

إثباتات الوفاة

المقدمة الى أميركان لايف أنشورنس كومباني

بيان المطالب

المبالغ	ارقام البوالص لدى هذه الشركة

الإسم الكامل للمتوفي

العمر

إذا كانت امرأة متزوجة اذكر اسمها قبل الزواج

١- المهنة عند الوفاة

ب- المصدر الذي حصل منه على تاريخ الولادة؟

(يجب الإشارة الى سجل العائلة أو أي سجل آخر أو شهادة الميلاد)

٢- أ- تاريخ ومكان ولادة المتوفي؟

٣- أ- تاريخ ومكان الوفاة؟

ب- سبب الوفاة؟

٤- أ- متى شكا المتوفي لأول مرة أو بدت عليه ظواهر أخرى عن مرضه الأخير؟ التاريخ / / ٢٠

ب- متى استشار المتوفي الطبيب لأول مرة بخصوص مرضه الأخير؟ التاريخ / / ٢٠

٥- متى زال المتوفي عمله الاعتيادي لآخر مرة؟ التاريخ / / ٢٠

٦- أ - أسماء وعناوين جميع الأطباء الذين عالجوا المتوفي اثناء مرضه الأخير وأثناء السنوات الخمس التي سبقت أصابته بالمرض

الإسم	العنوان	تاريخ المعالجة	المرض أو الحالة

ب- هل كان المتوفي اثناء السنوات الخمس الأخيرة، نزيلاً في مستشفى أو مصح أو ملجأ أو أية مؤسسة أخرى، أو رهن العلاج في أحدها؟

(إذا كان كذلك فمتى، وأين، ولأي سبب؟)

٧- مع أي شركات أخرى، وبأي مبلغ، كانت حياة المتوفي مؤمنة؟

الشركة	رقم البوليصة	تاريخ البوليصة	مبلغ التأمين

أنا الموقع أدناه مقدم هذه المطالبة أفوض أي طبيب، مستشفى، عيادة شركة تأمين أو أية شركة أخرى، مؤسسة أو شخص، لديه سجلات أو معلومات عن المؤمن له أو عن صحته بإعطاء أميركان لايف أنشورنس كومباني أية وجميع المعلومات المتعلقة به بخصوص حالته الصحية وتاريخه الطبي وأية إقامة في المستشفى، استشارة، علاج أو علة.

أرّخ في (المدينة) : بتاريخ

بشهادة

الإسم

توقيع

معلومات عن المستفيد

بالعربية: الإسم _____ إسم الأب _____ إسم العائلة _____
بالأجنبية: _____ تاريخ الولادة _____
الجنسية: _____ مكان الولادة _____
رقم الهوية: _____ نوع الهوية _____ تاريخ انتهاء الصلاحية _____
جنسيات أخرى _____ نوع ورقم الوثيقة _____ تاريخ انتهاء الصلاحية _____
جنسيات أخرى _____ نوع ورقم الوثيقة _____ تاريخ انتهاء الصلاحية _____
المهنة _____

بلد الإقامة خلال الأشهر ٢١ الماضية

عنوان السكن: بناية: _____ طابق: _____ شارع: _____ بجانب: _____
منطقة: _____ قضاء: _____ محافظة: _____ رمز البريد: _____ البلد: _____
الهاتف: _____ الخليوي: _____ البريد الإلكتروني: _____
عنوان المراسلات: _____ ص.ب. _____

اقرارات

١- تصريح قانون الالتزام بضريبة الحسابات الأجنبية (FATCA) من المفهوم أن الشخص الأميركي الجنسية لغرض الأقرار ههنا، هو شخص من مواطني الولايات المتحدة الأمريكية أو الشخص المقيم في الولايات المتحدة الأمريكية (هما فيها الشخص الحامل الإقامة الدائمة في الولايات المتحدة الأمريكية ولو يكن مقيماً خارجها)، الشركات الأمريكية أو أي صندوق استثماري يديره، يشرف أو يسيطر عليه شخص أمريكي أو أكثر ويكون خاضعاً لاشراف ومراقبة المحاكم الأمريكية هل أي من المستفيدين الآخرين أمريكيًا؟ لا نعم (إذا كانت الإجابة نعم أذكر ما يلي)

-رقم الشهادة الضريبية الأمريكية الخاصة بالمستفيدين _____
-أقر بأنني لست أمريكي الجنسية كما هو معرف أعلاه
-أن أي من المستفيدين المعنيين هو ليس أمريكي الجنسية كما هو معرف أعلاه.

-أوافق على أنه لدى عملي بأي تغيير بالنسبة للأقرار أعلاه أو لأية معلومات أخرى واردة في هذا المطلب، أو إذا أصبحت أنا أو أي مستفيد آخر أمريكي الجنسية فسوف أبلغ الشركة بمثل هذا التغيير خلال 30 يومًا من علمي بذلك.

-أوافق أن هذا الإقرار هو لغرض التقيّد بالأنظمة الأمريكية الخاصة بمراقبة تداول الأوراق المالية وأحكام ضريبة الدخل الفيدرالية الأمريكية، وأي إقرار غير صحيح أو أي تصريح خاطئ بشأن الوضع الضريبي لأي شخص أمريكي قد يعرضني للملاحقة الجزائية بموجب قوانين الولايات المتحدة الأمريكية. أقرّ وأفيد بأنني على علم وأوافق على أنه لغرض 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 - أقوم بموجب هذا بتفويض الشركة (معًا مع موظفيها، ومستخدميها ومدوبيها)، بصفتي مستفيد على بوليصة تأمين لدى الشركة بمعالجة ونقل أي من بياناتي الشخصية IRS الأمريكية (خدمة العوائد الداخلية في الولايات المتحدة الأمريكية) بما فيها اسمي وعنواني ورقم الهوية الضريبية/ رقم الضمان الاجتماعي وعائدات البوليصة ورسيد الحساب الخاص بالبوليصة وقيمتها عند استلام الطلب الرسمي من IRS الأمريكية في هذا الشأن. وبالتالي، فإني أتنازل عن حقي في السريّة بشأن المعلومات أعلاه وأي معلومات شخصية أخرى والتي قد يتم الإفصاح عنها من قبل الشركة لغرض الإلتزام بمتطلبات FATCA .

أوافق على اخلاء وحجب الضرر عن الشركة (معًا مع موظفيها ومستخدميها ومدوبيها) 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.
أكون ممننًا للشركة إذا تمّ اعلامي بأي افصاح يخص بياناتي قد يتمّ لل IRS الأمريكية طبقًا لبنود هذا التنازل.

وأيضًا فإني اخذت علمًا وأوافق على أنه يحقّ للشركة اقتطاع قيمة أية مبالغ تكون مستحقة بموجب أحكام قانون FATCA

أقرّ بأنّ أمريكان لايف انشورنس كومباني قد تكون ملزمة بموجب القوانين المرعية التطبيق بأن تقوم، بالنيابة عني و/أو بالنيابة عن المستفيدين الآخرين من البوليصة، باقتطاع ضريبة دخل على الأرباح التي تحققها الاستثمارات التي تتألف منها حسابات الاستثمار الفرعية الخاصة بي و/أو باقتطاع هذه الضريبة على أية دفعات متوجّبة لي و/أو للمستفيدين الآخرين بموجب البوليصة. ٢- كما وأني تفهّمت بأن أي إفادة غير صحيحة أو بيان كاذب لشخص أمريكي حول وضعه الضريبي يمكن أن يؤدي الى عقوبات بموجب القوانين الأمريكية. وأنّ دائرة الضرائب الأمريكية تلزم الشركة بإبلاغها عن أي دخل يتم دفعه الى أشخاص خاضعين لضريبة الدخل الفيدرالية للولايات المتحدة الأمريكية، وانني في حال كنت شخصًا امريكياً ولم اقم بإعطاء الشركة رقم شهادة الضريبة (او رقم الضمان الاجتماعي) فإنّ دائرة الضرائب تلزم الشركة باحتساب والاحتفاظ بضريبة دخل بمعدل 13 % من المبالغ الخاضعة والمدفوعة لك.

٣- أقرّ وأنفهم بأنه لن يتم توفير التغطية التأمينية ولن يتم سداد دفعات بموجب عقد التأمين في حال: (1) كان صاحب الوثيقة أو المؤمن عليه أو الشخص المؤهل لتلقي هذه الدفعات مقيمًا في دولة مفروض عليه عقوبات. (2) كان صاحب الوثيقة أو المؤمن عليه أو الشخص المؤهل لتلقي هذه الدفعات مدرجًا اسمه على قائمة المنظمات أو الأشخاص المحظور التعامل معهم تجاريًا الخاصة بمكتب الرقابة على الأصول الأجنبية أو أي قائمة عقوبات دولية أو محلية أخرى. (3) كانت المطالبة لسداد قيمة أي خدمات متلقاة في أي دولة خاضعة للعقوبات.

كما أقرّ وأنفهم بأن الشركة لن تتحمل أي مسؤولية عن دفع قيمة أي مطالبة أو توفير أي تغطية أو منفعة في حال ان 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.

٤- أفوضّ بموجبه الشركة وموظفيها ووكلائها (ممثلو الشركة) (i) جمع ومعالجة وتخزين واستخدام ونقل والكشف على والتصرف بجميع المعلومات المتعلقة ببياناتي الشخصية مباشرة أو غير مباشرة. من اجل الوفاء بأي التزام تخضع له الشركة في لبنان و/أو خارج لبنان عندما تكون هذه المعالجة و/أو الاستخدام و/أو النقل و/أو الإفصاح ضرورية لتنفيذ العقد المبرم بيني وبين الشركة و/أو (ii) مشاركة، نقل، كشف، أو تسهيل الوصول الى بياناته الشخصية. مع أي طرف ثالث داخل لبنان و/أو خارج لبنان كلما تستدعي الحاجة ووفقًا لتقدير الشركة وعندما تكون هذه المشاركة. ويكون هذا النقل، وهذا الكشف ضروريًا لتنفيذ الشركة و/أو أي من الشركات التابعة لها أو المالكة لها التزاماتها التعاقدية و/أو لتقيدها بالأنظمة والقوانين المرعية الإجراء داخل لبنان و/أو خارجه. إني أوافق على قيام الشركة بالوصول من والمشاركة مع أي طرف آخر داخل أو خارج لبنان وفقًا لما تراه مناسبًا. علة أية معلومات تتعلق بي و/أو بأفراد عائلتي مالية كانت و/أو مهنية و/أو شخصية بهدف تنفيذ أحكام بوليصة التأمين وتحصيل أقساط التأمين العائدة لبوليستي أو بوالصي مع الشركة و/أو بهدف تنفيذ التزاماتها القانونية و/أو التعاقدية في لبنان و/أو خارج لبنان

أرّخ في (المدينة) :

بتاريخ

بشهادة

الإسم

توقيع