

بيان المطالب

إثباتات الوفاة المقدمة الى أميركان لايف أنشورنس كومباني

المبالغ		ارقام البوالص لدى هذه الشركة					
الإسم الكامل للمتوفي							
عمرعمر	ال		إذا كانت امرأة متزوجة اذكر اسمها قبل الزواج				
١- المهنة عند الوفاة							
	ب- المصدر الذي حصل منه على تاريخ الولادة؟ - أ- تاريخ ومكان ولادة المتوفي؟						
kc)	الله الله الله الله الله الله الله الله						
	وفاة؟	ب- سبب ال	٣- أ- تاريخ ومكان الوفاة؟				
التاريخ / / ٢.		٤- أ- متى شكا المتوفي لأول مرة أو بدت عليه ظواهر أخرى عن مرضه الأخير؟					
التاريخ / / ٢.		ب- متى استشار المتوفي الطبيب لاول مرة بخصوص مرضه الأخير؟					
التاريخ / / ٢.		٥- متى زاول المتوفي عمله الاعتيادي لآخر مرة؟					
٦- أ – أسماء وعناوين جميع الأطباء الذين عالجوا المتوفي اثناء مرضه الأخير وأثناء السنوات الخمس التي سبقت أصابته بالمرض							
المرض أو الحالة	تاريخ المعالجة	العنوان	الإسم				
ب- هل كان المتوفي أثناء السنوات الخمس الأخيرة، نزيلًا في مستشفى أو مصح أو ملجأ أو أية مؤسسة أخرى، أو رهن العلاج في أحدها؟							
(إذا كان كذلك فمتى، وأين، ولأي سبب؟)							
مبلغ التأمين	تاريخ البوليصة	وي تتوسد. رقم البوليصة	الشركة				
سبع العلق	المريح البوليسة	ردم (ببوليت	السرك				
أنا الموقع أدناه مقدّم هذه المطالبة أفوّض أي طبيب، مستشفى، عيادة شركة تأمين أو أيّة شركة أخرى، مؤسسة أو شخص، لديه سجلات أو معلومات عن المؤمن له أو عن صحّته بإعطاء أميركان لايف أنشورنس كومباني أية وجميع المعلومات المتعلّقة به بخصوص حالته الصحيّة وتاريخه الطبّي وأية إقامة في المستشفى، استشارة، علاج أو علّة.							
		۵۱۰.	. (#·. (t1) à ± "1				
		ـــــ بتاريخ	ارّخ في (المدينة) :				
وقيع الإسم بشهادة							
	بشهاده	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	توقيع الإسد				

		معلومات عن المستفيد					
_	إسم العائلة	إسم الأب		بالعربية: الإسم			
_	- ، تاريخ الولادة	. , ,		بالأجنبية:			
_	— بلدة الولادة ————————————————————————————————————		— مكان الولادة ——	 الجنسية: ــــــــــــــــــــــــــــــــــــ			
_	ــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ	نوع الهوية		· " رقم الهوية:			
_	تاريخ انتهاء الصلاحية		نوع ورقم	جنسیات أخری			
	تاريخ انتهاء الصلاحية		رع ور ب	جنسیات أخری			
_	کیر دید		وع ورص	بنسيوت , عرى المهنة			
بلد الإقامة خلال الأشهر ٢١ الماضية							
			n 11	71			
_		_ شارع:		عنوان السكن: بناية:			
_		محافظة: ر		منطقة:			
		ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــ	ـــــــــــ الخليوي: ــــــــ	الهاتف:			
_	٫ب			عنوان المراسلات:			
ئەرىكى قىلە ئەرىكى قىلە	ـية لغـرض الأقـرار ههنـا، هـو شـخص مـن مواطنـي الولايـات المتحـدة الا	اقرارات	ا المسالك المالك (EATCA)	i . 3. al1311 3. 315 ~ . a. 3			
عذا التغيير يّ تصريح 4 ولغـرض	دة الأميركية ولو يكن مقيمًا خارجها)، الشركات الأميركية أو أي صندو المستفدين الآخرين أميركيًا؟ \ لا نعم أصبحت أنا أو أيّ مستفيد آخر أميركي الجنسية فسوف أبلغ الشركة مثل ما كما ضريبة الدخول الفيدرالية الأميركية، وأي إقرار غير صحيح أو أبرات المتحدة الأميركية. أقرّ وأفيد بأني على علم وأوافق على أن	شراف ومراقبة المحاكم الأميركية هل أيّ من رِّف أعلاه. لمومات أخرى واردة في هذا المطلب، أو إذا فاصة مراقبة تداول الأوراق المالية وأح للملاحقة الجزائية موجب قوانين الولا	س أميري أو أكثر ويكون خاضعًا لا) الخاصة بالمستفيدين هو معرف أعلاه ليس أميري الجنسية كما هو مع ير بالنسبة للاقرار أعلاه أو لأية مع نن التقيّد بالأنظمة الأميركية اله لأي شخص أميركي قد يعرضني	يديره، يشرف أو يسيطر عليه شخط (إذا كانت الإجابة نعم أذكر ما يلي ورقم الشهادة الضريبية الأميريكية وأدّ بأني لست أميري الجنسية كما أن أي من المستفيدين المعينين هو أوافق على أنه لدى عملي بأي تغي خلال 30 يومًا من علمي بذلك. وأوافق أن هذا الإقرار هو لغرط خاطئ بشأن الوضع الضريبي للخاصي بنا الوضع الضريبي للخاصي بشأن الوضع الضريبي لل			
ل أي مـن البوليصـة	كية الأميركية للحسابات الأجنبية في مؤسسات مالية غير أميركية. ع يها)، بصفتي مستفيد على بوليصة تأمين لدى الشركة معالجة ونق و وعنواني ورقم الهوية الضريبية/ رقم الضمان الاجتماعي وعائدات شأن. وبالتالي، فإني أتنازل عن حقي في السريّة بشأن المعلومات أ	معًا مع موظفيها، ومستخدميها ومندوب لايات المتحدة الأميركية) بما فيها اسمي	هوجب هـذا بتفويـض الشركـة ((خدمـة العوائـد الداخليـة في الوا مـة وقيمتهـا عنـد اسـتلام الطلــ	الصناديـق الغير أميركيـة - أقـوم : بيانـاقي الشخصية IRS الأميركيـة ورصيـد الحسـاب الخـاص بالبوليد			
أيّ طريقة	افة المطالبات أو الإجراءات أو الأضرار من أيّ نـوع ناشـئ عـن أو بـأ						
مرتبط بإصدار و/أو استخدام المعلومات أعلاه بموجب هذا التنازل.							
	FATCA فون	للـ IRS الأميركية طبقًا لبنود هذا التنازل. بّة مبالغ تكون مستحقة بموجب أحكام قان		•			
لبوليصة. لزم الشركة بة (او رقم سهم تجاريًا و المنفعة و المملكة ية مباشرة يذ العقد التقدير	ىني و/أو بالنيابة عن المستفيدين الآخرين من البوليصة، باقتطاع ضريبة لضريبة على أيّة دفعات متوجّبة لي و/أو للمستفيدين الآخرين بموجب اا دي الى عقوبات بموجب القوانين الأميركية. وأن دائرة الضرائب الأميركية ت نني في حال كنت شخصًا اميركيًّا ولم اقم بإعطاء الشركة رقم شهادة الضري	وانين المرعية التطبيق بأن تقوم، بالنيابة ع ار الفرعية الخاصة بي و/أو باقتطاع هذه ا مأميري حول وضعه الضريبي بحكن أن يؤه الفيدرالية للولايات المتحدة الأميركية، واذ فعات بموجب عقد التأمين في حال: (1) كا عليه او الشخص المؤهل لتلقي هذه الدفو يلية او محلية أخرى. (3) كانت المطالبة لل ع قيمة أي مطالبة او توفير أي تغطية أمم المتحدة او العقوبات التجارية او ا جمع ومعالجة وتخزين واستخدام ونقل إل بلنان و/او خارج لبنان عندما تكون ه لل الوصول الى بياناته الشخصية. مع أي م	مباني قد تكون ملزمة بجوجب الق لتي تتألف منها حسابات الاستثم فير صحيحة أو بيان كاذب لشخص أشخاص خاضعين لضريبة الدخل رائب تلزم الشركة باحتساب والاح تغطية التأمينية ولن يتم سداد د أ) كان صاحب الوثيقة او المؤمن الأجنبية او أي قائمة عقوبات دو فلر او قيود بجوجب قرارات الأ ثية او أي قوانين أخرى نافذة. با ووكلائها (ممثلو الشركة) (i) مشاركة، نقل، كشف، او تسهي	اقرّ بأن أميركان لايف انشورنس كو الأرباح التي تحققها الاستثمارات الارباح والتي تحققها الاستثمارات الابلاغها عن أي دخل يتم دفعه الله الضمان الاجتماعي) فإنّ دائرة الضمان الاجتماعي) فإنّ دائرة الضمان الاجتماعي المناف عقوبات. (2 في دولة مفروض عليه عقوبات. (2 كما أقر وأتفهم بأن الشركة للمناف لي يعرض الشركة لأي عقوبة او حمل المتحدة الوالايات المتحدة الأميرك المتحدة الأميرك وموظفير المتحدة الأميرة وموظفير المبرة. من اجل الوفاء الحير مباشرة. من اجل الوفاء الحير مباشرة. من اجل الوفاء المبرء بيني وبين الشركة و/او (ii)			
	والمشاركة مع أي طرف آخر داخل أو خارج لبنـان وفقًـا لمـا تـراه منا ليصـة التأمين وتحصيـل أقسـاط التأمـين العائـدة لبوليصتـي أو بوالـصي مـ	يـة و/أو شخصية بهـدف تنفيـذ أحـكام بوا نارج لبنان	راد عائلتي مالية كانت و/أو مهن	أية معلومات تتعلق بي و/أو بأف و/أو بهدف تنفيذ التزاماتها القانون			
	بتاريخ			ارّخ في (المدينة):			
	بشهادة		الإسم	توقیع			