

# نموذج طلب الحماية الائتمانية والتأمين على الحياة

يرجى إكمال هذا النموذج بأحرف كبيرة

## تفاصيل عضو البطاقة

اسم العميل: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_  
يوم / شهر / سنة

رقم الهاتف: \_\_\_\_\_ الفاكس: \_\_\_\_\_

رقم الهاتف المتحرك: \_\_\_\_\_ البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_

نوع البطاقة:  فيزا كارد  ماستر كارد

فئة البطاقة:  سيلفر / كلاسيك  جولد  تيتانيوم  بلاتينيوم  اينفينيت  بيزنيس

بطاقة الائتمان 1: \_\_\_\_\_  
بطاقة الائتمان 2: \_\_\_\_\_  
بطاقة الائتمان 3: \_\_\_\_\_

تاريخ الإصدار: \_\_\_\_\_ سارية حتى: \_\_\_\_\_  
شهر / سنة

تاريخ الإصدار: \_\_\_\_\_ سارية حتى: \_\_\_\_\_  
شهر / سنة

تاريخ الإصدار: \_\_\_\_\_ سارية حتى: \_\_\_\_\_  
شهر / سنة

## تفاصيل المطالبة

نوع المطالبة:  الوفاة (نتيجة حادث/وفاة طبيعية/ أخرى)  العجز الكلي الدائم  الاستحقاقات النقدية للمستشفى  فقدان الوظيفة بشكل قسري

تفاصيل الحدث: \_\_\_\_\_  
يوم / شهر / سنة

## مطالبات الوفاة / العجز (بتعيين استكمالها من قبل صاحب البطاقة / الممثل المفوض لعضو البطاقة)

1- التاريخ الذي تم فيه فحص صاحب البطاقة لأول مرة من قبل الطبيب لمعرفة الحالة التي تسببت في الوفاة / العجز \_\_\_\_\_  
يوم / شهر / سنة

3- هل كانت الوفاة / العجز نتيجة  مرض؟  حادث؟

3- اسم وعنوان طبيب الأسرة (إن وجد) \_\_\_\_\_

## فقدان الوظيفة غير الطوعي (يكملة صاحب البطاقة)

1- اسم وعنوان الشركة التي كنت موظفًا فيها: \_\_\_\_\_

رقم الهاتف: \_\_\_\_\_ رقم الفاكس: \_\_\_\_\_

البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_

2- الرقم التعريفي للموظف \_\_\_\_\_ المسمى الوظيفي: \_\_\_\_\_

القسم: \_\_\_\_\_ الموقع / الفرع: \_\_\_\_\_

3- تاريخ الإشعار بالتعطل: \_\_\_\_\_  
يوم / شهر / سنة

4- تفاصيل أي أجر بدل إشعار تم استلامه: \_\_\_\_\_ الفترة من \_\_\_\_\_ إلى \_\_\_\_\_  
يوم / شهر / سنة

5- سبب الفصل عن العمل \_\_\_\_\_

لتجنب بطلان مطالبتك، يرجى إخطار بنك أبوظبي الأول بمجرد قبولك لوظيفة جديدة. نحتفظ بالحق في استرداد كامل المبلغ المدفوع بموجب شروط التأمين منذ بداية التعطل في حالة عدم إبلاغنا بوظيفة جديدة.

