

IN-PATIENT / MEDICAL REIM-
BURSEMENT / CLAIM FORMاستمارة مطالبة - داخل المستشفى /
مصاريف طبية

Don't forget to attach bills & receipts

لا تنسى أن ترفق الفواتير و الإيصالات اللازمة

A) INSURED'S SECTION

القسم أ- يملأ هذا القسم بواسطة المؤمن عليه

- ١ - اسم المؤمن عليه :
- ٢ - اسم المريض :
- ٣ - رقم الوثيقة :
- ٤ - رقم شهادة التأمين الفردية :
- ٥ - نوع العجز :
- 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 اذكر التاريخ نعم لا**AUTHORIZATION**

“ The undersigned hereby authorizes, all physicians, hospitals, clinics, Pharmacists, Laboraories, Employers, Insurance Companies Other Companies. Institutions or any other presons who have any records or information about me to provide **MetLife (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 authorization shall be as vaild as the original.

تفويض

إنني افوض جميع الأطباء ، والمستشفيات ، العيادات ، الصيدالة ، المختبرات ، اصحاب العمل ، شركات التأمين ، شركات اخرى ، مؤسسات أو أية اشخاص لديهم اية سجلات أو معلومات عن صحتي بأعطاء متلايف (شركة متلايف لتأمينات الحياة) أية وجميع المعلومات المتعلقة بي ، وبصحتي وتاريخي الطبي ، إستشارات ، وطفات طبية ، معالجات أو نسخة كاملة من ملفي 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 :