

- وفاة
 أمراض مستعصية
 عجز كلي/ جزئي ، دائم / مؤقت
 نفقات مستشفى و/أو مصاريف جراحية
 نفقات طبية
 أخرى

أ. المعلومات الشخصية لمالك البوليصة و/أو المستفيد

الاسم الكامل:
 الرقم الوطني: الجنسية: جنسيات أخرى:
 هل تحمل البطاقة الخضراء الأمريكية (الجرين كارد) نعم لا هل أنت مواطن أمريكي؟ نعم لا
 هل أنت مقيم في الولايات المتحدة الأمريكية؟ نعم لا هل أنت دافع ضرائب أمريكي؟ نعم لا
 طبيعة العمل الحالي للمستفيد: طبيعة عمل مالك البوليصة عند الوفاة:
 رقم الهاتف الخليوي: البريد الإلكتروني:
 عنوان المنزل:
 عنوان العمل:

ب. بيانات البوليصة:

بوليصة تأمين على الحياة رقم: بوليصة حوادث رقم:

ج. معلومات تتعلق بالاصابة / المرض:

التاريخ: / / المكان: السبب: مرض حادث أخرى

1. في حالة الإصابة نتيجة حادث / الوفاة بحادث:

• اشرح ظروف الحادث بالتفصيل، النتائج المترتبة على الحادث (نوع الاصابة بالتفصيل):

.....

2. في حالة الاصابة بمرض / الوفاة نتيجة مرض:

• اشرح تفاصيل المرض و تاريخ ظهور الأعراض الأولى للمرض:

.....

• اذكر تاريخ أول فحص طبي تشخيصي للمرض:

.....

• اذكر اسم وعنوان ورقم هاتف الطبيب المعالج / الأطباء المعالجين:

.....

• إذا تم دخول مستشفى من / / إلى / /

• اذكر اسم وعنوان المستشفى:

.....

• اذكر اسم وعنوان ورقم هاتف الطبيب المعالج / الأطباء المعالجين:

.....

• ما هي الأمراض و الاصابات الاخرى التي عانيت منها خلال السنوات الماضية؟

.....

• اذكر وبالتحديد التاريخ و اسم وعنوان ورقم هاتف الطبيب المعالج / الأطباء المعالجين:

.....

د. دفع المنفعة :

في حال تقرر دفع المطالبة، سيتم تحويل المبلغ القابل للدفع مباشرة الى الحساب البنكي المستفيد بناء على المعلومات التالية:

المؤمن له / المستفيد :

الاسم الكامل :

رقم بطاقة اثبات الشخصية: (الرقم الوطني) أو (رقم السجل التجاري):

رقم الحساب الدولي:

اسم البنك: الفرع:

الاسم الكامل لصاحب الحساب:

أنا الموقع أدناه كمؤمن له / مستفيد، أصرح بأنني أوافق على دفع قيمة المطالبة، على الحساب المذكور أعلاه وأن جميع المعلومات المصرح بها أعلاه هي صحيحة، وفي حال كانت البيانات غير دقيقة أو غير مكتملة أتفهم وأقبل أن متلايف غير مسؤولة عن تحويل المبلغ القابل للدفع الى رقم حساب خاطيء، وأيضا أقبل بأن تكون أية عملية لازمة لاستعادة المبلغ ستتتم من طرفي أنا، دون أية مسؤولية من أي نوع على شركة متلايف.

ه. إيصال و إبراء

باستلام المبلغ من متلايف، أنا وبدون شروط، أبرء ذمة شركة متلايف وجميع فروعها ومدرائها وموظفيها ووكلائها وممثليها ومحاميها، إبراء عاماً و شاملاً ماضياً وحاضراً ومستقبلاً من أي وكل المطالبات والمناقصات والتعويضات والمبالغ المتعلقة بشكل مباشر أو غير مباشر بهذه البوليصة و/ أو أي مطالبة معروفة أو غير معروفة متعلقة بهذه البوليصة.

وأعتبر هذه الحوالة إبراء لذمة المتأمنين من المطالبة موضوع الحوالة إبراء شاملاً مسقطاً لحق المطالب بأية مبالغ وأضرار وتعويضات ونفقات وفوائد واجور فضائية مهما كانت متعلقة بهذه المطالبة وهذه البوليصة.

و. إبراء ذمة و تصريحات عامة

أنا، الموقع أدناه، أوافق على ما يلي:

مصادقة البيانات: أصادق على أن جميع الإجابات السابقة المذكورة أعلاه هي حقيقية وصحيحة إلى حد علمي وأفضل معرفتي، وأوافق على أن التصريحات والإفادات الخطية المقدمة من جميع الذين استشرتهم أو عالجوني ستتشكل وستكون بموجب هذا النموذج جزء من إثبات الادعاء (الخسارة) / الوفاء. وأوافق على تقديم هذه النماذج أو أية نماذج أخرى تطلبها الشركة، وأوافق وأتفهم أنه في حال كانت البوالص المذكورة أعلاه متوقفة لعدم الدفع أو منتهية الصلاحية أو ملغاة لن يكون لهذه البوالص أي تأثير قانوني أو مادي، وأبرء ذمة متلايف بشكل عام ونهائي وقطعي من أية مسؤولية أو التزام بموجب هذه البوالص. **تفويض اعطاء المعلومات الطبية المطلوبة من قبل شركة التأمين :** أموض جميع الأطباء والمستشفيات والعيادات والصيدليات والمختبرات والمؤسسات وغيرهم من الأشخاص الذين عالجوني أو لديمهم أية سجلات تخص حالتي الصحية باعطاء شركة متلايف للتأمين المعلومات كاملة (بما في ذلك نسخ كاملة عن سجلاتي لديهم) بخصوص هذه المطالبة، أية نسخة أو صورة عن هذا التفويض تعتبر صحيحة وكأنها الأصل.

الخصوصية و نقل المعلومات:

مالك البوليصة و/أو المؤمن عليه يفوض بموجب هذا الشركة وموظفيها ووكلائها ("ممثلو الشركة") في (i) جمع ومعالجة وتخزين واستخدام ونقل والكشف على والتصرف بجميع المعلومات المتعلقة ببياناته الشخصية، بصورة مباشرة أو غير مباشرة، من أجل الوفاء بأي التزام تخضع له الشركة في الأردن و/أو خارج الأردن عندما تكون هذه المعالجة، و/أو النقل و/أو الإفصاح ضرورية لتنفيذ العقد المبرم بينه وبين الشركة و/أو (ii) مشاركة، نقل، كشف، أو تسهيل الوصول إلى بياناته الشخصية، مع أي طرف ثالث داخل الأردن و/أو خارج الأردن كلما تستدعي الحاجة ووفقاً لتقدير الشركة وعندما تكون هذه المشاركة، ويكون هذا النقل، وهذا الكشف ضرورياً لتنفيذ الشركة و/أو أي من الشركات التابعة لها أو المالكة لها التزاماتها التعاقدية و/أو لتقيدها بالأنظمة والقوانين المرعية الإجراء داخل الأردن و/أو خارجه، كما أن مالك البوليصة و/أو المؤمن عليه يوافق على قيام الشركة بالحصول من والمشاركة مع أي طرف آخر داخل أو خارج الأردن وفقاً لما تراه مناسباً، على أية معلومات تتعلق به و/أو بأفراد عائلته مالية كانت و/أو مهنية و/أو شخصية بهدف تنفيذ أحكام بوليصة التأمين وتحصيل أقساط التأمين العائدة لبوليصته أو بوالصه مع الشركة و/أو بهدف تنفيذ التزاماتها القانونية و/أو التعاقدية في الأردن و/أو خارج الأردن.

التحديدات والاستثناءات المتعلقة بالعقوبات الدولية والمحلية: أقر وأتفهم بأنه لن يتم توفير التغطية التأمينية ولن يتم سداد دفعات بموجب عقد التأمين في حال: (i) كان صاحب الوثيقة أو المؤمن عليه أو الشخص المؤهل لتلقي هذه الدفعات مقيماً في دولة مفروض عليه عقوبات، (ii) كان صاحب الوثيقة أو المؤمن عليه أو الشخص المؤهل لتلقي هذه الدفعات مقيماً في دولة مفروض عليه عقوبات، (iii) كان صاحب الوثيقة أو المؤمن عليه أو الشخص المؤهل لتلقي هذه الدفعات مقيماً في دولة مفروض عليه عقوبات، (iv) كانت المطالبة لسداد قيمة أي خدمات متلقاة في أي دولة خاضعة للعقوبات، الرقابة على الأصول الأجنبية أو أي قائمة عقوبات دولية أو محلية أخرى، (v) كانت المطالبة لسداد قيمة أي خدمات متلقاة في أي دولة خاضعة للعقوبات، كما أقر وأتفهم بأن الشركة لن تتحمل أي مسؤولية عن دفع قيمة أي مطالبة أو توفير أي تغطية أو منفعة في حال أن دفع هذه المطالبة أو توفير هذه التغطية أو المنفعة يعرض الشركة لأي عقوبة أو حظر أو قيود بموجب قرارات الأمم المتحدة أو العقوبات التجارية أو الاقتصادية أو القوانين أو الأنظمة المعمول بها في الاتحاد الأوروبي أو المملكة المتحدة أو الولايات المتحدة الأمريكية أو أي قوانين أخرى نافذة.

FATCA Declaration (Foreign Account Tax Compliance Act): مالك البوليصة و/أو المؤمن عليه يقر ويفيد بأنه على علمه ويوافق على أنه ولغرض أحكام قانون الالتزام بضريبة الحسابات الأجنبية – FATCA وهو قانون أمريكي مصمم لتحديد الملكية الأمريكية للحسابات الأجنبية في مؤسسات مالية غير أمريكية، بما يشمل الصناديق الغير أمريكية – يقوم بموجب هذا بتفويض الشركة (معاً مع موظفيها، ومستخدميها ومندوبيها)، بصفته حامل بوليصة تأمين لدى الشركة بمعالجة ونقل أي من بياناته الشخصية إلى IRS الأمريكية (خدمة العوائد الداخلية في الولايات المتحدة الأمريكية) بما فيها اسمه وعنوانه ورقم الهوية الضريبية/ رقم الضمان الاجتماعي ورسيد الحساب الخاص بالبوليصة عند استلام الطلب الرسمي من IRS الأمريكية في هذا الشأن.

وبالتالي، فإن مالك البوليصة و/أو المؤمن عليه يتنازل عن حقه في السرية بشأن المعلومات أعلاه وأي معلومات شخصية أخرى والتي قد يتم الإفصاح عنها من قبل الشركة لغرض الالتزام بمتطلبات FATCA. يوافق مالك البوليصة و/أو المؤمن عليه على إخلاء وحجب الضرر عن الشركة (معاً مع موظفيها ومستخدميها ومندوبيها) من أي وكافة المطالبات أو الإجراءات أو الأضرار من أي نوع ناشئ عن أو بأي طريقة مرتبط بإصدار و/أو استخدام المعلومات أعلاه بموجب هذا التنازل. يكون مالك البوليصة و/أو المؤمن عليه ممثلاً للشركة إذا تم إعلامه بأي إفصاح يخض بياناته قد يتم لل IRS الأمريكية طبقاً لهذا التنازل. وأيضا فإن مالك البوليصة و/أو المؤمن عليه أخذ علماً ويوافق على أنه يحق للشركة وفقاً لتقديرها المطلق إنهاء عقد التأمين إذا لم يتمكن من تزويدها في وقت مناسب بالمستندات والمعلومات الكافية فيما يتعلق بإثبات ما إذا كان مواطن اميريكى من عدمه. وإذا ما كان استقطاع أية مبالغ أو الإفصاح عن أية معلومات ضمن هذا الإقرار مخالفاً لأية قوانين أو أنظمة مطبقة في الأردن، يكون للشركة الحق المطلق بإنهاء عقد التأمين دون أن يترتب على ذلك أية مسؤولية أو تعويض من أي نوع كان على الشركة.

SMS : أوافق على قيام الشركة باستخدام رقم هاتفي الضوئي المذكور في (القسم الأول - التصريحات الشخصية) من هذا الطلب لتوصيل أي معلومات أو بيانات تتعلق ببوليصة (بوالص) التأمين الخاصة بي لدى الشركة من خلال خدمة أليكس للرسائل القصيرة. (SMS) كما اتعهد بإبلاغ الشركة خطياً في حال فصل أو تغيير رقم الهاتف الضوئي الذي يستقبل هذه الخدمة أو فقدان أو سرقة بطاقة الهاتف الضوئي ليتسنى للشركة تعديل أو وقف الخدمة. وإني أتفهم بأن الشركة ستبذل كل عنايتها عند إرسال واستقبال هذه البيانات / المعلومات وتتخذ الاحتياطات المناسبة لضمان أمن وسلامة وخصوصية البيانات الشخصية للعميل. وأوافق على استقبال جميع الرسائل المرسلة لي من الشركة على رقم هاتفي الضوئي المحدد في الطلب وتعتبر جميع الرسائل المرسلة على هذا النحو قد سلمت لي وتحت مسؤولية المتلقي الكاملة منذ لحظة إرسالها. كما أتفهم وأوافق على عدم مسؤولية الشركة عن أي ضرر أو خسائر أو تكاليف أو مصاريف تكبدها نتيجة إحتيال أو سرقة أو تزوير أو إتلاف أو استخدام غير سليم أو غير مرخص للوصول الى المعلومات الشخصية المتعلقة ببوليصة التأمين أثناء تمرير البيانات / المعلومات من خلال الرسائل القصيرة. ولا تتحمل الشركة أية مسؤولية عن تأخير تسليم أو عدم تسليم الرسالة بسبب خلل أو عطل فني أو عطل في الشبكة لأي سبب من الأسباب.

التاريخ :

اسم وتوقيع الشاهد

إسم و توقيع المؤمن له / المستفيد