



وفّر الوقت واحصل على مبلغك المستحق بسرعة بإرسال مطالبتك عن طريق نظام الخدمة الإلكترونية "e-services" وإختيار التحويل البنكي
Visit www.eservicesgulf.metlife.com to login or register.

سريعة
آمنة
يوصى باستخدامها
بدون إجراءات معقدة

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

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

- 1- أن كل المستندات الأصلية للمطالبة مقدمة باللغة الإنجليزية أو اللغة العربية. يجب ترجمة اللغات الأخرى بواسطة مترجم معتمد رسمياً قبل تقديمها.
- 2- 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 تحمل المصاريف.

- 1- نموذج المطالبة الطبية / النقدية (في حالة عدم تقديم المطالبة عن طريق نظام الخدمات الإلكترونية «e-Services»)
- 2- الجزء الخاص بالطبيب المعالج (إجباري)
- 3- 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 «e-Services»

ي	ي	ش	ش	س	س	س	س	س	س	تاريخ الميلاد		إسم الموظف*
ي	ي	ش	ش	س	س	س	س	س	س	تاريخ الميلاد		إسم المريض*
										جنسية المريض*		جنسية الموظف*
										رقم هاتف الموظف*	رمز البلد - رمز المدينة	رقم البوليصه* (المذكورة على بطاقتك الصحية)
										رقم الشهادة الفردية* (المذكورة على بطاقتك الصحية)		البريد الإلكتروني للموظف*
												العنوان*

طريقة السداد

شيك

تحويل

البيانات البنكية تملأ عن طريق «e-Services»

مجموع المبلغ المطالب به العملة

تصريح التحويل

- أقر بأن كل الأوجبة والوثائق المرفقة بإستمارة المطالبة هي كاملة وحقيقية. 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 متضمناً نسخ سجلاتهم بالإشارة إلى مرضي أو أي علاج، فحص، نصيحة أو إستشفاء. وإن أي نسخة لهذا التصريح ستؤخذ كالتسعة الأصلية.
- تنويه
إني أفوض متلايف بالقيام بدفع تعويضات مطالباتي النقدية من خلال خدمة التحويل المصرفي إلى رقم الحساب المحدد أعلاه. هذا الإتفاق سوف يبقي ساري المفعول ما لم أقم بإرسال طلب خطي بإلغاء الخدمة لييه إشعار من قبل متلايف يؤكد إيقاف الخدمة. في أي حال من الأحوال إذا قامت متلايف بتحويل مبلغ أكبر من المبلغ المستحق إلى حسابي المصرفي بسبب خطأ ناتج عن ازدواجية المعاملة أو خطأ إلكتروني ناتج عن عملية التحويل، فإني أفوض متلايف بعكس المعاملة وسحب المبلغ الزائد.
- متلايف سوف تحمل الرسوم على حساب سداد المطالبات المفروضة من قبل المصرف المحول. جميع الرسوم التي يمكن أن تترض من قبل المصرف المستفيد/طرف ثالث مزود سوف يتحملها المستفيد. نقتح بتأكيد هذه الإتهامات إن وجدت، مع مزود حسابك المصرفي.
- اني أقر أن الوثائق المقدمة إلكترونياً صحيحة وغير معدلة ولدي كل الوثائق الأصلية التي يمكن تقديمها بناء على طلب من شركة التأمين. أنا أوافق أيضاً 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 يوماً من الطلب. في حالة عدم الامتثال، سترفض المطالبة. إذا تأكدت حالة الرفض، سوف أسدد أي مبلغ تدفعه متلايف لي أو لأي طرف له علاقة بهذه المطالبة.
- اخذت علماً بأن إصدار واستمرارية عقد التأمين الخاص بي يخضع للوائح والقواعد الواجبة التطبيق والنفاذ على الشركة فيما يتعلق بالعقوبات الدولية وأوافق أنه لغرض الامتثال بالعقوبات المحلية والدولية بما في ذلك العقوبات الخاصة بمكتب مراقبة الأصول الأجنبية والأمم المتحدة، ويجوز للشركة وفق تقديرها الخاص اتخاذ أي إجراء تراه ملائماً فيما يتعلق بإصدار وتجميد أي عقوبة تتعلق ببوليصه التأمين الخاصة بي و/أو استمرار نفاذها.
- أمتح بموجب هذا المستند للشركة الأمريكية للتأمين على الحياة موافقة صريحة لتحويل بياناتي الشخصية ومشاركتها ونقلها إلى أي متلق خارج الدولة (أي مقر الشركة بالولايات المتحدة الأمريكية و/أو الفروع والجهات التابعة الأخرى لمجموعة شركة التأمين) متى كان نقل البيانات أو مشاركتها لازماً لتنفيذ العقد أو لامتثال لأي التزام قانوني تخضع له الشركة والقيام عند الضرورة بنقل أو مشاركة أي معلومة لدى الجهات التنظيمية وجهات تنفيذ القانون لأداء مهامها ذات الصلة بالعقوبات الدولية وغيرها من اللوائح المعمول بها الخاصة بالشركة.

إمضاء الموظف تاريخ

قطر ٨٠٠ ٩٧١١	البحرين ٨٠٠ ٠٨٣٣	عمان ٨٠٠ ٧٠٧٠٨	الكويت +٩٦٥ ٢٢٠ ٨٩٣٣٣	السعودية ٨٠٠ ٦٣٨٥٣٣	للمساعدة
-----------------	---------------------	-------------------	--------------------------	------------------------	----------

يملأ من قبل الطبيب المعالج * (المعلومات اللازمة)

ي	ي	ش	ش	س	س	س	س	س	س	تاريخ الميلاد	اسم المريض
										الأعراض الرئيسية *	
										التشخيص *	
										منذ متى يعاني المريض من هذا المرض؟ * الرجاء تحديد التاريخ الذي ظهرت فيه الأعراض لأول مره.	
										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 المختبرية وتقاريرها	ذات الصلة بهذه الحالة
إن كان سارياً	<input type="checkbox"/>	نسخة من تقرير الشرطة	يطلب إذا كانت المطالبة متعلقة بحادث

تذكر ما يلي:

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

كيف تقدم المطالبة

عن طريق الخدمة الإلكترونية «e-Services» أو بالاتصال بإدارة الموارد البشرية في جهة عملك لمعرفة الإجراءات لتقديم المطالبة.