



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	هل جرت تحقيقات بصدد الوفاة من قبل أي مراجع رسمية أو خاصة؟ (الرجاء إرفاقها بهذا الطلب)	



	اذكر تفاصيل الوفاة (التاريخ، الساعة، المكان والشهود)	8
	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 بعد الحادث وقبل الوفاة
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	تقرير الشرطة
8	القيمة والاذن بالدفع من المحكمة

أصرح بأنني أجبت عن جميع الأسئلة بنفسني وأن الأجوبة هي كاملة وصحيحة مع الإقرار أن أية إجابة مني غير كاملة أو مغلوبة تفقدني حقي بالمطالبة بغض 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: