MetLife

الحوادث الشخصية

إستمارة طلب / إعادة سريان بوليصة

أميركان لايف إنشورنس كومباني
ويلمنغتون، ديلاوير، الولايات المتحدة الأمريكية، تأسست عام ١٩٢١

المكتب الإداري:
ص.ب. ٣٧١٩١٦ دبي – الإمارات العربية المتحدة
تليفون ٤٥٥٥ ٤١٥ ٤ ٩٧١+ فاكس ٤٤٤٥ ٤١٥ ٦ ٩٧١+

◀ الرجاء ملء الإستمارة بخط واضح

تعليمات: يستخدم هذا الطلب لإعادة سريان بوليصة الحوادث الشخصية

المتطلبات: (١) طلب لإعادة سريان بوليصة الحوادث الشخصية

الموقع أدناه / مؤمن بموجب البوليصة رقم _____ على حياة _____

يلتمس بموجب هذا الطلب من أميركان لايف إنشورنس كومباني (متلايف) إدخال التعديل / التعديلات المؤشر عليها أدناه بأية وسيلة مقبولة من الشركة.

يسري مفعول هذا التعديل إعتباراً من _____ بالشروط المبينة أدناه

☐ زيادة المستفيد ☐ تغيير المستفيد

الإسم الكامل للمستفيد	صلة القرابة	تاريخ الميلاد	العنوان	الجنسية

☐ تغيير طريقة الدفع من _____ إلى _____ إبتداء من تاريخ القسط المستحق في _____

☐ تغيير العنوان / المهنة إلى _____

☐ التوقيع السابق X _____ التوقيع الجديد X _____

☐ جدول بالمنافع الجديدة المطلوبة (أذكر جميع المنافع، بما فيها المنافع الغير مطلوب تعديلها)

المنافع	طالب التأمين	الزوج	المعول ( )	القسط السنوي
الوفاة فصل الأعضاء والعجز كلي الدائم بحادث	المبلغ الأساسي تعويض مضاعف: النقل العام ☐ نعم ☐ لا للمسافر جواً ☐ نعم ☐ لا	المبلغ الأساسي تعويض مضاعف: النقل العام ☐ نعم ☐ لا للمسافر جواً ☐ نعم ☐ لا	المبلغ الأساسي	
إرجاع النفقات الطبية الناتجة عن الحادث	القيمة	القيمة	القيمة	
الدخل في حالة العجز عن الحادث	الدخل الاسبوعي	الدخل الاسبوعي	لا يُطبق	
الدخل عن الإستشفاء نتيجة لحادث أو مرض	الدخل الاسبوعي	الدخل الاسبوعي	الدخل الاسبوعي	
المصاريف الجراحية في المستشفى نتيجة لحادث أو مرض	الحد الأقصى للتعويض	الحد الأقصى للتعويض	الحد الأقصى للتعويض	
الدخل الشهري مدى الحياة	التعويض الشهري	التعويض الشهري	لا يُطبق	
نماذج عقود اضافية و تظهيرات				

الرجاء ذكر معدل الدخل الأسبوعي خلال الأثنى عشر شهراً الماضية: _____

☐ إعادة سريان: أتقدم بطلب إعادة سريان البوليصة المذكورة أعلاه.

دفعت مع هذا الطلب مبلغ: _____

المجموع	
طوابع — ضرائب ورسوم	
مجموع القسط السنوي	
عامل تعديل القسط	
القسط المعدّل	

تصريح يتعلق بجميع المؤمن عليهم المسمين:

أشهد أنه لم يحدث تغيير في حالتي الصحية، و أني لم أنل بتاتاً أية رعاية أو إستشارة طبية أو فحص طبي، ولم أجري أية فحوصات طبية، وخصوصاً فحوصات الدم المتعلقة بفيروس النقص المناعي البشري (الإيدز)، منذ تاريخ إملاء طلبي للحصول على بوليصة تأمين لدى أميركان لايف إنشورنس كومباني (متلايف)، وبالإضافة، فإن كل أجوبتي كما هي مدونة في الطلب المذكور وخاصة فيما يتعلق بمهنتي، لازالت صحيحة (بإستثناء ماهو مذكور أدناه×). أدرك أن إعادة سريان بوليصتي مشروط بصحة هذا التصريح، كما أصرح زيادة على ما تقدم أنة في حال إعادة سريان بوليصتي، أني أدرك وأوافق أنها ستغطي الضرر الحاصل بعد تاريخ إعادة السريان هذه وحسب شروط البوليصة. (إذا كان الطالب أنثى متزوجة) أصرح زيادة على ما تقدم أنني لست حاملاً الآن.

أمنح 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 لازمًا لتنفيذ العقد او للامتثال 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.

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 ملائمًا فيما يتعلق بإصدار وتجميد أي عقوبة تتعلق ببوليصة التأمين الخاصة بي و/أو استمرار نفاذها.

× إستثناءات بالرغم من أي نص مخالف في بوليصة التأمين أو في أي من العقود الإضافية المرفقة بها، يجوز للشركة أن تسند إلي هذا الطلب لإجراء التعديل المطلوب دون الحاجة إلى أي تظهير من أي نوع كان.

وقعت وكان مدينة/دولة _____ في _____ من شهر _____ عام ☐☐ ٢٠

الشاهد	توقيع المؤمن عليه	توقيع مالك البوليصة

(لإستعمال الشركة فقط)

لقد تم تعديل / إعادة سريان البوليصة من قبل الشركة كما هو مطلوب أعلاه، ويسري مفعوله بتاريخ _____

تاريخ ش ي ش ش س س س س التوقيع السابق X _____

© MetLife