

بيان الطبيب أو الجراح المعاین

Statement of Attending Physician or Surgeon

American Life Insurance Company
WILMINGTON, DELAWARE, U.S.A
INCORPORATED 1921

Administrative Office
P.O. Box 5984, Sharjah, UAE
Tel +971 6 556 2566 Fax + 971 6 556 4917

Alico

أمیرکان لایف انشورنس کومپانی
ویلمنغتون، دیلانویر، الولايات المتحدة الأمريكية
تأسست عام ۱۹۲۱

المكتب الإداري:
ص.ب. ۵۹۸۴ الشارقة - إ.ع.م.
مباشر ۲۵۶۶ ۶۵۵۶ +۹۷۱ فاكس ۴۹۱۷ ۶۵۵۶ +۹۷۱

DEFINITION OF DISABLEMENT

Total Disablement implies immediate, continuous and absolute physical incapacity, as the result of accident to attend to any portion of the business or occupation of the Claimant.

تحديد العجز

العجز الكامل بعني عجزاً جسدياً مباشراً ومستمراً وتاماً ينتج عن حادث طارئ يعوق المطالب عن القيام بأي جزء من عمله أو مهنته.

1. Give name of claimant referred to in this certificate.

۱. أذكر اسم المطالب المشار إليه في هذه الشهادة.

2. On what date were your first consulted by this claimant?

۲. في أي تاريخ إستشارك هذا المطالب لأول مرة؟

3. On what dates did the Insured start and finish treatment for this injury

۳. ماهو تاريخ أول وأخر معالجة فعلية بسبب هذه الإصابة؟

4. Describe the exact nature, location and extent of all injuries found by you on the first examination.

۴. إذكر طبيعة الإصابات بالذات التي وجدت في المعاينة الأولى وموضعها ومدى إتساعها.

5. What external or visible signs of violent injury did you find during your attendance?

۵. ما هي علامات الإصابة العنيفة الخارجية أو الظاهرة التي وجدت أثناء معاينتك؟

6. In your opinion, what was the date and cause of the injury or conditions above described?

۶. ماهو بحسب رأيك سبب الإصابة أو الحالة المبينة أعلاه؟

7. Did the above injury necessitate any surgical treatment or surgical operation?

۷. هل أوجدت الإصابة أعلاه أية معالجة جراحية أو عملية جراحية؟

8. How long was he/she totally disabled, solely by this injury, so that he/she was physically unable to perform any and every duty of his/her occupation?

۸. لأية مدة تعطل عطلاً كاملاً فقط بسبب هذه الإصابة حتى أنه لم يعد قادراً صحياً على القيام بأي واجب من واجبات مهنته؟

9. Has he/she previously suffered from the same or similar injury, or from injury to same part of body?

۹. هل سبق له أن شكا من نفس الإصابة أو من إصابة مشابهة أو من إصابة لجزء ذاته من الجسم؟

Date

التاريخ

Signature of Attending Physician

توقيع الطبيب المعاین

Graduate of

خريج

Year Graduated

سنة

Clinic Address

عنوان العيادة