

نموذج المطالبة "ب 1"

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

البحرين

شهادة معالجة بالمستشفى

فيما يتعلق بالمطالبة المقدمة بموجب البوليصة رقم -----

للتأمين على حياة -----.

1. ما هو الاسم بالكامل وسن وعنوان ووظيفة المريض حسب سجلات المستشفى؟

الاسم: -----

السن: -----

العنوان: -----

الوظيفة: -----

2. ما تاريخ دخوله إلى المستشفى؟

3. على يد من كان المريض يتلقى العلاج قبل أن يدخل

المستشفى؟ إذا كان المريض قد أحضر رسالة أو مذكرة من

أي طبيب في وقت قبوله بالمستشفى، يرجى تزويدنا بنسخة

مصدقة منه.

4. في وقت قبوله بالمستشفى، ماذا كانت (أ) طبيعة شكواه؟ (ب) (أ) -----

مدة الشكوى وفقاً لما ذكره بنفسه؟ (ب) -----

5. -----

(أ) ما التاريخ الدقيق الذي أفاد به المريض في وقت قبوله

بالمستشفى؟ (يرجى تحديد التاريخ ومدة المرض والأعراض

التي تم سردها وما إلى ذلك.)

(ب) هل تم الإبلاغ عن التاريخ من قبل المريض نفسه أو من قبل

شخص آخر؟

(ج) إذا لم يتم الإبلاغ عن التاريخ من قبل المريض نفسه، حدد اسم

الشخص الذي أبلغ وعلاقته به. هل كان المريض حاضراً في

ذلك الوقت وهل كان في كامل وعيه؟

(د) لمن تم الإبلاغ عن تاريخ المريض ومن قام بتسجيله؟

(هـ) هل الطبيب، الذي تم إبلاغه عن تاريخ المريض/ الذي سجل

تاريخ المريض، لا يزال يعمل لدى المستشفى، وإذا لم يكن

كذلك، ما هو عنوانه الحالي؟

6. ما التشخيص الذي توصل إليه المستشفى؟

7. هل كان المريض يعاني من أي مرض أو علة أخرى سبقت المرض أو تزامنت معه في وقت دخول المريض إلى المستشفى؟ إذا كان الأمر كذلك/ ماذا كان هذا المرض؟ يرجى التوضيح بالتفصيل مع ذكر:

(أ) التاريخ المبلغ به

(ب) تاريخ ظهور الأعراض على المريض لأول مرة

(ج) من الذي تولى العلاج؟

(د) من الذي أبلغ بتاريخ المريض؟ (إن لم يكن المريض نفسه،

يرجى تحديد ما إذا كان قد تم هذا في حضوره وبمعرفة)

(هـ) من الذي سجل تاريخ المريض؟ (إذا لم يكن الطبيب موجودًا

في المستشفى حاليًا، فيرجى توضيح عنوانه الحالي)

1. ما تاريخ خروجه من المستشفى؟

2. ما وضعه وحالته الصحية عند خروجه من المستشفى؟

3. هل تلقى العلاج في المستشفى في أي مناسبة سابقة سواء كمريض داخلي أو كمريض خارجي؟ إذا كان الأمر

كذلك، فيرجى ذكر: -

(أ) تاريخ أول قبول أو أول مرة يتلقى فيها المريض العلاج كمريض خارجي.

(ب) تاريخ خروجه من المستشفى ووضعته الصحي عند خروجه.

(ج) طبيعة المرض.

أقر بأن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة حسب السجلات الموجودة في المستشفى.

التاريخ: _____ التوقيع: _____

المؤهل والوظيفة: _____

اسم المستشفى: _____ العنوان البريدي: _____