



CSD1001

MetLife®

الحوادث الشخصية طلب تعديل / اعادة سريان بوليصة

الموقع أدناه المالك / المؤمن عليه بموجب البوليصة رقم على حياة
يلتمس بموجب هذا الطلب من أميركان لايف إنشورنس كومباني إدخال التعديل / التعديلات المحددة أدناه بأية وسيلة مقبولة من الشركة.
يسري مفعول هذا التعديل إعتباراً من بالشروط المبينة أدناه :
الاسم اسم الأب اسم العائلة
بالأجنبية: تاريخ الولادة شهر سنة المين
الجنسية مكان الولادة بلد الولادة
رقم الهوية نوع الهوية تاريخ انتهاء الصلاحية
جنسيات أخرى نوع ورقم الوثيقة تاريخ انتهاء الصلاحية
جنسيات أخرى نوع ورقم الوثيقة تاريخ انتهاء الصلاحية

بلد الإقامة خلال الأشهر ١٢ الماضية :
عنوان السكن الحالي: بناية طابق شارع بجانب
منطقة قضاء محافظة رمز البريد البلد
الهاتف الخليوي البريد الإلكتروني
العمل : الوظيفة: المهام اليومية: الإختصاص:
☐ موظف ☐ صاحب عمل. إذا كنت صاحب العمل: عدد الموظفين حجم العمل (قيمة المبيعات السنوية)
التوزيع الجغرافي: تاريخ تأسيس العمل
أ- إسم الشركة/ العمل المسجل ب- مجال عمل الشركة/ العمل المسجل
عنوان العمل: بناية طابق شارع بجانب
منطقة قضاء محافظة رمز البريد البلد
الهاتف الخليوي البريد الإلكتروني

عنوان المراسلات ☐ السكن ☐ العمل ☐ غيرهم ☐ غيرهم/ص.ب.
☐ جدول بالمنافع الجديدة المطلوبة (أذكر جميع المنافع - بما فيها المنافع الغير مطلوب تعديلها)

المنافع	طالب التأمين	الزوج	المعول ()	القسط السنوي
الوفاء، فصل الأعضاء والعجز الكلي الدائم بحادث	المبلغ الأساسي تعويض مضاعف: النقل العام ☐ نعم ☐ لا للمسافر جوا ☐ نعم ☐ لا	المبلغ الأساسي تعويض مضاعف: النقل العام ☐ نعم ☐ لا للمسافر جوا ☐ نعم ☐ لا	المبلغ الأساسي	
إرجاع النفقات الطبية الناتجة عن حادث	القيمة	القيمة	القيمة	
الدخل في حالة العجز عن حادث	الدخل الاسبوعي	الدخل الاسبوعي	لا يُطبق	
الدخل عن الإستشفاء نتيجة لحادث أو مرض	الدخل الأسبوعي	الدخل الأسبوعي	الدخل الأسبوعي	
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 وتظهرات				
الرجاء ذكر معدل الدخل الأسبوعي				
خلال الأثني 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 المعدل :				

إمضاء مالك البوليصة

إمضاء المؤمن عليه

الشاهد

التاريخ

تصريح يتعلق بجميع المؤمن عليهم المسمين:

أشهد أنه لم يحدث تغيير في حالتي الصحية، وأني لم ائل بتاتا أية رعاية أو إستشارة طبية أو فحص طبي، ولم أجري أية فحوصات طبية، وخصوصاً فحوصات الدم المتعلقة بفيروس النقص المناعي البشري (الأيدز)، منذ تاريخ إملاء طلي للحصول على بوليصة تأمين لدى أميركان لايف إنشورنس كومباني، وبالإضافة، فإن كل أجوبي كما هي مدونة في الطلب المذكور وخاصة فيما يتعلق بمهنتي، لازالت صحيحة (بإستثناء ما هو مذكور أدناه*). أدرك أن إعادة سريان بوليستي مشروط بصحة هذا التصريح، كما أصرح زيادة على ما تقدم أنه في حال إعادة سريان بوليستي، أي أدرك وأوافق أنها ستغطي الضرر الحاصل بعد تاريخ إعادة السريان هذا وحسب شروط البوليصة.

(إذا كان الطالب أنثى متزوجة): أصرح زيادة على ما تقدم أنني لست حاملاً الآن.

* استثناءات :

بيانات

أوافق على اعطاء رقم هاتفي الخليوي للشركة لتوصيل معلومات او بيانات تتعلق ببوليصة (بوالص) التأمين الخاصة بي لدى الشركة من خلال الرسائل النصية القصيرة (SMS) كما اتعهد بإبلاغ الشركة خطياً في حال فصل او تغيير رقم الهاتف الذي يستقبل هذه الخدمة او فقدان او سرقة بطاقة الهاتف الخليوي لتمتلك الشركة من تعديل او وقف الخدمة. واني اتفهم ووافق على أن الشركة ستبدل العناية المعقولة عند ارسال هذه البيانات/المعلومات وستتخذ الاحتياطات المناسبة والمعقولة لضمان امن وسلامة وخصوصية البيانات الشخصية الخاصة بي. واني اوافق على استقبال جميع الرسائل المرسله لي من الشركة على رقم هاتفي الخليوي المحدد في الطلب وتعتبر جميع الرسائل المرسله على هذا النحو قد سلمت لي وتحت مسؤوليتي الكاملة منذ لحظة ارسالها. كما اتفهم ووافق على عدم مسؤولية الشركة عن اي ضرر او خسائر او تكاليف او مصاريف اكبدها نتيجة احتيال او سرقة او تزوير او اتلاف او استخدام غير سليم او غير مرخص للوصول الى المعلومات الشخصية المتعلقة ببوليصة التأمين اثناء تمرير البيانات/المعلومات من خلال الرسائل النصية القصيرة. ولا تتحمل الشركة اية مسؤولية عن تأخير تسليم الرسالة بسبب اي خلل او عطل فني او توقف في الشبكة لاي سبب من الاسباب.

كما واني اتفهم ووافق بان الشركة لن تغطي ولن تدفع أي مطالبة أو تعويض (منفعة) بموجب هذه البوليصة في حال أن هذه التغطية التأمينية أو دفع المنفعة أو المطالبة سوف يعرض الشركة لأي عقوبة، غرامة، حظر أو تقييد بموجب قرارات الامم المتحدة أو العقوبات التجارية أو الاقتصادية، أو القوانين أو الانظمة المعمول بها في الاتحاد الاوروبي، والمملكة المتحدة أو الولايات المتحدة الاميركية أو القوانين المحلية أو الأنظمة.

أفوض بموجبه الشركة وموظفيها ووكلائها (ممثلو الشركة) (I) جمع ومعالجة وتخزين واستخدام ونقل والكشف على والتصرف بجميع المعلومات المتعلقة ببياناتي الشخصية، مباشرة او غير مباشرة، من اجل الوفاء بأي التزام تخضع له الشركة في لبنان و/او خارج لبنان عندما تكون هذه المعالجة، و/والاستخدام، و/او النقل و/او الافصاح ضرورية لتنفيذ العقد المبرم بيني وبين الشركة و/او (II) مشاركة، نقل، كشف، او تسهيل الوصول الى بياناته الشخصية، مع اي طرف ثالث داخل لبنان و/او خارج لبنان كلما تستدعي الحاجة ووفقاً لتقدير الشركة وعندما تكون هذه المشاركة، ويكون هذا النقل، وهذا الكشف ضرورياً لتنفيذ الشركة و/او اي من الشركات التابعة لها او المالكة لها التزاماتها التعاقدية و/او لتقيدها بالانظمة والقوانين المرعية الاجراء داخل لبنان و/او خارجه.

إني أوافق على قيام الشركة بالحصول من والمشاركة مع اي طرف آخر داخل او خارج لبنان وفقاً لما تراه مناسباً، على اية معلومات تتعلق بي و/او بأفراد عائلتي مالية كانت و/او مهنية و/او شخصية بهدف تنفيذ احكام بوليصة التأمين وتحصيل اقساط التأمين العائدة لبوليستي او بوالصي مع الشركة و/او بهدف تنفيذ التزاماتها القانونية و/او التعاقدية في لبنان و/او خارج لبنان.

وقع في (المدينة) بتاريخ:/...../..... ٢٠.....

إمضاء مالك البوليصة

إمضاء المؤمن عليه

الشاهد