# نموذج مطالبة الوفاة

## إقرار المطالب

**المكتب الإداري**
ص.ب. ٣٧١٩١٦ دبي، إ.ع.م. – تليفون ٤٥٥٥ ٤١٥ ٠٤، فاكس ٤٤٤٥ ٤١٥ ٠٤

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

## أ. بيانات المؤمن عليه

١. اسم المتوفى بالكامل _____ تاريخ الميلاد ي ي ش ش س س س س

| رقم عقد التأمين | مبلغ التغطية | العملة |
|---|---|---|
| ١ | | |
| ٢ | | |
| ٣ | | |
| يجب تقديم جميع العقود سالفة البيان مع المطالبة إلا في حالة تقديم المطالبة بموجب مزايا التنازل والقسط التأميني. | | |

٢. تاريخ الوفاة ي ي ش ش س س س س مكان الوفاة: ☐ محل الإقامة ☐ المستشفى/العيادة ☐ مكان العمل

☐ اخرى: يرجي التحديد _____

٣. سبب الوفاة _____

٤. تاريخ بداية الحالة المرضية المؤدية للوفاة _____

٥. الوظيفة في تاريخ الوفاة _____

٦. اسم صاحب العمل _____

٧. عنوان صاحب العمل بالكامل _____

ص. ب: _____ المدينة/الدولة _____

٨. رقم الهاتف رمز المنطقة – رمز المدينة – _____ البريد الإلكتروني _____

٩. متى قدم المتوفى شكوى أو ظهرت عليه علامات المرض الأخير للمرة الأولى (التاريخ) ي ي ش ش س س س س

١٠. متى استشار المتوفى الطبيب بخصوص مرضه (التاريخ) ي ي ش ش س س س س

١١. تاريخ حضور المتوفى للمرة الأخيرة إلى العمل الاعتيادي (آخر تاريخ عمل) ي ي ش ش س س س س

١٢. هل كان المؤمن عليه مدخناً: ☐ **نعم** ☐ **لا**

لو كانت الإجابة "نعم"، كم عدد السجائر التي اعتاد تداولها كل يوم ومنذ متى؟ _____

١٣. أسماء وعناوين جميع الأطباء الذين فحصوا المؤمن عليه خلال مرضه الأخير وخلال خمس سنوات قبل ذلك

| الاسم بالكامل | العنوان | تاريخ الزيارة | الحالة أو المرض |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

١٤. في أية شركات أخرى وبأية مبالغ تم التأمين على حياة المؤمن عليه:

| الشركة/الشركات | رقم عقد التأمين | تاريخ عقد التأمين | مبلغ التغطية |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## ب. معلومات المطالب/المستفيد

١. اسم مقدم الطلب/المستفيد

٢. علاقته بالمؤمن عليه | تاريخ الميلاد ي ي ش ش س س س س | السن في آخر عيد ميلاد

٣. مدينة الميلاد | دولة الميلاد

٤. يرجى ذكر الجنسيات: ١) ٢) ٣)

**محل الإقامة***

١) ٢) ٣)

***محل الإقامة** هو المكان حيث يجب تقديم عوائد ضريبة الدخل باعتبارك مقيماً في تلك الدولة.

**٥. الوظيفة:**

حالة العمل ☐ موظف ☐ صاحب عمل

الوظيفة/المسمى الوظيفي | المهام اليومية المحددة

اسم الشركة | طبيعة العمل

الهاتف رمز المنطقة – رمز البلد – | البريد الإكتروني

**٦. عنوان الإقامة الحالي:**

الدولة | المدينة | ص. ب.

المنطقة/الشارع | البناية | شقة/فيلا رقم

الهاتف رمز المنطقة – رمز البلد – | النقال رمز المنطقة – رمز البلد –

**٧. بأي صفة أو بأي حق تطالب بهذا التأمين؟**

☐ **المستفيد حسب البوليصة**

☐ **وصي قانوني** (يرجى تقديم شهادة الوصاية القانونية من السلطات المختصة مع الحق في قبض العوائد وتقديم براءة ذمة سارية).

☐ **وريث/وريث قانوني** (يرجى تقديم شهادة الوراثة من السلطات المختصة والتي تنص على الورثة القانونيين للمتوفى مع اسم وعمر وحصة كل منهم).

☐ **أخرى** (يرجى التحديد):

**٨. طريقة الدفع المفضلة**

☐ حوالة بنكية* ☐ شيك ☐ شيك عند الطلب*

*يرجى استيفاء نموذج التفاصيل البنكية المرفق بخصوص الحوالة البرقية أو الشيك عند الطلب

بموجبه يطالب الموقع على هذا أدناه بالتأمين المذكور ويقر بأن الإفادات الخطية والإفادات المشفوعة بقسم من جميع الأطباء الذين أشرفوا على علاج أو فحصوا المؤمن عليه تعتبر وتكون جزء لا يتجزأ من أدلة الوفاة، ويوافق كذلك على أن تقديم هذا النموذج أو أية نماذج أخرى تكميلية من الشركة المذكورة لن تعتبر في حال وجود أي تأمين ساري على حياة المذكور ولن تفسر على أنها تنازلاً عن أية من حقوقه أو دفاعاته.

أبرمت في المدينة | الدولة | في هذا اليوم الموافق ي ي من ش ش لعام س س

التوقيع المدعي/المستفيد x

---

### التفويض

أوافق أنا، اسم المطالب/المستفيد

على الإفصاح عن اي معلومات بخصوص اسم المؤمن عليه والذي توفي في ي ي ش ش س س س س إلى متلايف، بما في ذلك وكلائها وشركاتها التابعة ومحاميها وشركات إعادة التأمين وشركات دعم التأمين والمحقق المستقل الذي يعمل نيابة عنهم، والمعلومات المفرج عنها قد تشتمل على سجلات الاستشارات الطبية والرعاية الطبية والعلاج الطبي الخاص بمرض الايدز أو ما يتعلق بذلك المرض، وتناول العقاقير والكحوليات، وتاريخ التدخين، والتغطية التأمينية الأخرى والتاريخ المالي والوظيفي، وهذه المعلومات قد يقدمها المتخصصين الطبيين أو المرافق الصحية أو الصيدليات أو المستشفيات أو مزودي قاعدة بيانات الوصفات الطبية والمكاتب الحكومية وأصحاب الأعمال وشركات التأمين أو أي مؤسسة أو شخص آخر يكون على علم بالمؤمن عليه سالف البيان، وعند طلب المعلومات من أي من المصادر السابقة الذكر، تكون نسخة من هذا النموذج كما هو الأصل، وأنا على علم بأن أية معلومات يتم الحصول عليها سوف تستخدم للحكم في أي مطالبة، وأفهم أن المطالبة لن يتم التعامل معها دون استيفاء هذا التفويض والتوقيع عليه، ويسري هذا التفويض من تاريخ التوقيع حتى تسوية المطالبة.

## الإقرارات

أ. أوافق على أن ترسل لي الشركة الإخطارات والإشعارات عن طريق خدمة الرسائل القصيرة على الهاتف الخليوي، كما و أوافق على أن أتلقى هذه الرسائل القصيرة وأن الشركة لا تقدم أي ضمان بأن الرسائل القصيرة سيتم ارسالها دون انقطاع أو انها ستكون خالية من الأخطاء وأن أي خطأ أو انقطاع لا يعتبر على الإطلاق سبباً لإنشاء أية مسؤولية على الشركة. وأتعهد بأنني لن أباشر بإقامة أي دعوى أو مطالبة ضد الشركة من جراء أي خطأ أو انقطاع للرسائل القصيرة لأي سبب من الأسباب من جراء استقبال/عدم استقبال الرسائل القصيرة.

ب. اخذت علماً بأن إصدار واستمرارية عقد التأمين الخاص بي يخضع للوائح والقواعد الواجبة التطبيق والنفاذ 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 ملائمًا فيما يتعلق بإصدار وتجميد أي عقوبة تتعلق ببوليصة التأمين الخاصة بي و/أو استمرار نفاذها.

ج. أمنح بموجب هذا المستند للشركة الأمريكية للتأمين على الحياة 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 او للامتثال لأي التزام قانوني تخضع له الشركة 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 بالشركة.

***البيانات الشخصية** تعني جميع المعلومات التي تخصني (سواء كانت شخصية أو غيرها) والتي يتم الكشف عنها إلى متلايف بأية طريقة مباشرة أو غير مباشرة والتي تتعلق بالحالات الصحة أو الأدوية أو الوصفات الطبية أو العمل أو العمليات أو بيانات الاتصال أو أرصدة/أنشطة الحسابات أو أي معاملات تقوم بها متلايف، وذلك على سبيل المثال لا الحصر.

## قانون الامتثال الضريبي على الحسابات الأجنبية

يوافق المؤمن عليه/مالك البوليصة على قيام متلايف وموظفيها ووكلاؤها بالإفصاح عن أي معلومات سرية لـ:

١. أي عضو مجموعة وممثلي «متلايف» في أي أقليم أو دولة كانت (معا مع متلايف «الأطراف المسموح لهم»)؛

٢. أي أشخاص حسب ما يكون مطلوب بموجب أي قانون (بما يشمل على سبيل المثال لا الحصر قانون الامتثال الضريبي على الحسابات الأجنبية) أو جهة (بما يشمل على سبيل المثال لا الحصر، وكالة خدمة العوائد الداخلية الأمريكية) لدى نطاق السلطة على أي من الأطراف المسموح لهم،

٣. المستشارين المهنيين أو المؤمنين أو معيدي التأمين أو وسيط التأمين ومزودي الخدمة للأطراف المسموح لهم والذين يكونوا تحت واجب السرية للأطراف المسموح لهم،

٤. أي معين له أو مسموح له أو محول له فعلي أو محتمل فيما يتعلق بحقوق و/أو التزامات متلايف بموجب هذه بوليصة (أو أي وكيل أو مستشار لأي من ما سبق)، و

**المعلومات السرية:** تعني جميع المعلومات المتعلقة بالمؤمن عليه/مالك البوليصة (سواء حدد على أنه «سري» أم لم يحدد) والتي تم الإفصاح عنها بواسطة أي وسيلة سواء بشكل مباشر أو غير مباشر لمتلايف والتي تخص العمل التجاري أو عمليات أو عملاء المؤمن عليه/مالك البوليصة (بما يشمل على سبيل المثال لا الحصر بيانات الاتصال، رقم الهوية الضريبية/رقم الضمان الاجتماعي، أرصدة الحسابات/الأنشطة أو أي معاملات جارية مع متلايف).

سوف تقوم مِتلايف باستقطاع أي ضريبة مفروضة بموجب قانون الامتثال الضريبي على الحسابات الأجنبية («FATCA»).

تحتفظ مِتلايف بالحق في انهاء البوليصة بإرادتها المنفردة اذا لم يقدم المؤمن عليه/مالك البوليصة المستندات المثبتة لوضعه وما اذا كان خاضع للضريبة في الولايات المتحدة الأمريكية لأغراض قانون الامتثال الضريبي على الحسابات الأجنبية (FATCA)، وذلك خلال المدة الممنوحة لذلك. وعلى وجه الخصوص، تحتفظ مِتلايف بالحق في فسخ البوليصة اذا ما كانت القوانين أو اللوائح المحلية تمنع الخصم الضريبي على المبالغ المستحقة بموجب البوليصة أو تمنع الافصاح عن معلومات تتعلق بالبوليصة، ولم يتم الحصول على الموافقات اللازمة للاستثناء من أحكام التشريعات المحلية.

**إقرار البريد الإلكتروني**

من خلال تقديم عنوان البريد الإلكتروني والتوقيع على هذا الطلب، فإنكم توافقون على تسليم مستندات البوليصة والشهادة و/أو أي مستندات أخرى (المستندات) من خلال البريد الإلكتروني (الإيميل)، ويرجى العلم بأنه عند اختيار التسليم الإلكتروني للمستندات، تتحملون مسئولية التأكيد على صحة عنوان البريد الإلكتروني المقدم إلينا في جميع الأوقات. ولن تتحمل متلايف أي مسئولية عن عدم استلام الرسائل الإلكترونية بسبب خطأ عنوان البريد الإلكتروني أو المشكلات التقنية الأخرى المتعلقة بخدمة البريد الإلكتروني. وفي حالة الرغبة في تغيير عنوان البريد الإلكتروني لدى متلايف أو في حالة الحاجة إلى نسخة ورقية من المستندات أو في حالة الاعتقاد بعدم استلام المستندات، يرجى إشعارنا على الفور. وعند التوقيع على هذا الطلب، توافقون وتقرون بأنه في حالة الرغبة في وقف استلام المستندات إلكترونياً، يجب إبطال هذا التفويض من خلال وثيقة خطية أخرى. وكذلك عند التوقيع على هذا الطلب، فإنكم تقرون بالإطلاع على وفهم سياسات متلايف بخصوص السرية وشروط الاستخدام عبر الموقع الإلكتروني www.metlife.com/about/privacy والإطلاع على أية شروط استخدام أو بيان السرية لأي مزود خدمة مستقبلي تستخدمه متلايف، وأنكم تفهمون أنه على الرغم من اتخاذ متلايف جميع الاحتياطات لحماية سرية معلومات الأعضاء، فإنها لا تضمن سلامة أية معلومات، وتوافقون على تقديم عنوان البريد الإلكتروني حتى يدرج في قائمة بريد متلايف الإلكتروني وقبول أية مخاطر متزامنة مع ذلك ومرتبطة مع المراسلات عبر البريد الإلكتروني.

| | | |
|---|---|---|
| الاسم بالكامل/خط اليد | التوقيع X | ي ي ش ش س س س س |
| اسم المستفيد | توقيع المستفيد | التاريخ |
| الاسم بالكامل/خط اليد | التوقيع X | ي ي ش ش س س س س |
| اسم الشاهد | توقيع الشاهد | التاريخ |

**للمساعدة**

| البلد | الإمارات العربية المتحدة | كويت | عمان | بحرين | قطر | من أي دولة أخرى |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **الهاتف** | ٨٠٠ ٦٣٨٥٤٣٣ | +٩٦٥ ٢ ٢٤٧ ٤٢٧٧ | ٨٠٠ ٧٠٧٠٨ | ٨٠٠ ٠٨٠٣٣ | ٨٠٠ ٩٧١١ | +٩٧١ ٤ ٤١٥ ٤٥٥٥ |
| **البريد** | **ص.ب. ٣٧١٩١٦ – دبي – الإمارات العربية المتحدة** | | | | | |
| **البريد الإلكتروني** | CustomerServices.Gulf@metlife.com | | | | | |