

# Proofs of Death

## Physician's Statement



American Life Insurance Company (MetLife)

P.O. Box 371916 Dubai, United Arab Emirates

T. +971 4 415 4444, F. +971 4 415 4445, Gulfifeclaims@metlife.com

▶ All answer must be in Physician's handwriting.  
Please provide all relevant information completely and legibly.

1. a) Deceased's full name

b) Residence at death

c) Age at death  d) Date of death  e) Place of death

f) If died in hospital or institution, please provide name

2. Cause of death (enter only one cause for each of a, b, and c)

Disease or condition directly leading to death

(a)

Due to (b)

Due to (c)

Interval between onset and death

a)

b)

c)

3. Date of first attendance in last illness

4. Date of last attendance in last illness

5. If death was due to suicide, homicide or accident, specify which. Describe briefly

6. (a) Was an inquest held? .....  Yes  No

(b) Was an autopsy performed? .....  Yes  No

(c) If so, by whom and with what findings?

7. (a) Were there any identification marks on the body? .....  Yes  No

(b) If "yes", give particulars

8. (a) Have you treated or advised the deceased, prior to last illness? .....  Yes  No

(b) Did the deceased, to your knowledge, receive treatment during the last five years from any other physician, or in any hospital or institution? .....  Yes  No

If "yes", to either question, please furnish the following

Name	Duration	Nature of illness or injury	Date
			<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

These statements are true and complete to the best of my knowledge and belief.

Name of Physician

Physicians Email Address

Address of Physician

Signature and Stamp  M.D. Date

We are committed to providing you with the highest service standards. If you feel that we have not lived up to these standards we would like to hear about it, so we can put it right for you. Please visit our "Feedback and complaints" page on [www.metlife-gulf.com](http://www.metlife-gulf.com) to see how you can get in touch and learn about our Complaints Handling Process.

American Life Insurance Company – Registered under U.A.E. Federal Law No. (6) of 2007 Registration No. 34 in the Insurance Authority and Licensed by Department of Economic Development – License No. 613136

American Life Insurance Company is a MetLife, Inc. Company

CLM-POD-CL-40-UAE-0321-M

١. (أ) الإسم الكامل للمتوفي

(ب) محل الإقامة في وقت الوفاة

(ج) سن المتوفي عند الوفاة  (د) تاريخ الوفاة         (هـ) مكان الوفاة

(و) إذا توفي في مستشفى أو مؤسسة فاذكر الإسم

٢. سبب الوفاة إذكر سبباً واحداً فقط تحت كل من (أ، ب و ج)  
المرض أو السبب الذي أدى مباشرة الى الوفاة

(أ)

الأسباب التي ساهمت في الوفاة

(ب)

(ج)

الفترة ما بين البداية والوفاة

(أ)

(ب)

(ج)

٣. متى إستشاركم المتوفى لأول مرة بصدد مرضه الأخير؟

٤. متى إستشاركم المتوفى لآخر مرة بصدد مرضه الأخير؟

٥. هل تسبب الوفاة عن إنتحار أو قتل أو حادث؟ أذكر الأسباب باختصار

٦. (أ) هل جرى تحقيق رسمي؟ .....  نعم  لا

(ب) هل شرحت جثة المتوفى؟ .....  نعم  لا

(ج) إذا كان ذلك فأى إجراء إتخذ؟ من قام به؟ وماذا كانت النتيجة؟

٧. (أ) هل وجدت علامات مميزة عل الجثة؟ .....  نعم  لا

(ب) إن كان الجواب "نعم" فأذكر التفاصيل

٨. (أ) هل عالجتم أو أعطيتم المشورة للمتوفي قبل مرضه الأخير؟

(ب) هل عولج المتوفى، حسب معرفتكم، خلال الخمس سنوات الأخيرة من قبل طبيب آخر، أو مستشفى، أو مؤسسة؟

إن كان الجواب "نعم" فأذكر:

الإسم	العنوان	طبيعة المرض أو الإصابة	التاريخ
<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"/>

إسم الطبيب

إيميل الطبيب

عنوان الطبيب

التوقيع والختم

التاريخ

نحن ملتزمون بتزويدك بأعلى معايير الخدمة. إذا كانت لديك أية ملاحظات عن مستوى الخدمة المقدمة لك فيرجى إشعارنا بها على الفور حتى نتمكن من ملائمتها. يرجى زيارة صفحة "الملاحظات والشكاوى" للاطلاع على معلومات التواصل والاطلاع على إجراءات معالجة الشكاوى لدينا [www.metlife-gulf.com](http://www.metlife-gulf.com)

أميركان لايف إنشورنس كومباني - مسجلة طبقاً للقانون الإتحادي رقم (٦) لسنة ٢٠٠٧ م الإمارات العربية المتحدة - رقم التسجيل ٣٤ لدى هيئة التأمين و مرخصة من دائرة التنمية الاقتصادية - رقم الترخيص ٦١٣١٣٦