



رقم عقد تأمين	
اسم صاحب العقد (المتوفى)	
اسم المستفيد	

تصريح المستفيد

يرجى من المستفيد أن يجيب على الأسئلة التالية دون أي نقص وبكل وضوح مع ذكر التفاصيل والتواريخ وأن يوقع بخط يده

1	مكان الوفاة	
2	تاريخ الوفاة	
3	سبب الوفاة	
4	اسم وعنوان الطبيب المعالج قبل الوفاة	
5	اسم وعنوان الطبيب الشرعي المعين بعد الوفاة	
6	اسم وعنوان الطبيب الذي كان يستشيرها صاحب العقد عادة	
7	تاريخ ظهور عوارض المرض لأول مرة	الشهر السنة
8	أذكر تفاصيل الوفاة (التاريخ، الساعة، المكان والشهود)	



	هل كان صاحب العقد يعاني من مرض ما؟ إذا نعم، اذكر التفاصيل	9
--	---	---

الرجاء إرفاق المطالبة بالمستندات التالية:

1	عقد التأمين الأصلي
2	تقرير من الطبيب المعالج قبل الوفاة (حسب المطبوعة الصادرة عن الشركة)
3	تقرير من الطبيب الشرعي
4	نسخة عن بطاقة هوية المتوفى
5	حصر الارث إذا كان المستفيدون الورثة الشرعيون
6	وثيقة وفاة أصلية أو مصدقة
7	القيمة والاذن بالدفع من المحكمة

أصرح بأنني أجبت عن جميع الأسئلة بنفسي وأن الأجابة هي كاملة وصحيحة مع الإقرار أن أية إجابة مني غير كاملة أو مغلوبة تفقدني حقي بالمطالبة بقبض أي تعويض من شركة النسر العربي للتأمين. إنني أفوض بدون قيد أو تراجع أي طبيب، مستشفى، مختبر أو مرجع بتزويد الشركة بأية معلومات أو وثائق طبية أو غيرها تعتبرها ضرورية من أجل هذه المطالبة.

التاريخ:
توقيع المستفيد: