

لن تتحمل الشركة في حال تقديم هذه النموذج خالياً من الكتابة أي مسؤولية أو تتنازل عن حقوقها، ويجب تعبئة النموذج من قبل الشخص المصاب (إذا كان قاصراً، يتم ذلك من قبل الوالدين أو الوصي) ثم تعاد خلال ١٥ يوماً.

أميركان لايف انشورنس كومباني (متلايف)
فندق بيت الحافة - روي - الطابق الثاني
صندوق بريد ٨٩٤، الرمز البريدي ١١٤ جبروه، سلطنة عمان
هاتف ٢٤٧٠٧٨٢٧-٩٦٨ فاكس ٢٤٧٠٠٤٦٣-٩٦٨

يرجى تعبئة كافة المعلومات ذات الصلة بشكل كامل ومقروء. ◀

تصريح المدعي

١) الإسم الكامل للمؤمن عليه تاريخ الميلاد

رقم البوليصه العنوان الحالي

٢) (أ) قدم وصفا كاملا عن الإصابة مع بيان أين، كيف و متى حصلت؟

(ب) قدم وصفا لأي مرض أو الإصابة المسببة للعجز

٣) (أ) التاريخ الدقيق عند وقوع الإصابة

(ب) التاريخ الدقيق للإصابة التي نتج عنها فقدان البصر بشكل كامل أو بتر العضو

٤) المستشفيات (اكتب الاسم الكامل،العناوين، وتواريخ العلاج)

الاسم العنوان من إلى

الاسم العنوان من إلى

٥) (أ) اكتب أسماء كافة الأطباء الذين قدموا لك العلاج بسبب هذه الإصابة

الاسم العنوان

(ب) اكتب اسم وعنوان طبيب العائلة المعتاد

الاسم العنوان

٦) ما هو تأمين ضد الحوادث، الأمراض أو الإعاقة الآخر الذي قمت به؟ (اسم الشركة، الجمعيات، الخ، مع تقديم وصف بالميزات).

الاسم العنوان

الميزات

٧) العمل الحالي المهام

اسم وعنوان صاحب العمل

الاسم العنوان

٨) ما هو العلاج الطبي أو الجراحي الذي تلقته خلال فترة الخمس سنوات الماضية؟ (اكتب التواريخ، طبيعة الأمراض، أو الإصابات وأسماء وعناوين الأطباء القائمين على العلاج وأسماء وعناوين العيادات والمستشفيات حيث تلقيت العلاج)

٩) ما هي المنظمات أو الشركات التي قامت بدفع تعويض لك عن المرض أو الإصابة؟

الاسم العنوان

أخول بموجب أي مستشفى أو طبيب أو أي شخص آخر باشر حالتي، أو أي صاحب عمل أن يزود متلايف أو ممثليها بأية معلومات بخصوص مرضي أو إصابتي أو تاريخي الطبي أو وصفات استشارتي أو علاجي، ونسخ من كافة سجلات المستشفى أو السجلات الطبية ونسخ من كافة سجلات أصحاب الأعمال. كما أوافق على أن تعتبر النسخة من هذا التفويض سارية ونافذة مثلها مثل الأصل.

أمنح بموجب هذا المستند للشركة الأمريكية للتأمين على الحياة موافقة صريحة لتحويل بياناتي الشخصية ومشاركتها ونقلها إلى أي متلق خارج الدولة (أي مقر الشركة بالولايات المتحدة الأمريكية ورأو الفروع والجهات التابعة الأخرى لمجموعة شركة التأمين) متى كان نقل البيانات أو مشاركتها لازماً لتنفيذ العقد أو للائتمان لأي التزام قانوني تخضع له الشركة والقيام عند الضرورة بنقل أو مشاركة أي معلومة لدى الجهات التنظيمية وجهات تنفيذ القانون لأداء مهامها ذات الصلة بالعقوبات الدولية وغيرها من اللوائح المعمول بها الخاصة بالشركة.

*يقصد بالبيانات الشخصية كافة المعلومات التي تتعلق بي (سواء كانت مؤشراً عليها على أنها معلومات "شخصية" أم لا) التي يتم الإفصاح عنها إلى متلايف بأية وسيلة كانت سواء بشكل مباشر أم غير مباشر، والتي تتعلق بـ على سبيل المثال لا الحصر، حالتي الطبية والعلاجات والوصفات الطبية والأعمال والعمليات وبيانات الاتصال وأرصدة الحساب/الأنشطة أو أية معاملات يتم تنفيذها مع متلايف.

الطبيب المشرف على العلاج

تمت الموافقة عليه من قبل

الطبيب المعالج

التوقيع باسمك الكامل التاريخ

اسم المريض العمر

1. طبيعة الإصابة (قدم وصفا للمضاعفات إن وجدت)

2. متى ظهرت الأعراض لأول مرة أو متى حصل الحادث؟ التاريخ

3. متى استشارك المريض للمرة الأولى بخصوص هذه الحالة؟ التاريخ

4. (أ) هل حدث وأن عانى المريض من نفس الحالة أو من حالة مماثلة؟ نعم لا

(ب) إذا كان الجواب نعم، اذكر متى كان ذلك مع التفاصيل

5. (أ) هل كان يتر أحد الأطراف أو فقدان البصر هو فقط ما نجم عن الحادث؟ نعم لا

(ب) إذا كان الجواب لا، قدم وصفا لأي مرض أو عجز ناجم عن الإصابة

6. يتر الأطراف

قدم وصفا دقيقا لمكان البتر الفعلي

7. فقدان البصر

(أ) هل حدث فقدان البصر بشكل كامل ولا يمكن شفاؤه؟ نعم لا

(ب) إذا كان الجواب بنعم، اكتب التاريخ الدقيق لحدوث ذلك

(ج) إذا كان الجواب لا، فهل هناك أمل بالشفاء نعم لا

(د) متى ذلك؟ التاريخ بشكل تقريبي

8. (أ) هل هناك أمل باستعادة البصر كلياً أو جزئياً من خلال إجراء زراعة قرنية أو أي عمل جراحي آخر؟ نعم لا

(ب) إذا كان الجواب نعم، اذكر متى مع تقديم شرح مفصل وكامل

9. (أ) حالة الرؤية قبل الإصابة العين اليمنى / العين اليسرى /

(ب) حالة الرؤية حالياً (إن كانت معدومة اكتب لاشيء) العين اليمنى / العين اليسرى /

(ج) قدم وصفا لأي مرض أو عجز في الرؤية قبل الإصابة

10. (أ) طبيعة الإجراء الجراحي، إن وجد (قدم وصفا كاملاً)

(ب) تاريخ الإجراء

(ج) أين تم تنفيذ ذلك الإجراء؟

(د) إذا تم ذلك بالمستشفى مريض عيادات خارجية

11. اكتب تواريخ المعالجة المكتب المنزل المستشفى

12. (أ) هل ما يزال المريض تحت رعايتك بسبب هذه الحالة؟ نعم لا (ب) إذا انتهى من ذلك اكتب التاريخ

13. إذا كان المريض قد تلقى الرعاية داخل المستشفى، اكتب أسماء وعناوين المستشفيات وتواريخ العلاج

المستشفى	العنوان	من	إلى

14. اكتب أسماء وعناوين كافة الأطباء المشرفين على العلاج

العنوان	الاسم

15. هل الوضع الحالي ناجم عن إصابة عمل؟ نعم لا

توقيع (الطبيب المشرف) التاريخ

الهاتف الشارع عنوان الشارع

المدينة/البلدة الدولة/المقاطعة الرمز البريدي

تصريح المطالب على الوجه الآخر