

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

أميركان لايف انشورنس كومباني (متلايف)  
قطن، مبنى عبد الجليل عبد الغني، الطريق الرابع،  
طريق المطار، صندوق بريد ٩١٣، الدوحة، قطر هاتف ٥٠٧٨ ٤٤٦٥ / ٥٠٥٧  
فاكس ٤٤٦٦ ٩٧٤ +٩٦٣، [Gulflifeclaims@metlife.com](mailto:Gulflifeclaims@metlife.com)

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

لنجدد أي تأخيرات في استحقاق المطالبة ، يرجى التأكد مما يلي:

١. أن كل المستندات الأصلية للمطالبة مقدمة باللغة الإنجليزية أو اللغة العربية. يجب ترجمة اللغات الأخرى بواسطة مترجم معتمد رسميًّا قبل تقديمها.
٢. تقديم كافة المستندات الأصلية للمطالبة خلال ٣٠ يومًا من تاريخ تحمل هذه المصارييف. وفقًا لشروط وأحكام وثيقة التأمين الخاصة بكم، تحفظ شركة متلايف بحقها في رفض المطالبات المقدمة بعد ٩٠ يومًا من تاريخ تحمل المصارييف.

- المطلبات: 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. يرجى الرجوع إلى قائمة مراجعة المستندات بصفحة ٢

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

س	س	س	س	س	ش	ش	ي	ي	ش	ش	س	س	س	س	س	س	س	س
تاريخ الميلاد																		
اسم الموظف *																		
س	س	س	س	س	ش	ش	ي	ي	ش	ش	س	س	س	س	س	س	س	س
تاريخ الميلاد																		
اسم المريض *																		
الجنسية الموصوف *																		
- رمز المدينة - رمز البلد - رقم هاتف الموظف *																		
رقم البوليصة *																		
(المذكورة على بطاقةك الصحية)																		
البريد الإلكتروني للموظف *																		
العنوان *																		

العملة	مجموع المبلغ المطالب به	طريقة السداد
تحويل <input type="checkbox"/> شيك <input type="checkbox"/> تحويل myMetLife		* البيانات البنكية تملأ عن طريق

## تصريح التحويل

- أقر بأن كل الأدلة والوثائق المرفقة باستماراة المطالبة هي كاملة و حقيقة. 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 متضمنها نسخ سجلاتهم بالإشارة إلى مرضي أو أي علاج، فحص، نصيحة أو إشتقاء. و إن أي نسخة لهذا التصريح ستؤخذ كالنسخة الأصلية.

تنوية

- اني أقر أن الوثائق المقدمة إلكترونياً صحيحة وغير معدلة ولدي كل الوثائق الأصلية التي يمكن تقديمها بناء على طلب من شركة التأمين. أنا أوفق أيضاً وبناء على تقدير من متلايف أن طلب هذه الوثائق في أي وقت 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 ، سترفض المطالبة. إذا تأكدت حالة الرفض، سوف أسدد أي مبلغ تدفعه متلايف لي أو لأي طرف له علاقة بهذه المطالبة.

- تحويل البيانات: أنا منح متلايف موافقة صريحة لتحويل ومعالجة ومشاركة بياناتي الشخصية إلى أي متحل سواء 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 و/أو مزودي الخدمات عندما تتعذر بآن 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 التزامها تجاه المتلقين بالتزامات تعاقدية كافية للمحافظة على ولضمان سرية بياناتك الشخصية، كذلك فإننا نؤكد التزامنا بجميع القوانين المطبقة والمتعلقة بهذا التحويل والمعالجة والمشاركة لبياناتك الشخصية.

لغايات التوضيح، تعني بياناتك الشخصية أي بيانات/معلومات متعلقة بك و/أو عائلتك والتي قد تحتوي على أي معلومات صحية، معلومات تدل عن هويتك، معلومات مالية او معلومات الاتصال والتي تم الإفصاح عنها في أي وقت.

## تصريح

- أكد بموجب هذا أن المستندات المقدمة بما في ذلك هذا النموذج صحيحة ولم يتم تغييرها ولدي جميع المستندات الأصلية التي يمكن تقديمها بناء على طلب شركة التأمين في أي وقت خلال فترة معالجة هذه المطالبة وحتى عام واحد بعد قرار المطالبة. أؤكد بموجب هذا على معالجة الدفع لصالحي إذا وعندما يوافق متلايف ويقرر قبول مطالبة السداد واعتبر هذا المستند بمثابة إيصال وإبراء ذمة.

- علاوة على ذلك، أؤكد بموجب هذا أن الأموال التي يدفعها متلايف لن يتم تحويلها، بشكل مباشر أو غير مباشر، إلى بلد خاضع لعقوبات مكتب مراقبة الأصول الأجنبية. وتشمل هذه الدول حالياً سورياً وإيران وكوبا الشمالية وكوبا والسودان وشبه جزيرة القرم.

س	س	س	س	ش	ش	س	س	س	س	س	س	س	س	س	س
تاريخ															
مضاء الموظف															

How to submit the form	من أي دولة أخرى	قطر	بحرين	عمان	كويت	الإمارات العربية المتحدة	البلد
يرجى إرسال الوثائق الأصلية إلى:	+٩٧١ ٤ ٤١٥ ٤٠٥٥	٨٠٠ ٩٧١١	٨٠٠ ٠٨٠٣٣	٨٠٠ ٧٠٧٠٨	+٩٦٥ ٢ ٢٠٨ ٩٣٣٣	٨٠٠ ٦٣٨٥٤٣٣	الهاتف
رعاية العمالء - متلايف				ص.ب. ٩١٣، الدوحة، قطر			البريد
مبني عبد الجليل عبد الغني، الطابق الرابع، طريق المطار، صندوق بريد ٩١٣، الدوحة، قطر				Gulflifeclaims@metlife.com			البريد الإلكتروني
				www.metlife-gulf.com/qatar			موقع الكتروني

نحن متزمعون 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 «الملاحظات والشكوى» للاطلاع على معلومات التواصل والاطلاع على إجراءات معالجة الشكاوى لدينا [www.metlife-gulf.com/qatar](http://www.metlife-gulf.com/qatar)

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.

## يملأ من قبل الطبيب المعالج (\*المعلومات الازمة)

س	س	س	س	ش	ش	ي	ي	تاريخ الميلاد		اسم المريض
										*الأعراض الرئيسية
										*التشخيص
منذ متى يعاني المريض من هذا المرض؟ الرجاء تحديد التاريخ الذي ظهرت فيه الأعراض لأول مرّة: <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>										
إذا عولج من قبل طبيب آخر، الرجاء تحديد الإسم و تفاصيل المعالجة: <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>										
إذا نشأت المطالبة عن حمل / ولادة، يرجى تحديد موعد آخر دورة شهرية: <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>										
تفاصيل المعالجة (بخلاف الوصفة) <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>										
إذا كان متوقع علاج إضافي أو إجراء طبي، الرجاء تزويدنا بالتفاصيل: <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>										
اسم الطبيب و عنوانه و رقم التليفون <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>										
إمضاء الطبيب و ختمه <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>										

## قائمة المستندات الذي يجب تقديمها للأفراد المؤمن عليهم

المطلوب	مريض التتحقق	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 وتاريخ بدئه، حدوثه، 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 المقطعيّة ذات الصلة	يجب أن يتضمن اسم المؤمن عليه وتاريخ إجراء الأشعة
إن كان سارياً	<input type="checkbox"/>	نسخة من كل الفحوص المختبرية وتقاريرها	ذات الصلة بهذه الحالة
إن كان سارياً	<input type="checkbox"/>	نسخة من تقرير الشرطة	يطلب إذا كانت المطالبة متعلقة بحادث

## تذكر ما يلي:

لمساعدتنا في معالجة مطالباتك التأمينية في أسرع وقت ممكن، عليك أن تقدم المستندات السابقة. وإن 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.