

شركة متلايف لتأمينات الحياة
METLIFE, LIFE INSURANCE COMPANY
نموذج البيانات الخاصة بالشخص المطلوب التأمين عليه

لإستخدام متلايف فقط

رقم الشهادة الفردية :
رقم العقد الجماعي :
تاريخ بدء سريان التأمين على المؤمن عليه:
ملاحظات الموظف المسئول :
التاريخ :
التوقيع :
ملاحظات أخرى :

ملاحظة : يرجى الإجابة على جميع الأسئلة وعدم إغفال ذكر أي بيانات طبية أو تواريخ أو توقعات مطلوبة ، كما يرجى في الجزء الثاني من النموذج ذكر رقم الشهادة الفردية مطابقاً لما جاء في سجلات الشركة وفي كشوف الإشتراك في التأمين وتحصيل الأقساط. تحتفظ الشركة بحقها في طلب إثبات طبي لصلاحية الشخص المطلوب التأمين عليه وكذلك بحقها في قبول أو رفض أي تأمين بناء على النظم المعمول بها لديها

الجزء الأول : بيانات يستوفيه الشخص المطلوب التأمين عليه:

١- إسم الشخص المطلوب التأمين عليه (كما هو وارد في مستند إثبات الشخصية)

٢- إسم الشخص المطلوب التأمين عليه (باللغة الإنجليزية) :

ذكر أنثى أعزب متزوج

٣- مستند إثبات الشخصية رقم تاريخ جهة الإصدار

٤- تاريخ الميلاد السن محل الميلاد الجنسية

٥- المهنة (أذكر المهنة بالتفصيل) : ٦- طبيعة العمل (إداري / ميداني) :

٧- طبيعة عمل الشركة :

المعلومات الطبية الخاصة بالشخص المطلوب التأمين عليه :

(ملاحظة : في حالة الإجابة ب«نعم» على أي من الأسئلة الآتية، نرجوا ذكر التفاصيل في الجدول المعد لذلك)

١- إسم وتخصص آخر طبيب استشرته

سبب الإستشارة تاريخ الإستشارة

إذا كانت الإجابة « فحص عام » أذكر الفحص ونتأجه :

لا نعم

٢- هل تدخن السجائر أو أي أنواع أخرى من الدخان ؟ العدد يوماً

٣- هل كنت تدخن وتوقفت ؟ (إذا كانت الإجابة نعم، أذكر السبب والعدد والتاريخ) :

٤- الطول سم ، الوزن كجم، هل تغير وزنك خلال السنة الماضية؟

٥- هل سبق وأن عانيت من :

أ- إرتفاع ضغط الدم / آلام بالصدر/ أمراض القلب / سكر أو زلال في البول / حمى روماتيزمية؟

ب- سرطان / مرض رئوي أو كلوي / اضطراب عقلي أو عصبي أو نفسي / علة في المعدة أو الكبد أو الجهاز الهضمي / البلهارسيا؟

٦- هل أجريت لك صور أشعة أو رسم قلب أو أية فحوص تشخيصية أخرى؟

٧- أ - هل استشرت طبيباً لأي سبب آخر ؟

ب - هل تتلقى الآن أي نوع من أنواع العلاج ؟

ج - هل تعاني من أية عاهات أو تشوهات جسدية أو علة في النظر أو السمع ؟

٨- هل تلقيت استشارة طبية أو علاجاً متعلقاً بالإيدز (مركب المناعة المكتسب) أو بمركب متصل بالإيدز أو بمرض منقول جنسياً أو قيل أنك مصاب بالإيدز أو بمركب متصل بالإيدز أو أجري لك فحص للكشف عن الإيدز (أذكر السبب والنتيجة) أو شكوت من أية من الأعراض التالية ولا زالت بدون تفسير : الإرهاق / نقص الوزن / الإسهال / تضخم الغدد الليمفاوية / آفات جلدية غريبة ؟

٩- هل تعتزم أو طلب منك إجراء استشارة طبية أو أي فحوص طبية ؟

١٠- سؤال للإناث فقط :

هل أنت حامل : إذا كنت حاملاً منذ كم شهر ؟

٨- معلومات أخرى :

لا نعم

أ- هل تمارس أو تنوي ممارسة نشاطات خطيرة مثل (الغوص . السباق...) أو تنوي الطيران في وسائل نقل جوية إلا

كمسافر عادي على خطوط تجارية عادية ؟

(إذا كانت الإجابة «نعم» يرجى تعبئة البيان المناسب)

ب- هل سبق أن رفض لك طلب تأمين (حياة، حوادث، صحي) أو إعادة سريانه أو أرجئ البت فيه أو صنف بتعريفه أعلى

من القسط العادي أو عدل بأية طريقة أو ألغي ؟

إذا كانت الإجابة «نعم» لأي من الأسئلة السابقة أذكر التفاصيل الكاملة في الجدول التالي

(أسماء الأطباء، المستشفيات، سبب الإستشارة، العلاج، العمليات الجراحية، النتائج، التشخيص.

الأعراض، أنواع النشاط..... الخ)

وإذا لم يتسع الجدول لجميع التفاصيل يرجى استعمال ورقة إضافية منفصلة لإستكمال التفاصيل.

سؤال رقم	التاريخ	التفاصيل
.....
.....
.....
.....

٩- المستفيدون (في حالة الوفاة فقط) :

الإسم بالكامل	السن	صلة القرابة / العلاقة	النسبة
.....
.....
.....
.....

تعباً فقط في حالة أن يكون المسفيد (ون) هم المعينين بواسطة المؤمن عليه وليس المتعاقد.

ما لم يذكر خلاف ذلك أعلاه :

(أ) توزع المبالغ المستحقة الدفع بموجب هذه الوثيقة بالتساوي بين الأشخاص المعينين كمستفيدين والباقيين على قيد الحياة لدى وفاة المؤمن عليه.

(ب) يحتفظ المؤمن عليه بحق تغيير المستفيدين

الجزء الثاني : بيانات يستوفيه المتعاقد :

١- إسم الشخص المطلوب التأمين عليه (مطابقاً لما هو وارد في مستند إثبات الشخصية) :

٢- تاريخ التعيين : اليوم الشهر السنة

٣- وثيقة تأمين جماعي رقم : ٤- الفئة / المجموعة الفرعية :

٥- رقم الشهادة الفردية :

٦- المهنة : ٧- الأجر السنوي (إذا كان مبلغ التأمين محتسباً على أساسه) :

العملة : مبلغ التأمين :

٨- هل لديك علم بأي أسباب صحية أو أي أسباب أخرى قد تجعل الشخص المطلوب التأمين عليه غير صالح للتأمين ؟

لا

نعم

٩- هل تغيب الشخص المطلوب التأمين عليه عن العمل لأسباب مرضية أو نتيجة لإصابة جسدية خلال فترة السنة شهور الماضية ؟

لا

نعم

(إذا كانت الإجابة بنعم فيرجى ذكر التفاصيل و التواريخ)

الجزء الثالث : توقيع الشخص المطلوب التأمين عليه والمتعاقد :

أقر هنا بأن البيانات والإجابات عن الأسئلة الواردة أعلاه بكل أجزاء هذا النموذج كاملة وصحيحة حسب معلوماتي وأرخص لأي طبيب أو مستشفى أو شركة تأمين أو أي مؤسسة أخرى لديها سجلات أو معلومات عنى أو عن حالتى الصحية أن تعطى لشركة متلايف لتأمينات الحياة كل ما تطلبه من معلومات عنى وعن حالتى الصحية وتاريخى الصحى وسجلات دخولى للمستشفيات ، ويكون لصورة هذا الترخيص صلاحية النفاذ كالأصل تماماً.

توقيع الشخص المطلوب التأمين عليه

ختم وتوقيع المتعاقد

التاريخ