

## بيان المطالب

٢ - طبيعة العمل (يذكر البيانات كاملة) .....	١ - الإسم الكامل للمؤمن عليه: .....	
٤ - الطول ..... الوزن .....	٣ - تاريخ ميلاد المؤمن عليه: (يوم) (شهر) (سنة) ..... محل الميلاد (بلدة/قرية) ..... (محافظة)	
٦ - صف الحالة المرضية (أو الصحية) الحالية للمؤمن عليه ..... ..... .....	٥ - إلى أى مدى أصبح المؤمن عليه غير قادر على مزاولة أى مهنة ؟ ..... ..... .....	
٨ - متى توقف المؤمن عليه عن أداء عمله الاعتيادي ؟ ..... .....	٧ - ما هى بداية ظهور الأعراض ؟ ..... .....	
١٠ - كيف يقضى المؤمن عليه وقت فراغه ؟ ..... .....	٩ - متى بالتحديد توقف المؤمن عليه عن أداء أى عمل من أى نوع ؟ ..... ..... (يوم) (شهر) (سنة)	
١٢ - متى يتوقع رجوع المؤمن عليه للعمل ؟ ..... .....	١١ - هل قام المؤمن عليه بأداء أى عمل منذ بداية العجز ؟ ..... .....	
١٣ - أذكر اسماء وعناوين الأطباء الذين قاموا بعلاج المؤمن عليه وتواريخ الزيارات والتشخيص الطبي.		
العنوان	إسم الطبيب	تاريخ المعالجة
.....	.....	من ..... إلى .....
.....	.....	من ..... إلى .....
.....	.....	من ..... إلى .....
.....	.....	من ..... إلى .....
١٤ - ما هى الأمراض التى سبق للمؤمن عليه العلاج منها من قبل ؟		
إسم الطبيب	فترة المرض	نوع المرض
.....	من ..... إلى .....	.....
.....	من ..... إلى .....	.....
.....	من ..... إلى .....	.....
.....	من ..... إلى .....	.....
١٥ - هل أصبت اسم من عائلة المؤمن عليه بنفس المرض أو حالة العجز من قبل ؟ .....		
المبلغ الأسبوعى أو الشهرى	العنوان	١٦ - هل لديك تأمين فى أى مؤسسة أو شركة أخرى ؟ إسم الشركة
.....	.....	.....
.....	.....	.....
أنتى أفوض أى طبيب أو مستشفى قامت بعلاجى أو أعالج بها الآن بأعطاء شركة متلايف لتأمينات الحياة أية وجميع المعلومات المتعلقة بى بخصوص صحتى.		
العنوان	توقيع	(المؤمن عليه)
.....	.....	.....
التليفون		
.....		