإمارات	الكويت	عمان	البحرين	قطر	أي دولة أخرى
اتصل بنا	متلايف - ٨٠٠ (٦٣٨٥٤٣٣ - ٨٠٠)	+٩٦٥ ٢ ٢٠٨ ٩٣٣٣٩	٨٠٠ ٧٠٧٠٨	٨٠٠ ٠٨٠٣٣	٨٠٠ ٩٧١١	+٩٧١ ٤ ١٤٥ ٤٥٥٥
راسلنا عبر البريد	صندوق بريد ٢٠٢٨١، المنامة ٣١٩، مملكة البحرين					
راسلنا عبر البريد الإلكتروني	Gulfifileclaims@metlife.com					
الموقع الإلكتروني	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