

## طلب تعديل بوليصة



إسم مالك البوليصة  البوليصة رقم

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

يسري مفعول هذا التعديل اعتبارًا من  بالشروط المبينة أعلاه:

الإسم	<input type="text"/>	إسم الأب	<input type="text"/>	إسم العائلة	<input type="text"/>
بالأجنبية	<input type="text"/>	إسم الأم وشهرتها	<input type="text"/>	تاريخ الولادة	<input type="text"/>
الجنسية	<input type="text"/>	مكان الولادة	<input type="text"/>	بلد الولادة	<input type="text"/>
رقم الهوية	<input type="text"/>	نوع الهوية	<input type="text"/>	تاريخ إنتهاء الصلاحية	<input type="text"/>
جنسيات أخرى	<input type="text"/>	نوع ورقم الوثيقة	<input type="text"/>	تاريخ إنتهاء الصلاحية	<input type="text"/>
جنسيات أخرى	<input type="text"/>	نوع ورقم الوثيقة	<input type="text"/>	تاريخ إنتهاء الصلاحية	<input type="text"/>
إسم الزوج (ة) والوظيفة	<input type="text"/>				
دولة الإقامة / دولة التسجيل الضريبي	<input type="text"/>	رقم التعريف الضريبي	<input type="text"/>		
دولة الإقامة / دولة التسجيل الضريبي	<input type="text"/>	رقم التعريف الضريبي	<input type="text"/>		
دولة الإقامة / دولة التسجيل الضريبي	<input type="text"/>	رقم التعريف الضريبي	<input type="text"/>		

### بلد الإقامة خلال الأشهر ١٢ الماضية

عنوان السكن الحالي: بناية	<input type="text"/>	طابق	<input type="text"/>	شارع	<input type="text"/>	بجانب	<input type="text"/>
منطقة	<input type="text"/>	قضاء	<input type="text"/>	محافظة	<input type="text"/>	البلد	<input type="text"/>
الهاتف	<input type="text"/>	رمز المنطقة	<input type="text"/>	رمز البلد	<input type="text"/>	الخليوي	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	رمز المنطقة	<input type="text"/>	رمز البلد	<input type="text"/>	البريد الإلكتروني	<input type="text"/>

العمل، الوظيفة ( السابقة إذا كان متقاعدًا)	<input type="text"/>	المهام اليومية	<input type="text"/>	الإختصاص	<input type="text"/>
موظف	<input type="checkbox"/>	صاحب عمل، إذا كنت صاحب العمل: عدد الموظفين	<input type="text"/>	حجم العمل (قيمة المبيعات السنوية)	<input type="text"/>
التوزيع الجغرافي	<input type="text"/>	تاريخ تأسيس العمل	<input type="text"/>	إسم الشركة/ العمل المسجل	<input type="text"/>
عنوان العمل: البناية	<input type="text"/>	طابق	<input type="text"/>	شارع	<input type="text"/>
منطقة	<input type="text"/>	قضاء	<input type="text"/>	محافظة	<input type="text"/>
الهاتف	<input type="text"/>	رمز المنطقة	<input type="text"/>	رمز البلد	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	رمز المنطقة	<input type="text"/>	رمز البلد	<input type="text"/>

عنوان المراسلات  السكن  العمل  غيرهم  غيرهم/ص.ب.

### تغيير عنوان المراسلات

يطلب مالك البوليصة إرسال كافة المراسلات المتعلقة بهذه البوليصة على العنوان التالي:

<input type="text"/>
الهاتف <input type="text"/>
في حال أن تغيير العنوان يؤثر على بوالص أخرى يملكها مالك البوليصة وصادرة عن Metlife يرجى ذكر أرقام البوالص أدناه:
<input type="text"/>
<input type="text"/>

تغيير مبلغ/برنامج التأمين: من <input type="text"/>	إلى <input type="text"/>
العقود الإضافية: إضافة <input type="text"/>	إلغاء <input type="text"/>

### تغيير المستفيد:

النسبة%	الجنسية/الجنسيات	البريد الإلكتروني	الهاتف	تاريخ الولادة	صلة القرى	المستفيد
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

يحتفظ  لا يحتفظ المؤمن بحقه وصلاحياته في الغاء هذا التعيين وتعيين مستفيد جديد وفقاً لشروط البوليصة.

### عنوان المستفيد غير القابل للتغيير إن وجد

بناية	<input type="text"/>	طابق	<input type="text"/>	شارع	<input type="text"/>	بجانب	<input type="text"/>
منطقة	<input type="text"/>	قضاء	<input type="text"/>	محافظة	<input type="text"/>	البلد	<input type="text"/>
الهاتف	<input type="text"/>	رمز المنطقة	<input type="text"/>	رمز البلد	<input type="text"/>	الخليوي	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	رمز المنطقة	<input type="text"/>	رمز البلد	<input type="text"/>	البريد الإلكتروني	<input type="text"/>
بلد المنشأ	<input type="text"/>	بلد التسجيل	<input type="text"/>	GIIN Number	<input type="text"/>		
التاريخ/ شاهد	<input type="text"/>	الرجاء التوقيع أيضًا على الصفحة الثانية	<input type="text"/>	توقيع المؤمن: صاحب البوليصة	<input type="text"/>	المستفيد غير القابل للتغيير/ أو المحول إليه (إن وجد)	<input type="text"/>

