
ACCIDENT BENEFITS CLAIM EMPLOYER'S STATEMENT

This statement must be completed by the employer, or his duly authorized agent, such as a Superintendent, Paymaster, etc. It MUST NOT be completed by a Clerk, Bookkeeper or Foreman, unless specially authorized, nor by any Agent American Life Insurance Company.

1. Full name of Insured _____

2. Name and business address of Insured's employer. _____

3. When was Insured compelled to give up his duties? (Give exact date). _____

4. When did Insured return to work? _____

5. Was Insured's injury the sole cause of his absence from duty for all of the above period?

If not, give particulars. _____

Date _____

Seal & Signature _____

Witness _____

Title _____

مطالبة بتعويض من جراء حادث إفادة رب عمل

يجب أن تملأ هذه الإفادة من قبل رب العمل أو وكيله المفوض تفويضاً صحيحاً، كالمراقب أو مأمور صرف الرواتب أو إلخ، ويجب ألا تملأ من قبل موظف عادي أو كاتب حسابات أو ملاحظ العمال ما لم يتمتعوا بإذن خاص، ولا من قبل أي وكيل لأميركان لايف إنشورنس كومباني.

١. الاسم الكامل للمؤمن له

٢. الاسم وعنوان العمل لمستخدم المؤمن له

٣. متى إضطر المؤمن له أن يتخلى عن واجبات عمله؟ (أعط التاريخ بالضبط)

٤. متى عاد المؤمن له إلى عمله؟

٥. هل كانت الإصابة اللاحقة بالمؤمن له السبب الوحيد لتغيبه عن العمل كامل المدة المذكورة أعلاه؟
إذا كان لا، أعطي تفاصيل.

الختم والتوقيع

التاريخ

وظيفة الموقع

الشاهد