



INDEMNITY FORM FOR EXPECTANT MOTHERS

1. PAX INFORMATION

- Name & Initials: الاسم و الشهرة:
- Telephone No. : رقم الهاتف :
- Passport No. & Nationality : رقم جواز السفر و الجنسية :
- Address : العنوان :

2. ITINERARY

- Flt Number / Date : رقم الرحلة و التاريخ :
- Routing : الاتجاه :

3. MOTHER'S HEALTH CONDITION AND PREGNANCY INFORMATION

الحالة الصحية للأم

- Normal YES ☐ NO ☐ عادية
(If "No" Give Details) إذا كان الجواب "لا" اذكر التفاصيل
- Confinement Expected : ----- تاريخ الوضع
- Pregnancy Complication : YES ☐ NO ☐ مشاكل اثناء فترة الحمل
(If "YES" Give Details) إذا كان الجواب "نعم" اذكر التفاصيل
- Previous Multiple Births : YES ☐ NO ☐ ولادة توأم سابقا
- Medical Clearance Available YES ☐ NO ☐ شهادة صحية موجودة

I the undersigned _____
do hereby declare that all particulars mentioned
above are correct and that neither MEA or its
employees or Agents shall bear any responsibility
for incorrect statements on my part.
I do further declare that I will indemnify MEA against
any damage sustained as a result of my acceptance
on this flight and undertake to bear all expenses and
costs that might be incurred.

انا الموقعة انا _____
المذكورة اعلاه هي صحيحة و انني لن احمل شركة
طيران الشرق الاوسط الخطوط الجوية اللبنانية
او موظفيها اية مسؤولية لاية معلومات خاطئة
قد اكون اعطيتها. كما اعلن و اتعهد بان اعوض
عليها عن كل ضرر قد يلحق بها من جراء
قبولي على متن هذه الرحلة. كما اتعهد بان
ادفع كافة المصاريف التي قد تتحملها.

Station Date Passenger's Signature

المحطة التاريخ توقيع المسافر