

اثباتات الوفاة

المقدمة الى أميركان لايف إنشورنس كومباني
(الشركة الاميركية للتأمين على الحياة)
(يجب أن تحرر جميع الأجوبة بخط الطبيب)

بيان الطبيب

<p>١- (أ) الاسم الكامل للمتوفي</p> <p>(ب) محل الإقامة في وقت الوفاة</p> <p>(ج) سن المتوفي عند الوفاة</p>	<p>(د) تاريخ الوفاة</p> <p>(هـ) مكان الوفاة</p> <p>(و) إذا توفي في مستشفى أو مؤسسة فذكر الاسم</p>
<p>٢- سبب الوفاة (إذكر سبباً واحداً فقط تحت كل من أ، ب و ج)</p> <p>المرض أو السبب الذي أدى مباشرة الى الوفاة</p> <p>(أ)</p> <p>الاسباب التي ساهمت في الوفاة</p> <p>(ب)</p> <p>(ج)</p>	<p>الفترة ما بين البداية والوفاة</p> <p>(أ)</p> <p>(ب)</p> <p>(ج)</p>
<p>٣- متى استشاركم المتوفي لأول مرة بصدد مرضه الأخير؟</p>	<p>٤- متى استشاركم المتوفي لآخر مرة بصدد مرضه الأخير؟</p>
<p>٥- هل تسببت الوفاة عن انتحار أو قتل أو حادث؟ إذكر الأسباب باختصار.</p> <p>(أ) هل جرى تحقيق رسمي؟</p> <p>نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p> <p>(ب) هل شرحت لجنة المتوفي؟</p> <p>نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p> <p>(ج) إذا كان ذلك فاي إجراء إتخذ؟ من قام به؟ وماذا كانت النتيجة</p>	<p>٦- (أ) هل وجدت علامات مميزة على الجثة؟</p> <p>نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p> <p>(ب) إذا كان الرد "نعم" فاذكر التفاصيل</p>

A- (أ) هل عالجتم أو أعطيتم المشورة للمتوفي قبل مرضه الأخير؟

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

إن كان جواب "نعم" لأي من السؤالين السابقين، فاذكر :

الاسم	العنوان	طبيعة المرض أو الإصابة	التاريخ

إن هذا البيان هو صحيح وكامل حسب معرفتي وإعتقادي.

التوقيع والختم:

إسم الطبيب:

عنوان الطبيب:

أميركان لايف إنشورنس كومباني

مسجلة في السجل التجاري تحت رقم ٣٦٦٦ في ١٢ 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