

# Baggage Delay/Loss

## Claim Form



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.

Name of Claimant(s): First  Last name

Policy number:  Date of claim

Certificate No.

Relationship to card member

Airline  Flight no. (If applicable)

Time of departure  Place of departure

Time of arrival  Place of arrival

Type of expenses incurred\*

\*Please state the name and address

### Bank details of Beneficiary / Payee required for wire transfer

Beneficiary / Payee Name

Beneficiary / Payee Full Address

Mobile No.  Country Code  - Area Code  -  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 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.

Signature of Claimant  Date

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](http://www.metlife-gulf.com) to see how you can get in touch and learn about our Complaints Handling Process.

يرجى تعبئة كافة المعلومات ذات الصلة بشكل كامل ومقروء. ◀

اسم المدعي (المطالبين): الاول	الاسم الاخير
رقم الوثيقة	تاريخ المطالبة
رقم الشهادة	
علاقة المدعي بصاحب الوثيقة	
طيران	رقم الرحلة (ان وجد)
وقت المغادرة	الوجه
وقت الوصول	مكان الوصول
وع المصاريف المتكبدة*	
* يرجى ذكر الاسم والعنوان	

## التفاصيل المصرفية للمستفيد / المدفوع لأمره مطلوبة للتحويل البنكي

التفاصيل المصرفية للمستفيد / المدفوع لأمره	
العنوان الكامل للمستفيد / المدفوع لأمره	
الجوال	رمز الدولة - رمز المنطقة - البريد الالكتروني
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
---------

## تصريح

بموجب هذا أمنح ميتلايف موافقتي الواضحة على معالجة ومشاركة ونقل بياناتي الشخصية\* إلى مستلم داخل أو خارج هذا البلد (بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر ميتلايف، و/أو المقر الرئيسي لشركة اميركان لايف انشورانس وفروعها والشركات التابعة لها وشركات إعادة التأمين وشركاء الأعمال و/أو أي متنازل فعلي أو محتمل، المبتدئ أو المنقول إليه من ميتلايف) حيث يتم طلب معالجة أو نقل أو مشاركة بياناتي الشخصية من قبل أي من المستلمين المذكورين أعلاه أو ضروري أو مطلوب لاداء التزام ميتلايف بموجب هذا التطبيق و/أو بوليصة التأمين، أو للامتثال لأي التزام يخضع له ميتلايف. \*البيانات الشخصية تعني جميع المعلومات المتعلقة بي (سواء تم وضع علامة «شخصية» عليها أم لا) التي تم الكشف عنها لـ ميتلايف 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 ميتلايف.

توقيع المدعي	Signature	تاريخ
--------------	-----------	-------

نحن ملتزمون بتزويدك بأعلى معايير الخدمة. إذا كانت لديك أية ملاحظات عن مستوى الخدمة المقدمة لك فيرجى إشعارنا بها على الفور حتى نتمكن من ملامتها. يرجى زيارة صفحة "الملاحظات والشكاوى" للاطلاع على معلومات التواصل والاطلاع على إجراءات معالجة الشكاوى لدينا [www.metlife-gulf.com](http://www.metlife-gulf.com)

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

اميركان لايف انشورنس كومباني هي شركة تابعة لميتلايف انك