

**Claim Form****إستمارة مطالبة****In-Patient / Medical Reimbursement****داخل المستشفى / مصاريف طبية****A) INSURED'S SECTION****القسم أ-يملأ هذا القسم بواسطة المؤمن عليه**

1. Name of Insured : ..... : ١ - إسم المؤمن عليه :
2. Name of Patient : ..... : ٢ - إسم المريض :
3. Policy No. : ..... : ٣ - رقم الوثيقة :
4. Individual Certificate No. : ..... : ٤ - رقم شهادة التأمين الفردية :
5. Nature of Disability : ..... : ٥ - نوع العجز :
6. Medical History of Disability : ..... : ٦ - التاريخ الطبي للعجز :
7. Has Patient ever had same or similar condition ? ..... : ٧ - هل عانى المريض سابقاً من هذا العجز ؟  
No  Yes  Give Dates ..... أذكر التاريخ  نعم  لا

**Authorization**

"The undersigned hereby authorizes, all physicians, hospitals, clinics, Pharmacists, Laboraories, Employers, InsuranceCompanies Other Companies. Institutions or any other presons who have any records or information about me to provideMetLife (Life Insurance Company) any and all information with respect to my health and medical history, consultations,medical prescriptions, treatments or complete copy of hospital medical record. A photo- graphic copy of this authorizationshall be as vaild as the original.

**تفويض**

إننى افوض جميع الأطباء ، والمستشفيات ، العيادات ، الصيدالة ، المختبرات ، اصحاب العمل ، شركات التأمين ، شركات اخرى ، مؤسسات أو أية اشخاص لديهم اية سجلات أو معلومات عن صحتى بأعطاء متلايف ( شركة متلايف لتأمينات الحياة ) أية وجميع المعلومات المتعلقة بى ، وبصحتوتاريخى الطبي ، إستشارات ، وطفات طبية ، معالجات أو نسخة كاملة من ملفى الطبي فى المستشفى ، إن أية صورة شمسية عن هذا التفويض تعتبر صحيحة وكأنها الأصل.

INSURED'S SIGNATURE ..... توقيع المؤمن عليه

DATE ..... التاريخ

**B) EMPLOYER SECTION****القسم ب - يملأ هذا القسم بواسطة صاحب العمل**

1. Date of Coverage ..... : ١ - تاريخ بدء التغطية :

Don't forget to attach bills &amp; receipts

لا تنسى أن ترفق الفواتير و الإيصالات اللازمة