

بيان المطالب

2 - طبيعة العمل (يذكر البيانات كاملة)	1 - الاسم الكامل للمؤمن عليه	
4 - الطول	3 - تاريخ ميلاد المؤمن عليه (يوم) (شهر) (سنة)	
الوزن	محل الميلاد (بلدة/قرية) (محافظة)	
6 - صف الحالة المرضية (أو الصحية) الحالية للمؤمن عليه	5 - إلى أى مدى أصبح المؤمن عليه غير قادر على مواصلة أى مهنة؟	
8 - متى توقف المؤمن عليه عن أداء عمله الاعتيادي؟	7 - ما هى بداية ظهور الأعراض؟	
10 - كيف يقضى المؤمن عليه وقت فراغه؟	9 - متى بالتحديد توقف المؤمن عليه عن أداء أى عمل من أى نوع؟ (يوم) (شهر) (سنة)	
12 - متى يتوقع رجوع المؤمن عليه للعمل؟	11 - هل قام المؤمن عليه بأداء أى عمل منذ بداية العجز؟	
13 - أذكر أسماء وعاوين الأطباء الذين قاموا بعلاج المؤمن عليه وتواريخ الزيارات والتشخيص الطبي.		
العنوان	اسم الطبيب	تاريخ المعالجة
		من
		إلى
		من
		إلى
14 - ما هى الأمراض التى سبق للمؤمن عليه العلاج منها من قبل؟		
اسم الطبيب	فترة المرض	نوع المرض
	من
	إلى
	
15 - هل أصبت ام من عائلة المؤمن عليه بنفس المرض أو حالة العجز من قبل؟		
16 - هل لديك تأمين فى أى مؤسسة أو شركة أخرى؟		
المبلغ الأسبوعى أو الشهرى	العنوان	اسم الشركة
.....
.....
اننى افوض أى طبيب أو مستشفى قامت بعلاجى أو أعالج بها الآن بأعطاء شركة متلايف لتأمينات الحياة اية وجميع المعلومات المتعلقة بى بخصوص صحتى.		
العنوان	التليفون	توقيع (المؤمن عليه)
.....