

تقرير أولي عن الحادث
PRELIMINARY REPORT OF ACCIDENT

Policy No. بوليصة رقم

1 - Full Name	Age	العمر	الاسم الكامل
2 - Residence address	عنوان الإقامة		
3 - Business address	عنوان العمل		
4 - Date and time of accident	Date	التاريخ	٤ - تاريخ ووقت وقوع الحادث
	Time {	الوقت {	
	a.m. ق.ظ.	p.m. ب.ظ.	
5 - Circumstances of accident (full details)			٥ - كيفية وقوع الحادث (شرح تفصيلي)
6 - Injuries sustained			٦ - الإصابات التي نجمت عن الحادث
7 - Duties of present occupation (fully details)			٧ - واجبات المهنة الحالية (شرح تفصيلي)
8 - Name & Address of treating physician			٨ - اسم وعنوان الطبيب المعالج
9 - Date of stopping ALL occupational duties			٩ - تاريخ التوقف عن القيام بجميع واجبات المهنة
10 - Date of resuming part of occupational			١٠ - تاريخ استئناف جزء من واجبات المهنة

I hereby certify that all answers and all documents submitted with the Claim Form are complete and true. I hereby authorize any doctor, hospital, clinic, or medical provider, any insurance company or any other company, institution or any other person who has any record or information about me and/ or any of my family members to provide American Life Insurance Company with the complete information, including copies of their records with reference to any sickness or accident, any treatment, examination, advice or hospitalization. Any photocopy of this authorization shall be taken as the original copy.

أني أقر بأن جميع الأجوبة والمستندات المرفقة بهذه المطالبة هي صحيحة وكاملة، إنني أفوض أي طبيب مستشفى، عيادة أو جهاز طبي. أية شركة تأمين أو شركة أخرى، مؤسسة أو شخص يملك سجلات أو معلومات بي أو بأي فرد من عائلتي باعطاء أمير كان لايف انشورنس كومباني المعلومات الكاملة بما فيها نسخ عن السجلات الموجودة والتي تتعلق بأي مرض أو حادث، أية معالجة، فحوصات، استشارة، أو استشفاء، إن أية صورة عن هذا التفويض تعتبر صحيحة وكأنها الأصلية.

Date / / Signature of Claimant توقيع المطالب / / التاريخ

Agent Signature Date / / التاريخ توقيع الوكيل

البيان الأولي للطبيب المعاین

ATTENDING PHYSICIAN'S PRELIMINARY STATEMENT

1- Name of Claimant		١- اسم المطالب
2- Date of Accident		٢- تاريخ الحادث
3- Date of First treatment		٣- تاريخ المعالجة الأولى
4- Please give an accurate description of the injury		٤- الرجاء أن تعطي وصفاً دقيقاً للإصابة
5- Was an operation performed? If so, please describe fully		٥- هل أجريت أية عملية؟ ان أجريت فالرجاء أن تعطي وصفاً وافياً عنها
6- Did disease or infirmity contribute to either the accident, injury or disability and to what extent? (full details)		٦- هل ساهم أي مرض أو علة في وقوع الحادث أو الإصابة أو العطل ولأي مدى؟ (شرح تفصيلي)
7- How long was he totally disabled and unable to perform ANY and EVERY duty pertaining to this occupation?	من الى	٧- كم من الوقت تعطل تماماً وأصبح عاجزاً عن مزاولة أي من واجبات مهنته؟
8- If still totally disabled, when will it probably terminate?		٨- إذا كان المطالب لا يزال في حالة عجز تام فمتى يحتمل أن يزول ذلك؟

Date _____ التاريخ

Signature of Attending Physician _____ توقيع الطبيب المعاین

Graduate of _____ Year Graduated _____ سنة _____ خريج

Clinic Address _____ عنوان العيادة