

مطالبة بتعويض من جراء حادث إفادة رب العمل

اميركان لايف انشورنس كومباني (متلايف)
الكويت، صندوق بريد ٦٦٩، الصفاحة ١٣٠٧ دولة الكويت
هاتف: +٩٦٥ ٢٠٨٩٣٤٥٠، فاكس: CustomerCare.KW@metlife.com

● يرجى تعبئة كافة المعلومات ذات الصلة بشكل كامل ومقرئ.

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

١) الإسم الكامل للمؤمن له

٢) الإسم وعنوان العمل المستخدم للمؤمن له

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

٤) متى عاد المؤمن له إلى عمله؟

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

الختم والتوكيل

وظيفة الموقع

التاريخ

الشاهد

للمساعدة

| كيفية تقديم النموذج | كيفية الاتصال بنا | | | | | | |
|---|-------------------|----------|-----------|----------|---------------|--------------------------------|------------------------------|
| يرجى إرسال الوثائق الأصلية إلى: | أي دولة أخرى | قطر | البحرين | عمان | الكويت | الإمارات | رمز |
| رعاية العملاء - متلايف مكتب رقم ٣١، مبني رقم A.٤٥٢ طريق رقم ١١٠ سنباس ٤١٠ صندوق بريد ٢٠٢٨١، المنامة ٣١٩، مملكة البحرين | +٩٧١ ٤ ٤٤٥ ٤٠٠٠ | ٨٠٠ ٩٧١١ | ٨٠٠ ٠٨٠٣٣ | ٨٠٠ ٧٧٠٨ | +٩٦٥ ٢٠٨٩٣٣٣٩ | ٨٠٠ (٨٠٠ - ٦٢٥٤٣٢) متلايف - | اتصل بنا |
| | | | | | | | راسلنا عبر البريد |
| | | | | | | | راسلنا عبر البريد الإلكتروني |
| | | | | | | | الموقع الإلكتروني |
| | | | | | | | |

نحن متزمون بتزويدك بأعلى معايير الخدمة. إذا كانت لديك أي ملاحظات عن مستوى الخدمة المقدمة لك فيرجي إشعارنا بها على الفور حتى نتمكن من ملائتها. يرجى زيارة صفحة "الملاحظات والشكوى" 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 ان سورنس كومباني هي شركة تابعة لمتلايف اند