

Recovery Benefit Plan

Claim Form



▶ Please provide all relevant information completely and legibly.

www.metlife-gulf.com

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

Policy No.

Certificate No.

Part A - Insured's Statement

Insured's Name

First Name Middle Name Last Name

Insured's Address

Country City / Town P.O. Box

Telephone - - Mobile - -

1. Nature of disease

2. Date of first consultation

3. Date of diagnosis of disease

4. Payment method: Wire Transfer

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

Authorization

I hereby authorize all doctors or other persons and all hospitals or other institutions to furnish all information (including full copies of their records) regarding myself, my medical history in general and this claim in particular to American Life Insurance Company (MetLife). I agree that a copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

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.

Declaration

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.

Signature of Insured Signature

Date

Part B - Physician's Statement

History of Risk Factors:

A. Hypertension

Yes No

If yes , exact date of onset

HTN Questionnaire should be completed by the Doctor who diagnosed this condition first.

B. Diabetes Mellitus

Yes No

If yes , exact date of onset

DM Questionnaire should be completed by the Doctor who diagnosed this condition first

C. Dyslipidemia

Yes No

If yes , exact date of onset

D. History of smoking

Yes No

If yes , no of cigarettes smoked per day and since when

E. Ischeamic Heart Disease

Yes No

If yes , exact date of onset

Name of Attending Physician

Signature of Physician

 Signature

Date

Need help?

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

يرجى تعبئة كافة المعلومات ذات الصلة بشكل كامل ومقروء.

www.metlife-gulf.com

اميركان لايف انشورنس كومباني (ميتلايف)
ص.ب. ٣٧١٩١٦، الإمارات العربية المتحدة
هاتف: ٤٥٥٥ ٤١٥ ٠٤، فاكس: ٤٤٤٥ ٤١٥ ٠٤، Gulfifclaims@metlife.com

رقم الوثيقة رقم الشهادة

الجزء أ - كشف حساب المؤمن عليه

اسم المؤمن عليه

الإسم الأول إسم الوالد الشهرة

عنوان المؤمن عليه

البلد المدينة/البلدة ص.ب.

الهاتف - رمز الدولة - رمز المنطقة - الجوال - رمز الدولة - رمز المنطقة

١. طبيعة المرض
٢. تاريخ اول استشارة طبية
٣. تاريخ تشخيص المرض
٤. طريقة الدفع: التحويل البنكي

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

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 اميركان لايف انشورانس (ميتلايف). أوافق على اعتبار نسخة من هذا التفويض فعالة وصالحة كأصل.

بموجب هذا أمتح 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 لأداء التزام ميتلايف بموجب هذا التطبيق و/أو بوليصة التأمين، أو للائتمان لأي التزام يخضع له ميتلايف.

*البيانات الشخصية تعني جميع المعلومات المتعلقة بي (سواء تم وضع علامة «شخصية» عليها أم لا) التي تم الكشف عنها ل 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 والتفاصيل، أرصدة الحسابات / الأنشطة أو أي معاملات تمت مع ميتلايف.

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 ميتلايف ويقرر قبول مطالبة السداد واعتبر هذا المستند بمثابة إيصال وإبراء ذمة.

علاوة على ذلك، أؤكد بموجب هذا أن الأموال التي يدفعها ميتلايف 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.

تاريخ

Signature توقيع المؤمن عليه

التاريخ المرضي لعوامل زيادة المخاطر:

أ. ارتفاع ضغط الدم نعم لايرجى تحديد التاريخ اذا كانت الاجابة نعم
يجب ملء الاستبيان من قبل الطبيب الذي يقوم بتشخيص هذه الحالة أولاً.ب. السكري نعم لايرجى تحديد التاريخ اذا كانت الاجابة نعم
يجب ملء الاستبيان من قبل الطبيب الذي يقوم بتشخيص هذه الحالة أولاً.ج. ارتفاع الدهون في الدم نعم لا

يرجى تحديد التاريخ اذا كانت الاجابة نعم

د. مدخن/ة نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم ، كم عدد السجائر التي يتم تدخينها يوميًا ومنذ متى

هـ. مرض القلب الإقفاري نعم لا

يرجى تحديد تاريخ المرض اذا كانت الاجابة نعم

اسم الطبيب المعالج

توقيع الطبيب Signature

تاريخ ي ي ش ش س س س

للمساعدة

البلد	الإمارات العربية المتحدة	كويت	عمان	بحرين	قطر	من أي دولة أخرى
الهاتف	٨٠٠ ٦٣٨٥٤٣٣	+٩٦٥ ٢٢٠٨ ٩٣٣٣	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