

## نموذج المطالبة "ب"

شركة التأمين على الحياة (العالمية) ش.م.ب (مقفلتة)

البحرين

### شهادة مرافقة طبية

(تستكمل هذه الشهادة من قبل الطبيب المرافق في المرض الأخير للمتوفى)

1. فيما يتعلق بالمطالبة المرفوعة بموجب البوليصة رقم -----

على حياة السيد/السيدة -----

العنوان: -----

الوظيفة: -----

2.

(أ) العمر الظاهر للمتوفى: ----- سنة

(ب) هل كان قريباً لك وإذا كان كذلك، فما هي صلة القرابة؟  
-----

(ج) وصف أي علامات أو مميزات جسدية (لمزيد من التحديد).  
-----

3.

(أ) توقيت الوفاة: ----- ص/م

(ب) تاريخ الوفاة: -----

(ج) مكان الوفاة (حدد عنوان دقيق) -----

4.

(أ) ما هو سبب الوفاة بالضبط؟  
-----

(أ) السبب الرئيسي -----

السبب الثانوي -----

(ب) هل تم التأكد من خلال الفحص بعد الوفاة أو الاستدلال من الأعراض والمظهر وهو على قيد الحياة؟  
-----

(ج) مدة المرض -----

(د) الأعراض التي تم الإبلاغ عنها / التي لوحظت -----

(هـ) متى شوهدت هذه الأعراض على المتوفى لأول مرة؟  
-----

(و) تاريخ الاستشارة الأولى -----

(ز) المدة التي استغرقتها الاستشارة/ العلاج من جانبك  
-----

5.

(أ) هل كانت عاداته متزنة ومعتدلة؟  
-----

(ب) هل لديك أي سبب للافتراض أو الشك في أن المرض قد تسبب أو تفاقم بسبب العادات المفرطة؟  
-----

6. ما الأمراض أو العلل الأخرى التي (1) سبقت أو (2) تزامنت مع هذا المرض الذي تسبب في وفاته على الفور؟

حدد تاريخ هذا المرض أو العلة مع توضيح:

(أ) التاريخ عند الملاحظة لأول مرة

(ب) من الذي تولى العلاج

(ج) من الذي أبلغك بتاريخ المريض؟

7. اسم وعنوان الأطباء / المستشفيات الذين عالجوا المؤمن عليه:

(أ) قبل استشارتك

(ب) أثناء قيامك بالعلاج

8. اسم الطبيب المرافق المعتاد للمؤمن عليه المتوفى:

9. متى ومن أي مرض عالجت المتوفى خلال

السنوات الثلاث التي سبقت مرضه الأخير؟

10. هل تم إجراء أي تحقيق أو استفسار رسمي بشأن

الوفاة أو تم إجراء فحص آخر للجثة بعد الوفاة؟

إذا كان الأمر كذلك من الذي قام بذلك، وماذا

كانت النتيجة أو ما الذي تبينه الفحص؟

11. هل لديك أي معلومات أخرى لتقديمها أو

ملاحظات تتعلق بها فيما يتعلق بهذا الادعاء فيما

يتعلق بأمراض المتوفى أو عاداته أو نمط معيشتة،

وما إلى ذلك؟

أقر أنا، ----- الطبيب المرافق للمتوفى السيد/السيدة ----- بموجبه  
رسمياً بأن البيانات السابقة صحيحة وسليمة على حد علمي واعتقادي بأن المتوفى لم يمت بسبب سوء تصرفه.

تحريراً في هذا اليوم----- من شهر ----- 20-----.

(توقيع الطبيب المرافق )

الاسم: -----

المؤهل: -----

العنوان البريدي: -----

شاهد على التوقيعات وهوية الطبيب المرافق:

التوقيع: -----

الاسم: -----

الوظيفة: -----

العنوان البريدي: -----