

# تقرير المطالبة بحوادث بتر الأعضاء

لن تحمل الشركة في حال تقديم هذه النموذج خالياً من الكتابة أي مسؤولية أو تتنازل عن حقوقها، ويجب تعبيء النموذج من قبل الشخص المصاب (إذا كان قاصراً، يتم ذلك من قبل الوالدين أو الوصي) ثم تعاد خلال 15 يوماً.

يرجى تعبيء كافة المعلومات ذات الصلة بشكل كامل ومفروءة.

المكتب الإداري  
ص.ب. ٣٧٩١٦ دبي، إ.ع.م. - تليفون ٤١٥ ٤٥٥٥٥ - فاكس ٤١٥ ٤٤٤٥٤.

## تصريح المدعي

١) الإسم الكامل للمؤمن عليه	_____	٢) العنوان الحالي	_____
٣) رقم البوليصة	_____	(أ) قدم وصفاً كاملاً عن الإصابة مع بيان أين، كيف و متى حصلت؟	

(ب) قدم وصفاً لأي مرض أو الإصابة المسببة للعجز	
--	--

(أ) التاريخ الدقيق عند وقوع الإصابة		_____
(ب) التاريخ الدقيق للإصابة التي نتج عنها فقدان البصر بشكل كامل أو بتر العضو		_____
٤) المستشفيات (أكتب الاسم الكامل، العنوانين، وتاريخ العلاج)		

العنوان	الاسم
العنوان	الاسم

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

العنوان	الاسم
العنوان	الاسم

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

العنوان	الاسم
الميزات	

العنوان	الاسم
اسم وعنوان صاحب العمل	

العنوان	الاسم
ما هو العلاج الطبي أو الجراحي الذي تلقيته خلال فترة الخمس سنوات الماضية؟ (أكتب العواريف، طبيعة الأمراض، أو الإصابات وأسماء وعنوانين الأطباء القائمين على العلاج وأسماء وعنوانين العيادات والمستشفيات حيث تلقيت العلاج)	

العنوان	الاسم
ما هي المنظمات أو الشركات التي قامت بدفع تعويض لك عن المرض أو الإصابة؟	

أخول بموجبه أي مستشفى أو طبيب أو أي شخص آخر يباشر حالي، أو أي صاحب عمل أن يزود متابلي أو ممثليها بأية معلومات بخصوص مرضي أو إصابتي أو تاريخي الطبي أو صفات استشارتي أو علاجي، ونسخ من كافة سجلات المستشفى أو السجلات الطبية ونسخ من كافة سجلات أصحاب الأعمال. كما أوفق على أن تعبر النسخة من هذا التفويض سارية ونافذة مثل الأصل. أمنح بموجب هذا المستند للشركة الأمريكية للتأمين على الحياة موافقة صريحة لتحويل بياناتي الشخصية \* ومشاركتها ونقلها إلى أي متلقي خارج الدولة (أي مقر الشركة بالولايات المتحدة الأمريكية وأو الفروع والجهات التابعة الأخرى لمجموعة شركة التأمين) متى كان نقل البيانات أو شاركتها لازماً لتنفيذ المقدار اللازم 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 ببيانات الشخصية كافة المعلومات التي تتعلق بي (سواء كانت مؤشرًا عليها على أنها معلومات "شخصية" أم لا) التي يتم الإفصاح عنها إلى متابلي بأية وسيلة كانت سواء بشكل مباشر أو غير مباشر، والتي تتعلق بـ، على سبيل المثال لا الحصر، حالي الطبي والعلاجات والوصفات الطبية والأعمال والعمليات وبيانات الاتصال وأرصدة الحساب/الأنشطة أو أية معاملات يتم تنفيذها مع متابلي.

الطبيب المشرف على العلاج	تم الموافقة عليه من قبل
الطبيب	الطبيب المعالج
التاريخ	التوقيع باسمك الكامل

العمر

اسم المريض

١. طبيعة الإصابة (قدم وصفا للمضاعفات إن وجدت)

٢. متى ظهرت الأعراض لأول مرة أو متى حصل الحادث؟

٣. متى استشارك المريض للمرة الأولى بخصوص هذه الحالة؟

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

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

 لا     نعم لا     نعم

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

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

٥. بتر الأطراف

قدم وصفا دقيقا لمكان البتر الفعلي

٦. فقدان البصر

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

 لا     نعم لا     نعم

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

 لا     نعم لا     نعم

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

 لا     نعم

(د) متى ذلك؟ التاريخ بشكل تقريري

٧. (أ) هل هناك أمل باستعادة البصر كليا أو جزئيا من خلال إجراء زراعة قرنية أو أي عمل جراحي آخر؟

 لا     نعم لا     نعم

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

٨. (أ) حالة الرؤية قبل الإصابة

(ب) حالة الرؤية حاليا (إن كانت معدومة اكتب لانشيء)

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

٩. (أ) طبيعة الإجراء الجراحي، إن وجد (قدم وصفا كاماً)

 ي     ش     س     س     س     س

(ب) تاريخ الإجراء

(ج) أين تم تنفيذ ذلك الإجراء؟

١٠. (د) إذا تم ذلك بالمستشفى

١١. (أ) إذا تم ذلك في العيادات الخارجية

(ب) إذا تم ذلك في المستشفى

(ج) إذا تم ذلك في المنزل

(د) إذا تم ذلك في المكتب

١٢. (أ) هل ما يزال المريض تحت رعايتك بسبب هذه الحالة؟

(ب) إذا انتهى من ذلك اكتب التاريخ

١٣. إذا كان المريض قد تلقى الرعاية داخل المستشفى، اكتب أسماء وعناوين المستشفيات وتاريخ العلاج

المستشفى	العنوان	من	إلى

١٤. اكتب أسماء وعناوين كافة الأطباء المشرفين على العلاج

الاسم	العنوان

١٥. هل الوضع الحالي ناجم عن إصابة عمل؟

 لا     نعم

التاريخ	توقيع (الطبيب المشرف)
عنوان الشارع	الشارع
الرمز البريدي	الدولة/المقاطعة

تصريح المطالب على الوجه الآخر