

Preliminary report of accident

تقرير أولي عن الحادث

Policy No. _____ بوليصة رقم _____

Full Name _____ Age _____ العمر _____ الإسم الكامل

Residence address _____ عنوان الإقامة

Business address _____ عنوان العمل

Date and time of accident _____ تاريخ ووقت وقوع الحادث

Circumstances of accident

كيفية وقوع الحادث

(full details)

(شرح تفصيلي)

Injuries sustained _____ الإصابات التي نجمت عن الحادث

Duties of present occupation

واجبات المهنة الحالية

(fully details)

(شرح تفصيلي)

Name & Address of treating physician _____ إسم وعنوان الطبيب المعالج

Date of stopping all occupational duties _____ تاريخ التوقف عن القيام بجميع واجبات المهنة

Date of resuming part of occupational _____ تاريخ استئناف جزء من واجبات المهنة

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 معلومات بي أو بأي فرد من عائلتي بإعطاء أمير كان لايف انشورنس كومباني المعلومات الكاملة بما فيها نسخ عن السجلات الموجودة والتي تتعلق بأي مرض أو حادث. أية معالجة، فحوصيات، استشارة، أو استشفاء، إن أية صورة عن هذا التفويض تعتبر صحيحة وكأنها الأصلية.

I hereby certify that all answers and all documents submitted with the claim form are complete and true. I hereby authorize ant 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 with 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.

Signature of claimant

Date / / التاريخ

توقيع المطالب

Agent Signature

Date / / التاريخ

توقيع الوكيل

Attending physician's preliminary statement

البيان الأولي للطبيب المعاین

Name of Claimant _____ اسم المطالب

Date of Accident _____ تاريخ الحادث

Date of First treatment _____ تاريخ المعالجة الأولى

Please give an accurate description of the injury الرجاء أن تعطي وصفًا دقيقًا للإصابة	
Was an operation performed? If so, please describe fully هل أجريت أية عملية؟ إن أجريت فالرجاء أن تعطي وصفًا وافيًا عنها	
Did disease or infirmity contribute to either the accident, injury or disability and to what extent? (full details) هل ساهم أي مرض أو علة في وقوع الحادث أو الإصابة أو العطل ولأي مدى؟ (شرح تفصيلي)	
How long was the totally disabled and unable to perform any and every duty pertaining to this occupation? كم من الوقت تعطل تمامًا وأصبح عاجزًا عن مواصلة أي من واجبات مهنته؟	
If still totally disabled, when will it probably terminate? إذا كان المطالب لا يزال في حالة عاجز تام فمتى يحتمل أن يزول ذلك؟	

Signature of Attending Physician

Date / / التاريخ

توقيع الطبيب المعاین

Graduate of

Year Graduated

سنة

خريج

Clinic Address

عنوان العيادة