

نموذج مطالبة عندما تحدث الوفاة خارج دولة الإمارات العربية المتحدة

CLAIM FORM TO BE FILLED IN WHERE DEATH OCCURS OUTSIDE UAE

لا يعتبر إصدار هذا النموذج إقراراً أو اعترافاً بالمسؤولية

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

(ملاحظة: قد يتم طلب معلومات أو مستندات إضافية عند الضرورة)

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

يتم ملؤه من قبل المؤمن له/ المستفيد/ صاحب العمل To be filled in by the insured Client/Grantee/Employer			
اسم وعنوان المؤمن له/ المستفيد/ صاحب العمل Name & Address of the Client/Grantee/Employer			
رقم الوثيقة Policy Number			
فترة الوثيقة Period of Insurance	من From:	إلى To:	
اسم المؤمن على حياته Name of the Life Assured			
العنوان في دولة الإمارات العربية المتحدة Address in UAE			
علاقة مقدم الطلب بالعضو المتوفي Relationship of the claimant to the deceased			
رقم الموظف/ رقم العضو Staff no./ Member no:	السن/ تاريخ الميلاد Age/Date of Birth		
لراتب Salary	تاريخ صلاحية جواز السفر Passport expiry date		
مبلغ المطالبة (بدرهم الإمارات) Claim Amount (AED)	تاريخ إنتهاء البطاقة Claim Amount (AED)		

يتم ملؤه من قبل القريب المباشر للعضو المتوفي

To be filled in by the next kin of the Deceased

عنوان المتوفي وقت الوفاة Address of deceased at the time of Death			
سبب الوفاة Cause of Death (Give details)			
مكان الوفاة Place of Death	مكان الوفاة Place of Event		
اسم وعنوان الطبيب الذي عالج المرض المسبب للوفاة Name & address of the Doctor who treated the terminal condition			
هل تم دفن المتوفي أو حرق الجثمان؟ Was the deceased buried or cremated?			

ما هي الوثائق التي تم الحصول عليها للتصريح بالدفن/ حرق الجثمان؟ What documentation was obtained permitting burial or cremation?	
أين تم دفن/ حرق الجثمان؟ Where the burial/cremation did took place?	
اسم وعنوان شخصين من غير أقرباء المتوفي كانوا متواجدين أثناء دفن/ حرق الجثمان Name & address of two people not related to the deceased who were present at burial/cremation.	

لتاريخ Date	توقيع أقرب الأقرباء Signature of the next of kin:
لاسم الكامل والعنوان Full Name & Address:	
العلاقة بالمتوفى Relationship to the deceased	

يتم ملؤه من قبل الطبيب/ المستشفى الذي عالج المتوفي/ صرح بوفاته

To be completed by the Doctor/Hospital who Treated /Certified the Death

تاريخ ووقت الوفاة Date & Time of Death	
لسبب المباشر للوفاة Precise Cause of Death	
تاريخ ظهور العلامات الأولى و/أو أعراض المرض المسبب للوفاة Date of onset of the first signs and for symptoms of the terminal condition	

لتاريخ Date	ختم وتوقيع الطبيب Seal & Signature of the Doctor
اسم الطبيب Name of the Doctor	
العنوان Address	

يجب تقديم نسخة من الوثائق التالية بعد توثيقها من الشخص المفوض بالتوقيع

Please submit the following documents. Copies should be attested by an authorized person

Documents الوثائق	Date التاريخ	Issued by جهة الإصدار
شهادة الوفاة الأصلية للتحقق منها وإعادتها Original Death Certificate for verification & return		
تقرير طبي عن الحادث/ المرض Medical Report for Accident/Sickness		
تقرير الشرطة بالنسبة للحوادث وغيرها Police Reports for Accident etc		
إثبات السن (نسخة من بطاقة الهوية/ جواز السفر) Age Proof (Copy of ID Card/Passport)		

لتاريخ Date	لختم الرسمي Office Seal	لمفوض بالتوقيع عن المستفيد/ المؤمن له (الاسم والصفة) Authorized signatory of Grantee/Insured (with name & designation)