



رقم عقد تأمين	
اسم المتعاقد	

تصريح المؤمن

يرجى من المؤمن أن يجيب على الأسئلة التالية دون أي نقص وبكل وضوح مع ذكر التفاصيل والتواريخ وأن يوقع بخط يده، علماً بأن أي إجابة خاطئة أو غير كاملة تؤدي إلى رفض المطالبة.

1	اسم المؤمن	
2	مكان وتاريخ الولادة	
3	المهنة	
4	تاريخ بدء العمل بالمهنة	
5	هل تزال حالياً بنفس المهنة؟	
6	إذا كان الجواب بـ "لا" ما هو العمل الذي تمارسه في الوقت الحاضر؟	
7	كيف وقع الحادث ومتى؟	
8	ما هي طبيعة المرض أو الإصابة؟	
9	متى ظهرت عوارض المرض لأول مرة؟	
10	حدّد المعالجات والفحوصات التي خضعت لها	



		11 هل يوجد معالجات أو عمليات يجب أن تقوم بها لاحقاً؟
		12 هل عانيت سابقاً من نفس المرض؟ إذا "نعم"، اذكر التواريخ
اسم الطبيب	اسم الطبيب	13 الأطباء الذين استشرتهم
اسم الطبيب	اسم الطبيب	

الرجاء إرفاق المطالبة بالمستندات التالية:

1	تقرير أولي من الطبيب المعالج
2	تقرير نهائي من الطبيب المعالج مبين به النتيجة النهائية للحالة المرضية/ الحادث الذي تعرض له المؤمن عليه
3	تقرير من الجهة الأمنية عن ظروف الحادث الذي أدى إلى الإصابات الموصوفة
4	أية تقارير طبية أو وثائق طبية تعتبرها ضرورية من أجل هذه المطالبة
5	صورة عن الهوية الشخصية

أصرح بأنني أجبت عن جميع الأسئلة بنفسي وأن الأجوبة 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 صاحب المطالبة: