



\*CL6002\*



# Proofs Of Death

Submitted to

## Physician's Statement

### American Life Insurance Company

(All answers must be in the physician's handwriting)

- 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?  Yes  No  
 (b) Was an autopsy performed?  Yes  No  
 (c) If so, by whom and with what findings? \_\_\_\_\_
- 7- (a) Were there any identification marks on the body?  Yes  No  
 (b) If "Yes" give particulars \_\_\_\_\_
- 8- (a) Have you treated or advised the deceased, prior to last illness?  Yes  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?  Yes  No

If "yes" to either question, please furnish the following:

Name	Address	Nature of illness or injur	Date

These statements are true and complete to the best of my knowledge and belief.

Name \_\_\_\_\_

Signature and Stamp \_\_\_\_\_ MD.

Address of physician \_\_\_\_\_

Date / /



\*CL6002\*



## اثباتات الوفاة

المقدمة الى

(الشركة الأميركية للتأمين على الحياة)

اميركان لايف  
انشورنس كومباني

(يجب أن تحرر جميع الجوبة بخط الطبيب)

## بيان الطبيب

١- (أ) الاسم الكامل للمتوفي \_\_\_\_\_  
 (ب) محل الإقامة في وقت الوفاة \_\_\_\_\_  
 (ج) سن المتوفي عند الوفاة \_\_\_\_\_  
 (د) تاريخ الوفاة \_\_\_\_\_  
 (هـ) مكان الوفاة \_\_\_\_\_  
 (و) اذا توفي في مستشفى او مؤسسة  
 فذكر الاسم \_\_\_\_\_

٢- سبب الوفاة (اذكر سبباً واحداً فقط تحت كل من أ، ب و ج)  
 المرض او السبب الذي أدى مباشرة الى الوفاة

(أ) \_\_\_\_\_  
 (ب) \_\_\_\_\_  
 (ج) \_\_\_\_\_  
 (أ) \_\_\_\_\_  
 (ب) \_\_\_\_\_  
 (ج) \_\_\_\_\_

٤- متى استشاركم المتوفي لآخر مرة بصدده مرضه الأخير؟

٣- متى استشاركم المتوفي لأول مرة بصدده مرضه الأخير؟

٦- (أ) هل جرى تحقيق رسمي؟  نعم  لا  
 (ب) هل شُرحَت جثة المتوفي؟  نعم  لا  
 (ج) اذا كان ذلك فأى إجراء اتخذ؟ من قام به؟  
 وماذا كانت النتيجة  
 \_\_\_\_\_

٥- هل تسببت الوفاة عن انتحار او قتل او حادث؟ اذكر الأسباب باختصار.

٧- (أ) هل وجدت علامات مميزة على الجثة؟ نعم لا

(ب) اذا كان الرد "نعم" فاذكر التفاصيل \_\_\_\_\_

٨- (أ) هل عالجتكم أو اعطيتم المشورة للمتوفي قبل مرضه الأخير؟  نعم  لا(ب) هل عولج المتوفي، حسب معرفتكم، خلال الخمس سنوات الأخيرة من قبل طبيب آخر، أو مستشفى، أو مؤسسة؟  نعم  لا

ان كل جواب "نعم" لأي من السؤالين السابقين، فاذكر:

الاسم	العنوان	طبيعة المرض أو الإصابة	التاريخ

ان هذا البيان هو صحيح وكامل حسب معرفتي واعتقادي

اسم الطبيب \_\_\_\_\_  
 عنوان الطبيب \_\_\_\_\_  
 التوقيع والختم \_\_\_\_\_  
 التاريخ / / \_\_\_\_\_