



المقدمة إلى الشركة المصرية الإماراتية لتأمينات الحياة التكافلي-سلامة

أرقام وثائق التأمين الخاصة بالمؤمن عليه لدى الشركة

.....
.....

الاسم الكامل بالمؤمن عليه:

العمر.....

المهنة المشتغل بها وقت الحادث:

.....

تاريخ ومكان ميلاد بالمؤمن عليه ؟ التاريخ: مكان الميلاد:

.....

تاريخ ومكان الحادث: تاريخ الحادث : مكان الحادث :

.....

سبب الحادث:

.....

متى اشتكى بالمؤمن عليه لأول مرة أو بدت عليه ظواهر أخرى عن مرضه الأخير ؟

التاريخ:

متى استشار بالمؤمن عليه الطبيب لأول مرة بخصوص مرضه الأخير ؟

التاريخ:

متى زاول بالمؤمن عليه عمله الإعتيادي آخر مرة ؟

التاريخ:

أسماء وعناوين جميع الأطباء الذين عالجوا بالمؤمن عليه أثناء مرضه الأخير وأثناء السنوات الخمس التي سبقت إصابته بالمرض:

الاسم	العنوان	تاريخ المعالجة	المرض أو الحالة
.....			
.....			

هل كان بالمؤمن عليه أثناء السنوات الخمس الأخيرة نزبلا في مستشفى أو مصحة أو أية مؤسسه أخرى أو رهن العلاج في إحداها؟ (إذا كان كذلك فمتى و أين و لأي سبب؟)

.....

.....

.....

أقر أنا الموقع ادناه بأن كافة البيانات الواردة أعلاه صحيحة ومقدمة مني وتحت مسؤوليتي.

الاسم/.....

الصفة/.....

رقم الهاتف/.....

التوقيع/.....

التاريخ/.....