

إثبات نهائي بالخسارة Final Proof of Loss

American Life Insurance Company (MetLife)
P.O. Box 371916, Dubai, United Arab Emirates
Tel. +971 4 415 4444 - Fax +971 4 415 4445, Gulfclaims@metlife.com



اميركان لايف انشورنس كومباني (متلايف)
ص.ب. ٣٧١٩١٦، الإمارات العربية المتحدة
هاتف ٤٤٤٤ ٤١٥ ٩٧١ + فاكس ٤٤٤٥ ٤١٥ ٩٧١ +
Gulfclaims@metlife.com

Note: This document is furnished to the Claimant without prejudice to or waiver of the rights or defense that the Company may have relative to any claim filed hereunder.

ملاحظة: يقدم هذا النموذج الى المطالب دون المساس بالحقوق التي يمكن أن تكون للشركة بصدر أي طلب مقدم ادناه ودون تنازل عن مثل هذه الحقوق.

1. What is Your full name?

١. ما هو إسمك الكامل؟

2. What is the number of your policy?

٢. رقم البوليصة؟

3. Where do you reside?

(Street, number, city, and country)

٣. أين تقيم؟
(الشارع، الرقم، المدينة، البلد)

4. What was your occupation at the time of this accident / sickness?

٤. ماذا كانت مهنتك عند وقوع الحادث؟

5. Give address of employer or of your place of business.

٥. أذكر عنوان رب العمل أو عنوان مكان عملك.

6. Give amount of your weekly salary or wages (if not employed on this basis, give average weekly earnings).

٦. أذكر قيمة معاشك أو راتبك الأسبوعي (إن لم تكن موظفاً على هذا الأساس فأذكر معدل دخلك الأسبوعي)

7. Give the date when the accident or sickness occurred for which this claim is made

٧. أذكر تاريخ وساعة وقوع الحادث المقدم من أجله هذا الطلب.

8. What actual bodily injuries did you sustain, caused wholly by accident? (for accidental cases).

٨. ماهي الإصابات الجسدية الحقيقية التي نتجت عن هذا الحادث فقط؟

9. State cause and circumstances of the accident. Tell briefly just how it happened. (for accidental cases).

٩. أذكر سبب وظروف الحادث، أذكر بإختصار كيف وقع.

10. Name and address of physician first consulted on account of injuries/sickness above described.

١٠. ماهو إسم وعنوان أول طبيب إستشرته بخصوص الإصابات الموصوفة أعلاه؟

11. How long were you totally disabled, solely by this injury/sickness, so that you could not attend to any part of the duties of your occupation.

١١. كم من الوقت تعطلت تعطيلاً كلياً من هذه الإصابات بحيث لم تتمكن من القيام بأي جزء من واجبات مهنتك؟

12. Are you entitled to any other benefits or compensation, from any source whatsoever? If so, name the companies or associations or other sources, and give amount of weekly benefit payable by each.

١٢. هل تستحق أي منافع أخرى أو تعويض آخر من أي مصدر مهما كان إذا كان ذلك أعط أسماء الشركات أو المؤسسات أو المصادر الأخرى، وأذكر مبلغ التعويض الأسبوعي المستحق من كل منهما.

توقيع المطالب

Signature of the Claimant

التوقيع
Signature

التاريخ
Date

Bank details of Beneficiary / Payee required for wire transfer**تفاصيل الحساب البنكي للمستفيد**

Beneficiary / Payee Name	<input type="text"/>	اسم المستفيد
Beneficiary / Payee Full Address	<input type="text"/>	عنوان المستفيد
Mobile No.	<input type="text"/>	الهاتف المتحرك
Bank Name	<input type="text"/>	اسم البنك
Bank Address	<input type="text"/>	عنوان البنك
Currency Account	<input type="text"/>	نوع العملة
Bank Account Holder Name	<input type="text"/>	اسم مالك الحساب
Bank Account No.	<input type="text"/>	رقم الحساب البنكي
Swift Code	<input type="text"/>	رقم سويفت كود
IBAN No.	<input type="text"/>	رقم الايبان

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

أقر أنا الموقع أدناه بأن جميع المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة وتعلق بحسابي المصرفي.

Signature	<input type="text"/>	التوقيع
-----------	----------------------	---------

Data Transfer: I hereby give MetLife unambiguous consent, to process, share, and transfer My personal data to any recipient whether inside or outside the country, including but not limited to MetLife Headquarters in the USA, MetLife branches, affiliates, Reinsurers, business partners, professional advisers, insurance brokers and/or service providers where MetLife believe that the transfer or share, of such personal data is necessary for: (i) the performance of the Policy; (ii) assisting MetLife in the development of MetLife business and products; (iii) improving MetLife customers experience; (iv) for the compliance with the applicable laws and regulations; or (v) for the compliance with other law enforcement agencies for international sanctions and other regulations applicable to MetLife. MetLife will ensure that such recipients will have sufficient confidentiality obligations to procure the confidentiality of the personal information and provided that MetLife complies with applicable laws in respect of such processing, sharing and transferring of that personal data.

For clarity, personal data means any data/information related to Insured and/or Insured's family which might include any health, identity and financial information or contact details, disclosed to MetLife at any time.

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.

تحويل البيانات: أنا امح متلايف موافقة صريحة لتحويل ومعالجة ومشاركة بياناتي الشخصية الى أي متلق 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 تعتقد بأن نقل أو مشاركة هذه البيانات الشخصية لازم ل (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 الاخرى لدى جهات تنفيذ القانون ذات الصلة بالعقوبات الدولية والأنظمة الأخرى المطبقة بالنسبة للشركة. متلايف تأكد التزامها تجاه المتلقي بالتزامات تعاقدية كافية للحفاظ 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: اقر واعترف ان الوثائق المقدمة والمتضمنه هذا النموذج هي مستندات صحيحة وغير معدله ولدي كافة المستندات الاصلية والتي يمكن ابرازها عند الطلب في أي وقت اثناء معالجة المطالبة وخلال سنه من تاريخ اتخاذ القرار. ووافق على استلام المبلغ المطلوب عند موافقة شركة التأمين على سداد المطالبة ويعتبر هذا التصريح ابراءا لشركة التأمين.

البلد Country	الإمارات العربية المتحدة UAE	الكويت Kuwait	عمان Oman	البحرين Bahrain	قطر Qatar	من أي دولة أخرى Any other Country
الهاتف Call us	٨٠٠ ٦٣٨٥٤٣٣ 800 - MetLife (800 - 6385433)	+٩٦٥ ٢ ٢٠٨ ٩٣٣٣ +965 2 208 9333	٨٠٠ ٧٠٧٠٨ 800 70708	٨٠٠ ٠٨٠٣٣ 800 08033	٨٠٠ ٩٧١١ 800 9711	+٩٧١ ٤ ٤١٥ ٤٥٥٥ +971 4 415 4555
البريد Mail us	ص.ب. ٣٧١٩١٦ - دبي - الإمارات العربية المتحدة P.O. Box 371916, Dubai - U.A.E.					
البريد الإلكتروني E-mail us	Gulfifeclaims@metlife.com					
موقع الكتروني 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.

نحن ملتزمون بتزويدك بأعلى معايير الخدمة. إذا كانت لديك أية ملاحظات عن مستوى الخدمة المقدمة لك فيرجى إشعارنا بها على الفور حتى نتتمكن من ملائمتها. يرجى زيارة صفحة "الملاحظات والشكاوى" للاطلاع على معلومات التواصل والاطلاع على إجراءات معالجة الشكاوى لدينا www.metlife-gulf.com