

تعليمات: تستخدم هذه الاستمارة لإعداد مطالبة لمريض داخلي أو خارجي.

لتجنب أي تأخيرات في استحقاق المطالبة، يُرجى التأكد مما يلي:

- أن كل المستندات الأصلية للمطالبة مقدمة باللغة الإنجليزية أو اللغة العربية. يجب ترجمة اللغات الأخرى بواسطة مترجم معتمد رسمياً قبل تقديمها.
- تقديم كافة المستندات الأصلية للمطالبة خلال ٣٠ يوماً من تاريخ تحمل هذه المصاريف. وفقاً لشروط وأحكام وثيقة التأمين الخاصة بكم، تحتفظ شركة متلايف بحقها في رفض المطالبات المقدمة بعد ٩٠ يوماً من تاريخ تحمّل المصاريف.

المتطلبات: (١) نموذج المطالبة الطبية / النقدية (في حالة عدم تقديم المطالبة عن طريق نظام الخدمات الإلكترونية myMetLife)

(٢) الجزء الخاص بالطبيب المعالج (إجباري)

(٣) المستندات الداعمة. يُرجى الرجوع إلى قائمة مراجعة المستندات بصفحة ٢

يملأ من قبل الموظف (\*يرجى تعبئة جميع المعلومات). لا تحتاج إلى ملئها إذا قدمت المطالبة عن طريق myMetLife

تاريخ الميلاد	<input type="text"/>	إسم الموظف *
تاريخ الميلاد	<input type="text"/>	إسم المريض *
جنسية المريض *	<input type="text"/>	جنسية الموظف *
رمز البلد - رمز المدينة	<input type="text"/>	رقم هاتف الموظف *
رقم الشهادة الفردية * (المذكورة على بطاقتك الصحية)	<input type="text"/>	رقم البوليصه * (المذكورة على بطاقتك الصحية)
<input type="text"/>		البريد الإلكتروني للموظف *
<input type="text"/>		العنوان *

طريقة السداد

<input type="checkbox"/> تحويل	<input type="checkbox"/> شيك	مجموع المبلغ المطالب به	العملة
--------------------------------	------------------------------	-------------------------	--------

البيانات البنكية تملأ عن طريق myMetLife

تصريح التحويل

- أقر بأن كل الأجوبة و الوثائق المرفقة باستمارة المطالبة هي كاملة و حقيقية. و أفوض أي دكتور، مستشفى، جهاز طبي، شركة تأمين، مؤسسة أو شخص و الذي عنده عني أو عن أفراد عائلتي بإعطاء متلايف - الشركة الأمريكية للتأمين على الحياة - المعلومات الكاملة متضمنا نسخ سجلاتهم بالإشارة إلى مريض أو أي علاج، فحص، نصيحة أو إستشفاء. و إن أي نسخة لهذا التصريح ستؤخذ كالنسخة الأصلية.

تنويه

- إنني أفوض متلايف بالقيام بدفع تعويضات مطالباتي النقدية من خلال خدمة التحويل المصرفي إلى رقم الحساب المحدد أعلاه. هذا الإتفاق سوف يبقى ساري المفعول ما لم أقم بإرسال طلب خطي بإلغاء الخدمة بليه إشعار من قبل متلايف يؤكد إيقاف الخدمة. في أي حال من الأحوال إذا قامت متلايف بتحويل مبلغ أكبر من المبلغ المستحق إلى حسابي المصرفي بسبب خطأ ناتج عن ازدواجية المعاملة أو خطأ إلكتروني ناتج عن عملية التحويل، فإنني أفوض متلايف بعكس المعاملة و سحب المبلغ الزائد.
- متلايف سوف تحمل الرسوم على حساب سداد المطالبات المفروضة من قبل المصرف المحول. جميع الرسوم التي يمكن أن تفرض من قبل المصرف المستفيد/طرف ثالث مزود سوف يتحملها المستفيد. نقتصر بتأكيد هذه الإتهامات إن وجدت، مع مزود حسابك المصرفي.
- اني أقر أن الوثائق المقدمة إلكترونياً صحيحة و غير معدلة ولدي كل الوثائق الأصلية التي يمكن تقديمها بناء على طلب من شركة التأمين. أنا وأولادنا أيضاً وبنائنا على تقدير من متلايف أن تطلب هذه الوثائق في أي وقت خلال فترة سنة واحدة تحسب من تاريخ تقديم هذا المطالبة، و التي سوف أقدمها خلال فترة لا تتجاوز ٣٠ يوماً من الطلب. في حالة عدم الامتثال، ستفرض المطالبة. إذا تأكدت حالة الرفض، سوف أسدد أي مبلغ تدفعه متلايف لي أو لأي طرف له علاقة بهذه المطالبة.
- أخذت علماً بأن إصدار واستمرارية عقد التأمين الخاص بي يخضع للوائح والقواعد الواجبة التطبيق والنفاد 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 تقديرها الخاص اتخاذ أي إجراء تراه ملائماً فيما يتعلق بإصدار وتجميد أي عقوبة تتعلق ببوليصه التأمين الخاصة بي وأو استمرار نفاذها.
- أمنح بموجب هذا المستند للشركة الأمريكية للتأمين على الحياة موافقة صريحة لتحويل بياناتي الشخصية ومشاركتها ونقلها إلى أي متلقي خارج الدولة (أي مقر الشركة بالولايات المتحدة الأمريكية وأو الفروع والجهات التابعة الأخرى لمجموعة شركة التأمين) متى كان نقل البيانات أو مشاركتها لازماً لتنفيذ العقد أو لامتثال لأي التزام قانوني تخضع له الشركة والقيام عند الضرورة بنقل أو مشاركة أي معلومة لدى الجهات التنظيمية و جهات تنفيذ القانون لاداء مهامها ذات الصلة بالعقوبات الدولية وغيرها من اللوائح المعمول بها الخاصة بالشركة.

تاريخ	<input type="text"/>	إمضاء الموظف
-------	----------------------	--------------

يملأ من قبل الطبيب المعالج (\*المعلومات اللازمة)

ي ي ي ي ي ي ي ي	تاريخ الميلاد		إسم المريض
			الأعراض الرئيسية*
			التشخيص*
منذ متى يعاني المريض من هذا المرض؟*			
الرجاء تحديد التاريخ الذي ظهرت فيه الأعراض لأول مره:			
إذا عولج من قبل طبيب آخر، الرجاء تحديد الإسم و تفاصيل المعالجة:			
إذا نشأت المطالبة عن حمل / ولادة، يرجى تحديد موعد آخر دورة شهرية*:			
تفاصيل المعالجة (بخلاف الوصفة)			
إذا كان متوقع علاج إضافي أو إجراء طبي، الرجاء تزويدنا بالتفاصيل:			
إسم الطبيب و عنوانه و رقم التليفون			
إمضاء الطبيب و ختمه			

## قائمة المستندات الذي يجب تقديمها للأفراد المؤمن عليهم

المطلوب	مربع التحقق	المستندات	ملاحظات
نعم	<input type="checkbox"/>	نموذج المطالبة الطبية / النقدية (تتضمن الجزء الخاص بالطبيب المعالج)	كامل وموقع منكم ومن الطبيب/ الجراح
نعم	<input type="checkbox"/>	التقرير الطبي التفصيلي	يتضمن تفاصيل المرض/ التشخيص أو الحادث وتواريخ بدئه/ حدوته، وموقع من طبيبك المعالج
نعم	<input type="checkbox"/>	فاتورة المستشفى/ العيادة الأصلية	أصلية
إن كان سارياً	<input type="checkbox"/>	نسخة من كل تقارير الأشعة السينية/ مخطط الصدى/ الأشعة المقطعية ذات الصلة	يجب أن يتضمن اسم المؤمن عليه وتاريخ إجراء الأشعة
إن كان سارياً	<input type="checkbox"/>	نسخة من كل الفحوص المخبرية وتقاريرها	ذات الصلة بهذه الحالة
إن كان سارياً	<input type="checkbox"/>	نسخة من تقرير الشرطة	يُطلب إذا كانت المطالبة متعلقة بحادث

## تذكر ما يلي:

لمساعدتنا في معالجة مطالبتك التأمينية في أسرع وقت ممكن، عليك أن تقدم المستندات السابقة. وإلا فقد تتأخر المطالبة أو يتم رفضها.

## كيف تقدم المطالبة

عن طريق الخدمة الإلكترونية myMetLife أو بالاتصال بإدارة الموارد البشرية في جهة عملك لمعرفة الإجراءات لتقديم المطالبة.