

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

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

تعليمات: تستخدم هذه الاستمارة لإعداد مطالبة لمريض داخلي أو خارجي.

لتجنب أي تأخيرات في استحقاق المطالبة، يُرجى التأكد مما يلي:

- أن كل المستندات الأصلية للمطالبة مقدمة باللغة الإنجليزية أو اللغة العربية. يجب ترجمة اللغات الأخرى بواسطة مترجم معتمد رسمياً قبل تقديمها.
- تقديم كافة المستندات الأصلية للمطالبة خلال ٣٠ يوماً من تاريخ تحمل هذه المصاريف. وفقاً لشروط وأحكام وثيقة التأمين الخاصة بكم، تحتفظ شركة متلايف بحقها في رفض المطالبات المقدمة بعد ٩٠ يوماً من تاريخ تحمّل المصاريف.

المتطلبات: (١) نموذج المطالبة الطبية / النقدية (في حالة عدم تقديم المطالبة عن طريق نظام الخدمات الإلكترونية myMetLife)
(٢) الجزء الخاص بالطبيب المعالج (إجباري)
(٣) المستندات الداعمة. يُرجى الرجوع إلى قائمة مراجعة المستندات بصفحة ٢

يملأ من قبل الموظف (*يرجى تعبئة جميع المعلومات). لا تحتاج إلى ملئها إذا قدمت المطالبة عن طريق myMetLife

تاريخ الميلاد	<input type="text"/>	إسم الموظف*
تاريخ الميلاد	<input type="text"/>	إسم المريض*
جنسية المريض*	<input type="text"/>	جنسية الموظف*
رقم هاتف الموظف*	<input type="text"/>	رقم البوليصه* (المذكورة على بطاقتك الصحية)
رقم الشهادة الفردية* (المذكورة على بطاقتك الصحية)	<input type="text"/>	البريد الإلكتروني للموظف*
	<input type="text"/>	العنوان*

طريقة السداد	<input type="checkbox"/> تحويل ^١	<input type="checkbox"/> شيك	مجموع المبلغ المطالب به	العملة
البيانات البنكية تملأ عن طريق myMetLife				

تصريح التحويل

- أقر بأن كل الأجوبة والوثائق المرفقة باستمارة المطالبة هي كاملة و حقيقية. وأفوض أي دكتور، مستشفى، جهاز طبي، شركة تأمين، مؤسسة أو شخص والذي عنده عني أو عن أفراد عائلتي بإعطاء متلايف. الشركة الأمريكية للتأمين على الحياة. المعلومات الكاملة متضمنا نسخ سجلاتهم بالإشارة إلى مريض أو أي علاج، فحص، نصيحة أو إستشفاء. وإن أي نسخة لهذا التصريح ستؤخذ كالنسخة الأصلية.

تنويه

- اني أقر أن الوثائق المقدمة إلكترونيا صحيحة وغير معدلة ولدي كل الوثائق الأصلية التي يمكن تقديمها بناء على طلب من شركة التأمين. أنا وأفق أيضا وبناء على تقدير من متلايف أن تطلب هذه الوثائق في أي وقت خلال فترة سنة واحدة تحسب من تاريخ تقديم هذا المطالبة، والتي سوف أقدمها خلال فترة لا تتجاوز ٣٠ يوما من الطلب. في حالة عدم الامتثال، ستفرض المطالبة. إذا تأكدت حالة الرفض، سوف أسدد أي مبلغ تدفعه متلايف لي أو لأي طرف له علاقة بهذه المطالبة.
- تحويل البيانات: أنا امنح 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 لـ (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 الأخرى لدى جهات تنفيذ القانون ذات الصلة بالعقوبات الدولية والأنظمة الأخرى المطبقة بالنسبة للشركة. متلايف تأكد التزامها تجاه المتلقي بالتزامات تعاقدية كافية للمحافظة على و لضمان 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.

تاريخ	<input type="text"/>	إمضاء الموظف
-------	----------------------	--------------

How to submit the form	من أي دولة أخرى	قطر	بحرين	عمان	كويت	الإمارات العربية المتحدة	البلد
يرجى إرسال الوثائق الأصلية إلى: رعاية العملاء - متلايف ص.ب. ٣٧١٩١٦، دبي، الإمارات العربية المتحدة	+٩٧١ ٤ ٤١٥ ٤٥٥٥	٨٠٠ ٩٧١١	٨٠٠ ٠٨٠٣٣	٨٠٠ ٧٠٧٠٨	+٩٦٥ ٢ ٢٠٨ ٩٣٣٣	٨٠٠ ٦٣٨٥٤٣٣	الهاتف
	ص.ب. ٣٧١٩١٦ - دبي - الإمارات العربية المتحدة						البريد
	Gulfifeclaims@metlife.com						البريد الإلكتروني
	www.metlife.ae						موقع الكتروني

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

يملأ من قبل الطبيب المعالج (*المعلومات اللازمة)

ي	ي	ش	ش	س	س	س	س	تاريخ الميلاد	إسم المريض
									الأعراض الرئيسية*
									التشخيص*
									منذ متى يعاني المريض من هذا المرض؟*
									الرجاء تحديد التاريخ الذي ظهرت فيه الأعراض لأول مرة:
									إذا عولج من قبل طبيب آخر، الرجاء تحديد الإسم و تفاصيل المعالجة:
									إذا نشأت المطالبة عن حمل / ولادة، يرجى تحديد موعد آخر دورة شهرية*:
									تفاصيل المعالجة (بخلاف الوصفة)
									إذا كان متوقع علاج إضافي أو إجراء طبي، الرجاء تزويدنا بالتفاصيل:
									إسم الطبيب و عنوانه و رقم التليفون
									إمضاء الطبيب و ختمه

قائمة المستندات الذي يجب تقديمها للأفراد المؤمن عليهم

المطلوب	مربع التحقق	المستندات	ملاحظات
نعم	<input type="checkbox"/>	نموذج المطالبة الطبية / النقدية (تتضمن الجزء الخاص بالطبيب المعالج)	كامل وموقع منكم ومن الطبيب/ الجراح
نعم	<input type="checkbox"/>	التقرير الطبي التفصيلي	يتضمن تفاصيل المرض/ التشخيص أو الحادث وتواريخ بدئه/ حدوثه، وموقع من طبيبك المعالج
نعم	<input type="checkbox"/>	فاتورة المستشفى/ العيادة الأصلية	أصلية
إن كان سارياً	<input type="checkbox"/>	نسخة من كل تقارير الأشعة السينية/ مخطط الصدى/ الأشعة المقطعية ذات الصلة	يجب أن يتضمن اسم المؤمن عليه وتاريخ إجراء الأشعة
إن كان سارياً	<input type="checkbox"/>	نسخة من كل الفحوص المخبرية وتقاريرها	ذات الصلة بهذه الحالة
إن كان سارياً	<input type="checkbox"/>	نسخة من تقرير الشرطة	يُطلب إذا كانت المطالبة متعلقة بحادث

تذكر ما يلي:

لمساعدتنا في معالجة مطالبتك التأمينية في أسرع وقت ممكن، عليك أن تقدم المستندات السابقة. وإلا فقد تتأخر المطالبة أو يتم رفضها.

كيف تقدم المطالبة

عن طريق الخدمة الإلكترونية myMetLife أو بالاتصال بإدارة الموارد البشرية في جهة عملك لمعرفة الإجراءات لتقديم المطالبة.