تعويضات العجز الكلي

تقرير المطالب

أميركان لايف انشورنس كومباني (متلايف)
الكويت، ص.ب ٦٦٩، الصفات ١٣٠٠٧، الكويت
هاتف ٩٣٥٠ ٢٠٨ ٢ ٩٦٥+ فاكس ٩٣٣٤ ٢٠٨ ٢ ٩٦٥+

يجب إكمال هذا البيان على هذه المذكرة على نحو قانوني وبصورة كاملة من قبل المؤمن عليه أو وصيه المعين أو اللجنة إذا كان مختلًا عقليًا إذا كان المؤمن عليه غير قادر على الرد على الأسئلة نتيجة لحالة بدنية، حينئذ يجوز للمستفيد أو أقرب الأقارب القيام بذلك.

◀ يرجى تعبئة كافة المعلومات ذات الصلة بشكل كامل ومقروء.

١. **اسم المؤمن عليه بالكامل**

٢. **المهنة** **المهام اليومية**

٣. (أ) **تاريخ ميلاد المؤمن عليه** ي ي ش ش س س س س (ب) **محل الميلاد**

٤. **الطول** **الوزن**

٥. **الوصف الكامل لحالة المؤمن عليه في الوقت الحالي**

٦. **إلى أي مدى لا يمكن للمؤمن عليه مزاولة أية مهنة؟**

٧. **تاريخ الإصابة أو بداية المرض الذي تسبب في الحالة الصحية الراهنة** ي ي ش ش س س س س

٨. **متى اضطر المؤمن عليه للتخلي عن جزء من مهامه** ي ي ش ش س س س س

٩. **متى اضطر المؤمن عليه للتخلي عن كافة مهامه؟ أدرج التاريخ الدقيق** ي ي ش ش س س س س

١٠. **كيف يقضي المؤمن عليه أوقاته؟**

١١. **هل مارس المؤمن عليه أي نوع من الأعمال منذ بداية إعاقته؟** إذا كانت الإجابة بنعم، اذكر التفاصيل

١٢. **متى يُتوقع المؤمن عليه العودة للعمل؟** ي ي ش ش س س س س

١٣. **أدرج اسم وعنوان كل طبيب أو ممارس عام فحص المؤمن عليه أو كتب له وصفة طبية أثناء مرضه الحالي**

أ. المدة	ب. اسم الطبيب أو الممارس العام	ج. العنوان
من ٢٠ إلى ٢٠		
من ٢٠ إلى ٢٠		
من ٢٠ إلى ٢٠		

١٤. **أدرج اسماء الامراض، الاصابات أو أي علامات قبل الإصابة بالمرض الحالي**

أ. اسم المرض أو الاصابات	ب. المدة	ج. اسم الطبيب أو الممارس العام	د. عنوان الشركة
	من ٢٠ إلى ٢٠		
	من ٢٠ إلى ٢٠		
	من ٢٠ إلى ٢٠		

١٥. **هل أصيب أي من والدي المؤمن عليه أو إخوته أو أخواته أو أقاربه الآخرين بمرض مشابه؟** ..... ☐ **نعم** ☐ **لا**

إذا كانت الإجابة بنعم، اذكر التفاصيل

١٦. **هل تركة المؤمن عليه ممثلة من قِبل قيم أو لجنة؟** (إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم صورة من التعيين) ..... ☐ **نعم** ☐ **لا**

١٧. **ما هي التعويضات التأمينية الأخرى التي تحصل عليها فيما يتعلق بالعجز الكلي ، تأمين على الحياة أو تأمين حكومي أو تأمين صحي أو تأمين ضد الحوادث؟**

أ. المدة	ب. الاسم	ج. العنوان

الإقرارات

أمنح بموجب هذا المستند متلايف موافقة صريحة لتحويل بياناتي الشخصية *ومشاركتها ونقلها إلى أي متلقٍ خارج الدولة (أي مقر الشركة بالولايات المتحدة الأمريكية و/أو الفروع والجهات التابعة الأخرى لمجموعة شركة التأمين) متى كان نقل البيانات أو مشاركتها لازمًا لتنفيذ العقد أو للإمتثال لأيّ إلتزام قانوني تخضع له متلايف والقيام عند الضرورة بنقل أو مشاركة أي معلومة لدى الجهات التنظيمية وجهات تنفيذ القانون لأداء مهامها ذات الصلة بالعقوبات الدولية وغيرها من اللوائح المعمول بها الخاصة بمتلايف.

***البيانات الشخصية** تعني جميع المعلومات المتعلقة بي (سواء كانت «شخصية» أم لا) والتي قمت باعطائها لمتلايف بأي وسيلة سواء كانت مباشرة أو غير مباشرة والتي تتضمن، ولا تقتصر على، حالاتي الطبية، والعلاجات والوصفات الطبية، والأعمال التجارية، والعمليات، وتفاصيل الإتصال والأرصدة/وأنشطة الحساب أو أي معاملات قامت بها متلايف.

الاسم الكامل للمؤمن عليه **توقيع المؤمن عليه** X

وقع في
المدينة الدولة يوم D D شهر M M ٢٠ لعام Y Y

للمساعدة

البلد	الإمارات العربية المتحدة	كويت	عمان	بحرين	قطر	من أي دولة أخرى
الهاتف	٨٠٠ ٦٣٨٥٤٣٣	٤٢٧٧ ٢٤٧ ٢ ٩٦٥+	٨٠٠ ٧٠٧٠٨	٨٠٠ ٠٨٠٣٣	٨٠٠ ٩٧١١	٤٥٥٥ ٤١٥ ٤ ٩٧١+
البريد	ص.ب ٦٦٩، الصفات ١٣٠٠٧، الكويت					
البريد الإلكتروني	CustomerCare.KW@metlife.com					