



MetLife

نموذج مطالبة الوفاة

إقرار المطالب

يجب تبعنة هذا النموذج والتوقع عليه من خلال كل مستفيد مخول بصورة مستقلة، ويجوز استخدام صورة هذا النموذج عند الحاجة.

أ. بيانات المؤمن عليه

١، اسم المتوفى بالكامل

العملة	مبلغ التغطية	رقم عقد التأمين
		١
		٢
		٣

يجب تقديم جميع العقود سالفة البيان مع المطالبة إلا في حالة تقديم المطالبة بموجب مزايا التنازل والقسط التأميني.

٢. تاريخ الوفاة _____ محل الإقامة: _____ مكان الوفاة: _____ المستشفى/العيادة _____ مكان العمل _____

آخر: يرجى التحديد

٣. سبب الوفاة

٤. تاريخ بداية الحالة المرضية المؤدية لوفاة

٥. الوظيفة في تاريخ الوفاة

٦. اسم صاحب العمل

٧. عنوان صاحب العمل بالكامل

٨. رقم الهاتف - رمز المنطقة - رمز المدينة - البريد الإلكتروني

⁸ ملحوظة على المقدمة في كتاب العبراني، طبع في بيروت، 1980.

١٠. متى استشار المتوفى، الطبيب بخصوص مرضه (التاريخ)

١١. تاريخ حضور المتوفى للمرة الأخيرة إلى العمل الاعتيادي (آخر تاريخ عمل)

١٢. هل كان المؤمن عليه مدخناً: لا نعم

لو كانت الإجابة “نعم”，كم عدد السجائر التي اعتاد تداولها كل يوم ومنذ متى؟

١٣. أسماء وعناوين جميع الأطباء الذين فحصوا المؤمن عليه خلال مرضه الأخير وخلال خمس سنوات قيل ذلك

الحالة أو المرض	تاريخ الزيارة	العنوان	الاسم بالكامل

١٤. في أية شركات أخرى ويأتي مبالغ تم التأمين على حياة المؤمن عليه:

الشركة/الشركات	رقم عقد التأمين	تاريخ عقد التأمين	مبلغ التغطية

١. اسم مقدم الطلب/المستفيد

السن في آخر عيد ميلاد

س س س س ش ي

تاريخ الميلاد

دولة الميلاد

٢. علاقته بالمؤمن عليه

٣. مدينة الميلاد

(٣)

(٢)

(١)

٤. يرجى ذكر الجنسيات: (١)

محل الإقامة*

(١)

(٢)

(٣)

* محل الإقامة هو المكان حيث يجب تقديم عوائد ضريبة الدخل باعتبارك مقيماً في تلك الدولة.

٥. الوظيفة:

صاحب عمل

حالة العمل

المهام اليومية المحددة

الوظيفة/المسمى الوظيفي

طبيعة العمل

اسم الشركة

البريد الإلكتروني

-

رمز البلد

-

رمز المنطقة

الهاتف

٦. عنوان الإقامة الحالي:

ص. ب.

المدينة

الدولة

شقة/فيلا رقم

البنية

المنطقة/الشارع

-

رمز البلد

-

رمز المنطقة

-

رمز البلد

-

رمز المنطقة

الهاتف

٧. بأي صفة أو بأي حق تطالب بهذا التأمين؟

 المستفيد حسب البوليصة

وصي قانوني (يرجى تقديم شهادة الوصاية القانونية من السلطات المختصة مع الحق في قبض العوائد وتقديم براءة ذمة سارية).

وريث/وريث قانوني (يرجى تقديم شهادة الوراثة من السلطات المختصة والتي تنص على الورثة القانونيين للمتوفى مع اسم وعمر وحصة كل منهم).

آخر (يرجى التحديد):

التفاصيل المصرفية للمستفيد / المدفوع لأمره مطلوبة للتحويل البنكي

التفاصيل المصرفية للمستفيد / المدفوع لأمره

العنوان الكامل للمستفيد / المدفوع لأمره

البريد الإلكتروني

-

رمز المنطقة

-

الجوال

العملة

اسم البنك

عنوان البنك

اسم صاحب الحساب البنكي

رمز التحويل الدولي

رقم الحساب البنكي

IBAN No

أنا، الموقع أدناه، أؤكد بموجبه أن جميع المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة ومتعلقة بحسابي المصرفي.

التواقيع

بموجبه يطالب الموقع على هذا أدناه بالتأمين المذكور ويقر بأن الإفادات الخطية والإفادات المشفوعة بقسم من جميع الأطباء الذين أشرفوا على علاج أو فحصوا المؤمن عليه تعتبر و تكون جزء لا يتجزأ من أدلة الوفاة، ويوافق كذلك على أن تقديم هذا النموذج أو أية نماذج أخرى تكميلية من الشركة المذكورة لن تعتبر في حال وجود أي تأمين ساري على حياة المذكور ولن تفسر على أنها تنازلًا عن أية من حقوقه أو دفاعاته.

س	س	ش	ش	ي	ي	من	ش	لعام	في هذا اليوم الموافق	الدولة	المدينة	أبرمت في
										X	المدعي/المستفيد	التوقيع

التفويض

أوافق أنا،	اسم المطالِب/المُسْتَفِيد
------------	---------------------------

على الإفصاح عن أي معلومات بخصوص اسم المؤمن عليه والذي توفي في إلى متلايف، بما في ذلك وكلها وشركاتها التابعة ومحاميها وشركات دعم التأمين والمحقق المستقل الذي يعمل نيابة عنهم، والمعلومات المفروغ عنها قد تشتمل على سجلات الاستشارات الطبية والرعاية الطبية والعلاج الطبي الخاص بمعرض الإيدز أو ما يتعلق بذلك المرض، وتناول العقاقير والكموليات وتاريخ التدخين، والتغطية التأمينية الأخرى والتاريخ المالي والوظيفي، وهذه المعلومات قد يقدمها المتخصصين الطبيين أو المرافق الصحية أو الصيدليات أو المستشفى أو مزودي قاعدة بيانات الوصفات الطبية والمكاتب الحكومية وأصحاب الأعمال وشركات التأمين أو أي مؤسسة أو شخص آخر يكون على علم بالمؤمن عليه سالف البيان، وعند طلب المعلومات من أي من المصادر السابقة الذكر، تكون نسخة من هذا النموذج كما هو الأصل، وأنا على علم بأن أية معلومات يتم الحصول عليها سوف تستخدم للحكم في أي مطالبة، وأفهم أن المطالبة لن يتم التعامل معها دون استيفاء هذا التفويض والتلوقيع عليه، ويسري هذا التفويض من تاريخ التوقيع حتى تسوية المطالبة.

الإقرارات

أ. أوافق على أن ترسل لي الشركة الإخطارات والإشعارات عن طريق خدمة الرسائل القصيرة على الهاتف الخليوي، كما وأوافق على أن أتلقي هذه الرسائل القصيرة وأن الشركة لا تقدم أي ضمان بأن الرسائل القصيرة سيتم إرسالها دون انقطاع أو أنها ستكون خالية من الأخطاء وأن أي خطأ أو انقطاع لا يعتبر على الإطلاق سبباً لإنشاء أية مسؤولية على الشركة.
وأتعهد بأنني لن أباشر بإقامة أي دعوى أو مطالبة ضد الشركة من جراء أي خطأ أو انقطاع للرسائل القصيرة لأي سبب من الأسباب من جراء استقبال/عدم استقبال الرسائل القصيرة.
ب. اخذت علماً بأن إصدار واستمرارية عقد التأمين الخاص بي يخضع للوائح والقواعد الواجب التطبيق والنفذ على الشركة فيما يتعلق بالعقوبات الدولية وأوافق أنه لغرض الامتثال بالعقوبات المحلية والدولية بما في ذلك العقوبات الخاصة بمكتب مراقبة الأصول الأجنبية والأمم المتحدة، ويجوز للشركة وفق تقادها الخاص اتخاذ أي إجراء تراه ملائماً فيما يتعلق بإصدار وتجميد أي عقوبة تتعلق ببوليصة التأمين الخاصة بي و/أو استئنار نفاذها.

ج. تحويل البيانات: أنا منح متلايف موافقة صريحة لتحويل ومعالجة ومشاركة بياناتي الشخصية إلى أي متلايف سواه كان داخل أم خارج الدولة، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر مقر شركة متلايف في الولايات المتحدة الأمريكية، فروع الشركة، الشركات الشقيقة، شركات إعادة التأمين، شركات في الأعمال، المستشارين، وسطاء التأمين وأو مزودي الخدمات عندما تعتقد بأن نقل أو مشاركة هذه البيانات الشخصية لازم لـ (أ) تنفيذ الالتزام بموجب وثيقة التأمين، (ب) المساعدة في تطوير المنتجات والأعمال، (ج) تحسين تجربة العملاء لدى الشركة ، (د) للالتزام بالقوانين والأنظمة المطبقة (هـ) للالتزام بتنفيذ القوانين الأخرى لدى جهات تنفيذ القانون ذات الصلة بالعقوبات الدولية والأنظمة الأخرى المطبقة بالنسبة للشركة. متلايف تأكيد تزامها تجاه المتلايف بالتزاماتها تعاقدية كافية للمحافظة على ولضمان سرية بياناتك الشخصية، كذلك فإننا نؤكد تزامنا بجميع القوانين المطبقة والمتعلقة بهذا التحويل والمعالجة والمشاركة ببياناتك الشخصية.

لغایات التوضیح، تعنی ببياناتك الشخصية أي ببيانات/معلومات متعلقة بك و/أو عائلتك والتي قد تحتوي على أي معلومات صحیة، معلومات تدل عن هويتك، معلومات مالية أو معلومات الاتصال والتي تم الإفصاح عنها في أي وقت.

تصریح: اقر واعترف ان الوثائق المقدمه والمتضمنه هذا النموذج هي مستندات صحيحة وغير معدله ولدي كافة المستندات الاصلية والتي يمكن ابرازها عند الطلب في أي وقت اثناء معالجة المطالبه وخلال سنه من تاريخ اتخاذ القرار. وأوافق على استلام المبلغ المطلوب عند موافقة شركة التأمين على سداد المطالبه ويعتبر هذا التصریح ابراءا لشركة التأمين.

قانون الامتثال الضريبي على الحسابات الأجنبية

يوافق المؤمن عليه/مالك البوليصة على قيام متلايف وموظفيها ووكلاًها بالإفصاح عن أي معلومات سرية لـ:

- أي عضو مجموعة وممثل "متلايف" في أيإقليم أو دولة كانت (معاً مع متلايف "الأطراف المسموح لهم");
- أي أشخاص حسب ما يكون مطلوب بموجب أي قانون (بما يشمل على سبيل المثال لا الحصر قانون الامتثال الضريبي على الحسابات الأجنبية) أو جهة (بما يشمل على سبيل المثال لا الحصر، وكالة خدمة العوائد الداخلية الأمريكية) لدى نطاق السلطة على أي من الأطراف المسموح لهم،
- المستشارين المهنئين أو المؤمنين أو معيدي التأمين أو وسيط التأمين ومزودي الخدمة للأطراف المسموح لهم والذين يكونوا تحت واجب السرية للأطراف المسموح لهم،
- أي معين له أو مسموح له أو محول له فعلي أو محتمل فيما يتعلق بحقوق و/أو التزامات متلايف بموجب هذه بوليصة (أو وكيل أو مستشار لأي من ما سبق)، و

المعلومات السرية: تعنی جميع المعلومات المتعلقة بالمؤمن عليه/مالك البوليصة (سواء حدد على أنه "سري" أم لم يحدد) والتي تم الإفصاح عنها بواسطة أي وسيلة سواء بشكل مباشر أو غير مباشر لمتلايف والتي تخص العمل التجاري أو عمليات أو علامات المؤمن عليه/مالك البوليصة (بما يشمل على سبيل المثال لا الحصر بيانات الاتصال، رقم الهوية الضريبية/رقم الضمان الاجتماعي، أرصدة الحسابات/الأنشطة أو أي معاملات جارية مع متلايف).

سوف تقوم متلايف باستقطاع أي ضريبة مفروضة بموجب قانون الامتثال الضريبي على الحسابات الأجنبية ("FATCA").

تحفظ متلايف بالحق في انهاء البوليصة بإرادتها المفردة اذا لم يقدم المؤمن عليه/مالك البوليصة المستندات المثبتة لوضعه وما اذا كان خاضع للضريبة في الولايات المتحدة الأمريكية لأغراض قانون الامتثال الضريبي على الحسابات الأجنبية ("FATCA")، وذلك خلال المدة الممنوحة لذلك. وعلى وجه الخصوص، تحفظ متلايف بالحق في فسخ البوليصة اذا ما كانت القوانين أو اللوائح المحلية تمنع الخصم الضريبي على المبالغ المستحقة بموجب البوليصة أو تمنع الإفصاح عن معلومات تتعلق بالبوليصة، ولم يتم الحصول على المواقف الالزامية للاستثناء من أحكام التشريعات المحلية.

من خلال تقديم عنوان البريد الإلكتروني والتوقيع على هذا الطلب، فإنكم توافقون على تسليم مستندات البوليصة والشهادة و/أو أي مستندات أخرى (المستندات) من خلال البريد الإلكتروني (الإيميل)، ويرجى العلم بأنه عند اختيار التسليم الإلكتروني للمستندات، تتحملون مسؤولية التأكيد على صحة عنوان البريد الإلكتروني المقدم إلينا في جميع الأوقات. ولن تحمل متلايف أي مسؤولية عن عدم استلام الرسائل الإلكترونية بسبب خطأ عنوان البريد الإلكتروني أو المشكلات التقنية الأخرى المتعلقة بخدمة البريد الإلكتروني. وفي حالة الرغبة في تغيير عنوان البريد الإلكتروني لدى متلايف أو في حالة الحاجة إلى نسخة ورقية من المستندات أو في حالة الاعتقاد بعدم استلام المستندات، يرجى إشعارنا على الفور. وعند التوقيع على هذا الطلب، توافقون بأنه في حالة الرغبة في وقف استلام المستندات الإلكترونية، يجب إبطال هذا التفويض من خلال وثيقة خطية أخرى. وكذلك عند التوقيع على هذا الطلب، فإنكم توافقون بالإطلاع على وفهم سياسيات متلايف بخصوص السرية وشروط الاستخدام عبر الموقع www.metlife.com/about/privacy والإطلاع على أية شروط استخدام أو بيان السرية لأي مزود خدمة مستقبلي تستخدمه متلايف، وأنكم تفهمون أنه على الرغم من اتخاذ متلايف جميع الاحتياطات لحماية سرية المعلومات الأعضاء، فإنها لا تضمن سلامة أية معلومات، وتوافقون على تقديم عنوان البريد الإلكتروني حتى يدرج في قائمة بريد متلايف الإلكتروني وقبول أية مخاطر متزامنة مع ذلك ومرتبطة مع المراسلات عبر البريد الإلكتروني.

س ش ي ي ي ش س س س	التاريخ	X التوقيع	توقيع المستفيد	الاسم بالكامل/خط اليد
				اسم المستفيد
س ش ي ي ي ش س س س	التاريخ	X التوقيع	توقيع الشاهد	الاسم بالكامل/خط اليد
				اسم الشاهد

للمساعدة

البلد	الإمارات العربية المتحدة	اللهب	الاسم بالكامل/خط اليد	ال تاريخ	How to submit the form
الهاتف	+٩٦٥ ٢٢٠٨٩٣٣٣	٨٠٠ ٦٣٨٥٤٣٣	ص.ب. ٩١٣، الدوحة، قطر	٨٠٠ ٩٧١١	يرجى إرسال الوثائق الأصلية إلى:
البريد	CustomerCare.QA@metlife.com				رعاية العملاء - متلايف
البريد الإلكتروني	www.metlife-gulf.com/qatar				مبني الجيدة سكوير، الطابق الثالث، طريق المطار، صندوق بريد رقم ٩١٣، الدوحة، قطر
موقع الكتروني					

نحن متزامنون 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 www.metlife-gulf.com/qatar للاطلاع على معلومات التواصل والإطلاع على إجراءات معالجة الشكاوى لدينا

أميركان لايف إنшуورنس كومباني مسجلة لدى وزارة الاقتصاد والتجارة في دولة قطر، رقم التسجيل ٤٩٠.
أميركان لايف إنшуورنس كومباني، الاسم التجاري "متلايف" مرخصة من قبل مصرف قطر المركزي.