

COMPREHENSIVE PERSONAL PLAN CLAIM FORM

إستمارة المطالبة - الخطة الشخصية الشاملة

THE ISSUE OF THIS FORM IS NOT TAKEN AS ADMISSION OF LIABILITY

إصدار هذه الإستمارة لا يُعد إقراراً منا بالمسؤولية تجاه المطالبة

(Note: Additional information or Documents may be called for if necessary)

(تنبيه: يحق لنا طلب معلومات إضافية ، إذا تطلب الأمر ذلك)

Name of Policy Holder		اسم حامل الوثيقة:			
Policy Number :	رقم الوثيقة:	Period of Insurance: to:	فترة التأمين: إلى:		
Name of the Life Assured:		اسم المؤمن عليه:			
ID/Passport Number:	الرقم المدني/ رقم جواز السفر	Tel. No./ GSM	رقم الهاتف النقال		
Nationality.	الجنسية	Occupation	المهنة		
Age / Date of Birth	العمر / تاريخ الميلاد	Nature of Work	طبيعة العمل		
<u>Nature of Claim</u> طبيعة المطالبة					
<input type="checkbox"/>	Death وفاة	<input type="checkbox"/>	Accidental Death Benefit (ADB) وفاة بسبب حادث	<input type="checkbox"/>	Permanent Total Disability (PTD) العجز الكلي الدائم
<input type="checkbox"/>	Repatriation ترحيل الجثمان	<input type="checkbox"/>	Permanent Partial Disability (PPD) العجز الجزئي الدائم	<input type="checkbox"/>	Medical Expenses due to Accident مصاريف العلاج الناتجة عن حادث
		<input type="checkbox"/>	Temporary Total Disability (TTD) العجز الكلي المؤقت		
<u>ACCIDENT</u> الحادث					
Date of Accident	تاريخ الحادث	Place of Event	موقع الحادث		
Details of Accident:		تفاصيل الحادث:			
Nature of Injuries		طبيعة الإصابة			
Claim amount:		مبلغ المطالبة:			
<u>GENERAL</u> معلومات عامة					
Are you insured against accident with any other Company? If so, give name and amount of benefit. هل أنت مؤمن ضد الحادث مع شركة تأمين أخرى؟ إذا كان الأمر كذلك ، يرجى ذكر اسم شركة التأمين والمبلغ المؤمن عليه.					
Have you previously suffered from trouble or any other injury? If so, give particulars with date and period of incapacity. هل سبق أن عانيت من مشكلة أو أي إصابة أخرى؟ إذا كان الأمر كذلك، فانذكر التفاصيل مع تاريخ وفترة العجز.					

Have you previously made any claim under this or other accident policies? If so, give details هل سبق لك أن قدمت أي مطالبة بموجب هذه الوثيقة أو غيرها من وثائق الحوادث؟ إذا كان الأمر كذلك، قم بإعطاء التفاصيل.
<u>To be completed for Permanent / Temporary Disablement Compensation Claims only</u> <u>يجب تعبئة البيانات لمطالبات تعويض العجز الدائم / المؤقت فقط</u>
Date on which ceased working التاريخ الذي توقفت فيه عن العمل
Have you ever since been able to supervise or give any attention whatever to any part of your business or occupation? If so, from what date هل تمكنت منذ ذلك الحين من الإشراف أو الاهتمام بأي جزء من عملك أو مهنتك؟ إذا كان الأمر كذلك، اذكر تاريخ البدء؟
Date on which resumed working تاريخ استئناف العمل
Annual Salary at time of accident (to be supported by a certificate from Employer) الراتب السنوي وقت وقوع الحادث (مدعم بشهادة من صاحب العمل)

I hereby warrant the truth of the above statements

أضمن بموجب هذا صحة التصريحات المذكورة أعلاه

Date:

التاريخ

Signature of Insured

توقيع المؤمن عليه