



\*CL4001\*

**MetLife****FINAL PROOF OF LOSS****إثبات نهائي بالخسارة**

**NOTE** - This Blank is furnished to the Claimant without prejudice to or waiver of the rights or defense that the Company may have relative to any claim filed hereunder

**ملاحظة** يقدم هذا النموذج الى المطالب دون المساس بالحقوق التي يمكن أن تكون للشركة بصدد أي طلب مقدم أدناه ودون التنازل عن مثل هذه الحقوق

1- What your full name and number of your policy?		١- ما هو اسمك الكامل ورقم بوليستك؟
2- Where do you reside? (Street, number, city and country)		٢- أين تقيم؟ (الشارع، الرقم، المدينة، البلد)
3- What was your occupation at time of this accident?		٣- ماذا كانت مهنتك عند وقوعه هذا الحادث؟
4- Give address of employer or of your place of business.		٤- أذكر عنوان رب العمل أو عنوان مكان عملك
5-Give amount of your weekly salary or wages (if not employed on that basis. give average weekly earnings.		٥- أذكر قيمة معاشك أو راتبك الأسبوعي (إن لم تكن موظفًا على هذا الأساس فاذكر معدل دخلك الأسبوعي)
6-Give date and hour when the accident occurred for which this claim is made.		٦- أذكر تاريخ وساعة وقوع الحادث المقدم من أجله هذا الطلب
7-What actual bodily injuries did you sustain, caused wholly by the accident?		٧- ما هي الإصابات الجسدية الحقيقية التي نتجت عن هذا الحادث فقط؟
8-State cause and circumstances of the accident. Tell briefly just how it happened.		٨- اذكر سبب وظروف الحادث، اذكر باختصار كيف وقع.
9-Name and address of physician first consulted on account of injuries above described.		٩- ما هو اسم وعنوان أول طبيب إستشرته بخصوص الإصابات الموصوفة أعلاه؟
10-Are you entitled to any other benefits or compensation, from any source whatsoever? If so name the companies or associations, or other sources, and give amount of weekly benefit payable by each.		١٠- هل تستحق أي منافع أخرى أو تعويض آخر من أي مصدر مهما كان؟ إذا كان ذلك أعط أسماء الشركات أو المؤسسات أو المصادر الأخرى. أذكر مبلغ التعويض الأسبوعي المستحق من كل منها.
11-How long were you totally disabled, solely by this injury, so that you could not attend to any part of the duties of your occupation?	From To	١١- كم من الوقت تعطلت تعطيلًا كليًا من هذه الإصابة بحيث لم تتمكن من القيام بأي جزء من واجبات مهنتك؟

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 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 Metlife 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.

إني أقر بأن جميع الأجوبة والمستندات المرفقة بهذه المطالبة هي صحيحة وكاملة، إني أفوض أي طبيب مستشفى، عيادة أو جهاز طبي. أية شركة تأمين أو شركة أخرى، مؤسسة أو شخص يملك سجلات أو معاملات بي أو بأي فرد من عائلتي بإعطاء Metlife المعلومات الكاملة بما فيها نسخ عن السجلات الموجودة والتي تتعلق بأي مرض أو حادث، أي معالجة، فحوصات، إستشارة، أو إستشفاء، إن أية صورة عن هذا التفويض تعتبر صحيحة وكأنها الأصلية.

Signature of Claimant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_ توقيع المطالب

Agent Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_ توقيع الموكل

## بيان الطبيب أو الجراح المعاین

### STATEMENT OF ATTENDING PHYSICIAN OR SURGEON

#### تحديد العجز

#### DEFINITION OF DISABLEMENT

العجز الكامل، یعنی عجزاً جسدياً مباشراً ومستمراً وقلماً ينتج عن حادث طارئ، يعوق المطالب عن القيام بأي جزء من عمله او مهنته.

**TOTAL DISABLEMENT** implies immediate, continuous and absolute physical incapacity, as the result of accident, to attend to any portion of the business or occupation of the Claimant.

1- Give name of Claimant referred to in this certificate		١- اذكر اسم المطالب المشار اليه في هذه الشهادة.
2- Date and circumstances of accident		٢- تاريخ وكيفية وقوع الحادث
3- On what date were you first consulted by this claimant?		٣- في اي تاريخ استشارك هذا المطالب لأول مرة؟
4- On what date did you last give him actual and necessary treatment for this injury?		٤- ما هو تاريخ آخر معالجة فعلية بسبب هذه الإصابة؟
5- Describe the exact nature, location and extent of all injuries found by you on first examination.		٥- أذكر طبيعة الاصابات بالذات التي وجدتها في المعاينة الأولى وموضعها ومدى اتساعها.
6- What external or visible signs of violent injury did you find during your attendance?		٦- ما هي علامات الإصابة العنيفة الخارجية أو الظاهرة التي وجدتها أثناء معاينتك؟
7- In your opinion, what was the cause of the injury or conditions above described?		٧- ما هو بحسب رأيك سبب الإصابة أو الحالة المبينة أعلاه؟
8- Did the above injury necessitate any surgical treatment or surgical operation?		٨- هل أوجبت الإصابة أعلاه أية معالجة جراحية أو عملية جراحية؟
9- How long was the totally disabled, solely by this injury, so that he was physically unable to perform ANY and EVERY duty of his occupation?	From To	٩- لأية مدة تعطل عطلاً كاملاً فقط بسبب هذه الإصابة حتى أنه لم يعد قادراً صحياً على القيام بأي واجب من واجبات مهنته؟ من الى
10- Has he previously suffered from the same or similar injury, or from injury to same part of body?		١٠- هل سبق له أن شكاً من نفس الإصابة أو من إصابة مشابهة أو من إصابة للجزء ذاته من الجسم؟

Date \_\_\_\_\_ التاريخ

Signature of Attending Physician \_\_\_\_\_ توقيع الطبيب المعاین

Graduate of \_\_\_\_\_ Year Graduated \_\_\_\_\_ السنة خريج

Clinic Address \_\_\_\_\_ عنوان العيادة