



من:

إلى:

الموضوع : إبلاغ عن (إصابة / وفاة) مشترك تحت وثيقة تأمين الحياة الجماعي

اسم المصاب / المتوفي : رقم المصاب / المتوفي :
تاريخ الميلاد : / / المهنة :
تاريخ الإصابة / وفاة : / / الوقت :
مكان الإصابة / الوفاة :

العمل الذي كان يقوم به المصاب / المتوفي / إثناء وقوع الحادث :

.....
.....

أسباب الإصابة / الوفاة :

.....
.....

وصف وضع الإصابة / المتوفي إلى الطبيب / المستشفى في يوم الإصابة :

اسم المستشفى :

ملاحظات :

.....
.....

ختم والتوقيع المؤمن له :

التاريخ :

لاستعمال شركة التأمين :

رقم المطالبة :

تاريخ تسجيل المطالبة :

التوقيع :