

# Total Disability Benefits

## Attending Physician's Statement



American Life Insurance Company (MetLife)  
 P.O. Box 371916 Dubai, United Arab Emirates  
 T. +971 4 415 4444, F. +971 4 415 4445, Gulfifeclaims@metlife.com

▶ Please provide all relevant information completely and legibly.

1. Full name of the Insured

2. Where is the Insured now located? (If an inmate of a hospital or other institution give name and address)

3. How long have you been the Insured's medical advisor?

4. When did the Insured's health first become affected?

5. Give symptoms, diagnosis and prognosis of disability

6. (a) Is the Insured wholly disabled and prevented from engaging in any business or occupation whatsoever?

(b) If he/she is, from what date, to your knowledge, has he/she been so prevented?

7. (a) Date of your first visit or prescription in present affliction

(b) Date of your last visit or prescription in present affliction

8. Is the Insured now confined to his bed or house? State which  and from what date?

9. When, in your opinion, may the Insured be expected to do any kind of work?

10. Have you or any other physicians or practitioners attended or treated the Insured for any cause whatsoever prior to present affliction?

a. Nature of diseases or injuries	b. Dates of Attendance		c. Names of Physicians or Practitioners	d. Address
	From	to		

11. Has the Insured ever received treatment from specific disease? If so, Please provide particulars

12. Has any member on the Insured's family or any person in his/her immediate household ever been affected similarly? If so, who?

Full name of the Physician

Signature of Physician  Residence Tel. No.  Include Country & Area Code

Signed at     20    
City Country Day Month Year

**We are committed to providing you with the highest service standards.** If you feel that we have not lived up to these standards we would like to hear about it, so we can put it right for you. Please visit our "Feedback and complaints" page on [www.metlife-gulf.com](http://www.metlife-gulf.com) to see how you can get in touch and learn about our Complaints Handling Process.

American Life Insurance Company – Registered under U.A.E. Federal Law No. (6) of 2007 Registration No. 34 in the Insurance Authority and Licensed by Department of Economic Development – License No. 613136

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

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

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

توقيع الطبيب

رقم الهاتف في محل الإقامة  متضمناً رمز المنطقة والبلد  المدينة  الدولة

وقع في  المدينة  الدولة  اليوم  الشهر  السنة

نحن ملتزمون بتزويدك بأعلى معايير الخدمة. إذا كانت لديك أية ملاحظات عن مستوى الخدمة المقدمة لك فيرجى إشعارنا بها على الفور حتى نتمكن من ملاحظتها. يرجى زيارة صفحة "الملاحظات والشكاوى" للاطلاع على معلومات التواصل والاطلاع على إجراءات معالجة الشكاوى لدينا [www.metlife-gulf.com](http://www.metlife-gulf.com)

أميركان لايف إنشورنس كومباني - مسجلة طبقاً للقانون الاتحادي رقم (٦) لسنة ٢٠٠٧ م الإمارات العربية المتحدة - رقم التسجيل ٣٤ لدى هيئة التأمين و مرخصة من دائرة التنمية الاقتصادية - رقم الترخيص ٦١٣١٣٦