

القسم أ - هذا القسم يجب ملؤه من قبل المطالب																		
ضع علامة (X) للتعويضات التي من أجلها تقدم هذا الطلب والعائدة للتكاليف الطبية المتكبدة والمغطاة بموجب:																		
رقم البوليصه					<input type="checkbox"/> عقد تأمين جماعي <input type="checkbox"/> عقد تأمين فردي													
١ - اسم المؤمن له			اسم الشخص		اسم الاب		٢ - عنوان المؤمن له :											
٣ - اسم المريض			٤ - تاريخ الولادة		اليوم		الشهر		٥ - صلة بالمؤمن له:									
٦ - نوع الوعكة (اذا كانت الوعكة ناتجة عن حادث اذكر اين وكيف وقع الحادث)					٧ - تاريخ ظهور العوارض الاولى													
السنة			الشهر		اليوم		٨ - هل عانى المريض سابقاً من هذه الوعكة ؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا (اذا «نعم» اعط التفاصيل)											
<table border="1"> <tr> <td>الاسم</td> <td>العنوان</td> <td>تاريخ الاستشارة</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>										الاسم	العنوان	تاريخ الاستشارة						
الاسم	العنوان	تاريخ الاستشارة																
٩ - هل دفعت الفاتورة ؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا																		
التاريخ			توقيع الوكيل			توقيع المطالب												
القسم ب - هذا القسم يجب ملؤه من قبل حامل البوليصه اذا كانت هذه المطالبة مقدمة بموجب عقد تأمين جماعي :																		
١ - اسم المطالب			تاريخ بدء تأمين المطالب		اليوم الشهر السنة													
٢ - اسم المعال اذا كانت المطالبة عائدة للمعال :			تاريخ بدء تأمين المعال		اليوم الشهر السنة													
٣ - رقم الشهادة			٤ - درجة التأمين															
٥ - اسم حامل البوليصه			٦ - هل كان المطالب موظفاً عند بدء الوعكة ؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا (اذا «لا» اعط التفاصيل)															
٧ - هل يحق للمطالب التعويض بموجب قانون طوارئ العمل واذا كان كذلك هل قدمت المطالبة بهذا الشأن ؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا																		

القسم ج - هذا القسم يجب ملؤه من قبل الطبيب المعين	
اسم المريض	السن
١- نوع المرض أو الإصابة (صف المضاعفات في حال وجودها)	
إذا كانت ناتجة عن الحمل، ماهو تقريباً تاريخ بدء الحمل؟	التاريخ: / /
٢- متى ظهرت العوارض الأولى أو ماهو تاريخ الحادث؟	التاريخ: / /
٣- هل عانى المريض في السابق من نفس الحالة أو من حالة مماثلة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> (إذا «نعم» اعط التاريخ والوصف)
اسم الطبيب السابق وعنوانه	
٤- نوع العملية الجراحية أو التوليدية في حال وجودها (اعط وصفاً كاملاً)	
الاجرة عن هذه العملية وتاريخ اجرائها	التاريخ: / /
اين اجريت؟	إذا كان في المستشفى: <input type="checkbox"/> كمرضى داخلي مسجل <input type="checkbox"/> كمرضى خارجي <input type="checkbox"/>
٥- اعط تواريخ المعالجة:	اجرة الزيارة
العيادة:	
البيت:	
المستشفى:	
٦- هل يتوقع اجراء عملية اخرى او معالجة؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> (إذا «نعم» اعط التاريخ والوصف)
التاريخ: / /	الشوارع:
	المدينة أو القرية:
	الدولة:
توقيع الطبيب أو الجراح	
القسم د - هذا القسم يجب ملؤه من قبل ممثل المستشفى المفوض	
١- اسم المستشفى	٢- العنوان
٣- تاريخ دخول المستشفى	٤- تاريخ الخروج من المستشفى
الغرفة والطعام	المداداة الطبيعية
غرفة العمليات	امتحان التطور الاساسي
البنج واعطاؤه	(Basal Metabolism Test)
فحوصات المختبر	التخطيطات الكهربائية للقلب
العقاقير والادوية	اعطاء الدم والبلازما
الفحوصات بأشعة اكس	الضماادات <input type="checkbox"/> قوالب الجبس <input type="checkbox"/>
الاووكسجين	خدمات اخرى بالتفصيل
المجموع	

التاريخ: / /

توقيع ممثل المستشفى المفوض

أميركان لايف إنشورنس كومباني

مسجلة في السجل التجاري تحت رقم ٢٦٦٦٦ في ١٣ تموز ١٩٥٢ - مسجلة في سجل شركات الضمان تحت رقم ٢٠ في ٢٩ تشرين الثاني ١٩٥٦
خاضعة لأحكام المرسوم ٩٨١٢ تاريخ ٤ أيار ١٩٦٨ - المعدل بموجب القانون رقم ٩٤ تاريخ ٢٨ حزيران ١٩٩٩