

يجب إكمال هذا البيان على هذه المذكرة علي نحو قانوني وبصورة كاملة من قبل المؤمن عليه أو وصيه المعين أو اللجنة إذا كان مختلاً عقلياً إذا كان المؤمن عليه غير قادر على الرد على الأسئلة نتيجة لحالة بدنية، حينئذ يجوز للمستفيد أو أقرب الأقارب القيام بذلك.

يرجى تعبئة كافة المعلومات ذات الصلة بشكل كامل ومقروء.

أميركان لايف انشورنس كومباني (متلايف)
الكويت، ص.ب. ٦٦٩، الصفاة ١٣٠٠٧، الكويت
هاتف +٩٦٥ ٢ ٢٠٨ ٩٣٥٠ فاكس +٩٦٥ ٢ ٢٠٨ ٩٣٣٤

- اسم المؤمن عليه بالكامل
- أين يقيم المؤمن عليه في الوقت الحالي؟ (في حال كان نزيلاً بمستشفى أو مؤسسة أخرى يرجى ذكر الاسم والعنوان)
- منذ متى وأنت تعمل كمستشار طبي للمؤمن عليه؟
- متى تضررت الحالة الصحية للمؤمن عليه للمرة الأولى؟
- اذكر الأعراض والتشخيص والإحتمالات المتعلقة بالعجز
- هل المؤمن عليه مصاب بعجز كلي يمنعه من مواولة الأعمال أو أية مهنة أيًا كانت؟
(ب) إذا كانت الإجابة بنعم، منذ متى على حد معرفتك، لم يتمكن من مواولة أي عمل أو المشاركة فيها؟
- تاريخ أول زيارة لك أو وصفة طبية فيما يتعلق بالإصابة الحالية
(ب) تاريخ آخر زيارة لك أو وصف فيما يتعلق بالإصابة الحالية
- هل المؤمن عليه ملازم الفراش أو المنزل في الوقت الحالي؟ اذكر التفاصيل
ومنذ متى؟
- طبقاً لوجهة نظرك - متى يُتوقع أن يتمكن المؤمن عليه من تنفيذ أي من الأعمال مهما كانت؟
- هل قمت أنت أو أي طبيب أو ممارس عام آخر بمعالجة المؤمن عليه من أي من الأمراض أيًا كانت قبل هذه الإصابة؟

العنوان (د)	اسم الطبيب أو الممارس العام (ج)	تاريخ المعالجة (ب)		طبيعة الأمراض أو الإصابات (أ)
		من	إلى	

- هل تلقى المؤمن عليه علاجاً من أي نوع معين من الأمراض؟ إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى ذكر التفاصيل.
- هل كان أي من أفراد عائلة المؤمن عليه أو أي من أقاربه يعاني من أي من الأمراض المماثلة؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فمن هو؟

ملاحظات

إذا كانت الحالة تتعلق بالقلب، ما هي الفحوصات التي أجريت؟

النبض غير منتظم ضغط الدم (الإنقباضي) S (الإنقباضي) D (الإنقباضي)

توقيع الطبيب التاريخ
رقم الهاتف في محل الإقامة متضمناً رمز المنطقة والبلد المدينة الدولة