

Total Disability Benefits

Claimant's Statement



This statement must be fully answered by the Insured or his duly appointed Guardian or Committee, if insane. If, due to physical condition, Insured is unable to answer these questions beneficiary or nearest relative may do so.

American Life Insurance Company (MetLife)

P.O. Box 371916 Dubai, United Arab Emirates

T. +971 4 415 4444, F. +971 4 415 4445, Gulfifeclaims@metlife.com

▶ Please provide all relevant information completely and legibly.

1. Full name of the Insured

2. Policy & certificate number

3. Occupation Daily Duties

4. (a) Insured's date of birth (b) Place of birth

5. Height Weight

6. Describe fully the Insured's present condition

7. To what extent is the Insured unable to follow any/similar occupation?

8. Give date of injury/ailment or beginning of illness causing present condition

9. When was the Insured compelled to give up part of his duties

10. When was the Insured compelled to give up all of his duties? (Give exact date)

11. Has Insured done any kind of work since commencement of disability? If so, give particulars

12. When does the Insured expect to return to work?

13. Give name and address of every physician or practitioner who attended or prescribed for the Insured during present affliction

a. Duration				b. Name of Physician or Practitioner				c. Address			
From		20		to		20					
From		20		to		20					
From		20		to		20					

14. For what disease, injury, ailment or has the Insured required the services of a physician or practitioner prior to present disease?

a. Name of injury, diseases, etc.	b. Duration				c. Name of Physician or Practitioner	d. Address				
	From		20		to		20			
	From		20		to		20			
	From		20		to		20			

15. Is the Insured's estate represented by a Committee or Guardian? (If so, furnish copy of appointment) Yes No

16. What other life, government, health or accident insurance providing for disability benefits to the Insured?

a. Duration	b. Name				c. Address			

Bank details of Beneficiary / Payee required for wire transfer

Beneficiary / Payee Name

Beneficiary / Payee Full Address

Mobile No. - - E-mail

Bank Name Currency Account

Bank Address

Bank Account Holder Name

Bank Account No. Swift Code

IBAN No.

I, the undersigned, hereby confirm that all above information is correct and related to my Bank Account.

Signature

Declarations

I hereby authorize any hospital to which I have been confined and any physician or practitioner who has treated, or in now treating me, to impart to MetLife any information it my desire.

"I hereby grant MetLife my unambiguous consent, to process, share and transfer my Personal Data* to a recipient inside or outside this country (including but not limited to MetLife Inc. and / or American Life Insurance Company's Headquarters and their branches, affiliates, reinsurers, business partners and/or to any actual or potential assignee, novatee or transferee of MetLife) where the processing, transferring or sharing of my Personal Data is requested by any of the above mentioned recipients or necessary or required for the performance of MetLife's obligation under this application and/or the insurance policy, or to comply with any obligation which MetLife is subject to.

***Personal Data** means all information relating to me (whether marked "personal" or not) disclosed to MetLife by whatever means either directly or indirectly which concerns, including but not limited to, my medical conditions, treatments, prescriptions, business, operations, contact details, account balances/activities or any transactions undertaken with MetLife."

Disclaimer content: I hereby confirm that the documentation submitted including this form are true and unaltered and I have all the original documents that can be presented upon request of the insurance company at any time during the process period of this claim and up to one year following the claim decision. I hereby confirm to process payment in my favor if and when MetLife approves and decides to accept the claim for payment and consider this document as Receipt & Discharge.

Moreover, I hereby confirm that the funds MetLife is paying will not be transferred, either directly or indirectly, to an OFAC-sanctioned country. These countries currently include Syria, Iran, North Korea, Cuba, Sudan and Crimea

Full name of the Insured Signature of Insured

Signed at 20

City Country Day Month Year

Need help?

How to contact us							How to submit the form
Country	UAE	Kuwait	Oman	Bahrain	Qatar	Any other Country	Please send original documents to: Customer Care - MetLife P.O. Box 371916 Dubai – U.A.E.
Call us	800 - MetLife (800 - 6385433)	+965 2 208 9333	800 70708	800 08033	800 9711	+971 4 415 4555	
Mail us	P.O. Box 371916, Dubai – U.A.E.						
E-mail us	Gulfifeclaims@metlife.com						
Website	www.metlife-gulf.com						

We are committed to providing you with the highest service standards. If you feel that we have not lived up to these standards we would like to hear about it, so we can put it right for you. Please visit our "Feedback and complaints" page on www.metlife-gulf.com to see how you can get in touch and learn about our Complaints Handling Process.

اميركان لايف انشورنس كومباني (ميتلايف)
ص.ب. ٣٧١٩١٦ دبي، الإمارات العربية المتحدة
هاتف: ٤٥٥٥ ٤١٥ ٩٧١ +، فاكس: ٤٤٤٥ ٤١٥ ٩٧١ +
Gulflifeclaims@metlife.com

يجب إكمال هذا البيان على هذه المذكرة علي نحو قانوني وبصورة كاملة من قبل المؤمن عليه أو وصيه الفعيل أو اللجنة إذا كان مختلا عقليا 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. رقم الوثيقة والشهادة
٣. المهنة المهام اليومية
٤. (أ) تاريخ ميلاد المؤمن عليه (ب) محل الميلاد
٥. الطول الوزن
٦. الوصف الكامل لحالة المؤمن عليه في الوقت الحالي
٧. إلى أي مدى لا يستطيع المؤمن له متابعة أي مهنة / مهنة مماثلة؟
٨. اذكر تاريخ الإصابة / المرض أو بداية المرض المتسبب في الحالة الحالية
٩. متى اضطر المؤمن عليه للتخلي عن جزء من مهامه
١٠. متى اضطر المؤمن عليه للتخلي عن كافة مهامه؟ (أدرج التاريخ الدقيق)
١١. هل مارس المؤمن عليه أي نوع من الأعمال منذ بداية إعاقته؟ إذا كانت الإجابة بنعم، اذكر التفاصيل
١٢. متى يتوقع المؤمن عليه العودة للعمل؟
١٣. أدرج اسم وعنوان كل طبيب أو ممارس عام فحص المؤمن عليه أو كتب له وصفة طبية أثناء مرضه الحالي

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

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

د. عنوان الشركة	ج. اسم الطبيب أو الممارس العام	ب. المدة						أ. اسم المرض أو الاصابات
		من	٢٠	إلى	٢٠	إلى	٢٠	
			٢٠		٢٠		٢٠	
			٢٠		٢٠		٢٠	
			٢٠		٢٠		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 تركه المؤمن عليه ممثلة من قبل 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

التفاصيل المصرفية للمستفيد / المدفوع لأمره مطلوبة للتحويل البنكي

التفاصيل المصرفية للمستفيد / المدفوع لأمره	
العنوان الكامل للمستفيد / المدفوع لأمره	
الجوال	رمز الدولة - رمز المنطقة - البريد الإلكتروني
اسم البنك	العملة
عنوان البنك	
اسم صاحب الحساب البنكي	
رقم الحساب البنكي	رمز التحويل الدولي
IBAN No	

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

التوقيع

تفويض

أفوض جميع الأطباء أو الأشخاص الآخرين وجميع المستشفيات أو المؤسسات الأخرى بتقديم جميع المعلومات (بما في ذلك النسخ الكاملة لسجلاتهم) المتعلقة بي وتاريخي الطبي بشكل عام وهذا الادعاء على وجه الخصوص لشركة اميريكان لايف انشورانس (متلايف). أوافق على اعتبار نسخة من هذا التفويض فعالة وصالحة كأصل.

بموجب هذا أمنح متلايف موافقتي الواضحة على معالجة ومشاركة ونقل بياناتي الشخصية* إلى مستلم داخل أو خارج هذا البلد (بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر متلايف، و/أو المقر الرئيسي لشركة اميريكان لايف انشورانس وفروعها والشركات التابعة لها وشركات إعادة التأمين وشركاء الأعمال و/أو أي متنازل فعلي أو محتمل، المبتدئ أو المنقول إليه من متلايف) حيث يتم طلب معالجة أو نقل أو مشاركة بياناتي الشخصية من قبل أي من المستلمين المذكورين أعلاه أو ضروري أو مطلوب لاداء التزام متلايف بموجب هذا التطبيق و/أو بوليصة التأمين، أو للامتثال لأي التزام يخضع له متلايف.

*البيانات الشخصية تعني جميع المعلومات المتعلقة بي (سواء تم وضع علامة "شخصية" عليها أم لا) التي تم الكشف عنها لـ متلايف بأي وسيلة سواء بشكل مباشر أو غير مباشر والتي تتعلق، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، الحالات الطبية والعلاجات والوصفات الطبية والأعمال والعمليات والاتصال التفاصيل، أرصدة الحسابات / الأنشطة أو أي معاملات تمت مع متلايف.

تصريح

أؤكد بموجب هذا أن المستندات المقدمة بما في ذلك هذا النموذج صحيحة ولم يتم تغييرها ولدي جميع المستندات الأصلية التي يمكن تقديمها بناءً على طلب شركة التأمين في أي وقت خلال فترة معالجة هذه المطالبة وحتى عام واحد بعد قرار المطالبة. أؤكد بموجب هذا على معالجة الدفع لصالحني 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 حاليًا سوريا وإيران وكوريا الشمالية وكوبا والسودان وشبه جزيرة القرم.

للمساعدة

البلد	الإمارات العربية المتحدة	كويت	عمان	بحرين	قطر	من أي دولة أخرى
الهاتف	٨٠٠ ٦٣٨٥٤٣٣	+٩٦٥ ٢٢٠٨ ٩٣٣٣٣	٨٠٠ ٧٠٧٠٨	٨٠٠ ٠٨٠٣٣	٨٠٠ ٩٧١١	+٩٧١ ٤ ٤١٥ ٤٥٥٥
البريد	ص.ب. ٣٧١٩١٦ - دبي - الإمارات العربية المتحدة					
البريد الإلكتروني	Gulfifeclaims@metlife.com					
موقع الكتروني	www.metlife-gulf.com					

نحن ملتزمون 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 والشكاوى" للاطلاع على معلومات التواصل والاطلاع على إجراءات معالجة الشكاوى لدينا www.metlife-gulf.com

أميريكان لايف إنشورنس كومباني - مسجلة طبقا للقانون الإتحادي رقم (٦) لسنة ٢٠٠٧ م الإمارات العربية المتحدة - رقم التسجيل ٣٤ لدى هيئة التأمين و مرخصة من دائرة التنمية الاقتصادية - رقم الترخيص ٦١٣١٣٦