



CL6002

MetLife®

PROOFS OF DEATH
Submitted to
AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY
(All answers must be in the physician's handwriting)

**PHYSICIAN'S
STATEMENT**

1. a) Full name of deceased b) Residence at death c) Age at death	d) Date of death e) Place of death f) If died in hospital or institution, give name
2. Cause of death (enter only one cause for each of a, b, and c) Disease or condition directly leading to death (a) Antecedent causes Due to (b) Due to (c)	Interval between onset and death (a) (b) (c)
3. Date of first attendance in last illness	4. Date of last attendance in last illness
5. If death was due to suicide, homicide or accident, specify which. Describe briefly	6. (a) Was an inquest held? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (b) Was an autopsy performed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (c) If so, by whom and with what findings?
7. (a) Were there any identification marks on the body? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (b) If "Yes" give particulars.	
8. (a) Have you treated or advised the deceased, prior to last illness? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (b) Did the deceased, to your Knowledge, receive treatment during the last five years from any other physician, or in any hospital or institution? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

If "Yes" to either question, Please furnish the following :

NAME	ADDRESS	NATURE OF ILLNESS OR INJURY	DATE

THESE STATEMENTS ARE TRUE AND COMPLETE TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE AND BELIEF.

Date / /

Signature and Stamp M.D.

Name

Address of physician



CL6002

MetLife®

بيان الطبيب

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

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

٨- (أ) هل عالجتكم 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 :