

يجب أن تملأ هذه الإفادة من قبل رب العمل أو وكيله المفوض تفويضاً صحيحاً، كالمراقب أو مأمور صرف الرواتب أو إلخ.  
ويجب الا تملأ من قبل موظف عادي أو كاتب حسابات أو ملاحظ العمال ما لم يتمتعوا بإذن خاص، ولا من قبل أي وكيل لأميركان لايف إنشورنس كومباني.

١- الإسم الكامل للمؤمن له

٢- الإسم وعنوان العمل لمستخدم المؤمن له

٣- متى إضطر المؤمن له أن يتخلى عن واجبات عمله؟ (إعط التاريخ بالضبط)

٤- متى عاد المؤمن له إلى عمله؟

٥- هل كانت الإصابة اللاحقة بالمؤمن له السبب الوحيد لتغييره عن العمل كامل المدة المذكورة أعلاه؟ إذا كان لا، أعط تفاصيل.

## للمساعدة

البلد	الإمارات العربية المتحدة	كويت	عمان	بحرين	قطر
الهاتف	٨٠٠ ٦٣٨٥٤٣٣	+٩٦٥ ٢ ٢٤٧ ٤٢٧٧	٨٠٠ ٧٠٧٠٨	٨٠٠ ٠٨٠٣٣	٨٠٠ ٩٧١١
البريد	ص.ب. ٣٧١٩١٦ - دبي - الإمارات العربية المتحدة				
البريد الإلكتروني	customerservices.gulf@metlife.ae				
موقعنا	www.metlife-gulf.com				

الختم والتوقيع

وظيفة الموقع

التاريخ

الشاهد