

نموذج مطالبة بموجب التأمين الجماعي على الحياة

GROUP LIFE ASSURANCE CLAIM FORM

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:		Period of Insurance فترة الوثيقة	
		من From:	إلى To:
اسم المؤمن على حياته Name of the Life Assured			
رقم الموظف/ رقم العضو Staff No./ Member No:		الوظيفة Designation	
رقم جواز السفر/ بطاقة الهوية Passport / ID No.			
العمر / تاريخ الميلاد Age/Date of Birth			
الراتب Salary			
<u>Nature of Claim</u>			
<input type="checkbox"/>	الوفاة Death	<input type="checkbox"/>	المنزاي للوفاة بسبب حادث Accidental Death Benefit(ADB)
<input type="checkbox"/>	اعادة الرفات الى أرض الوطن Repatriation	<input type="checkbox"/>	عجز كلي دائم Permanent Total Disability (PTD)
<input type="checkbox"/>	نفقات طبية بسبب حادث Medical Expenses by Accident	<input type="checkbox"/>	مرض عضال Critical Illness
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	عجز جزئي دائم Permanent Partial Disability (PPD)
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	عجز كلي مؤقت Temporary Total Disability (TTD)
سبب الوفاة/ الإعاقة (مع ذكر التفاصيل) Cause of Death/ Disability (Give Details)			
تاريخ الحادث Date of Event		مكان الحادث Place of Event	
التفاصيل (في حال الحادث/المرض) Details if Accident/Sickness			

Duration of Sickness	من From:	إلى To:
تاريخ الحادث : Date of Accidents:	سبب الحادث Cause of Accident:	
تاريخ العودة إلى العمل بعد الحادث/ المرض Date of Resuming duty after Accident/Sickness		
طبيعة الإعاقة ونسبتها Nature of Disability with Percentage		
مدة الإعاقة Duration of Disability	من From:	إلى To:
وصف المعالجة التي تم الحصول عليها Describe Medical Treatment Given		
مبلغ المطالبة/ المبلغ المؤمن عليه (درهم إمارات) Amount of Claim/Sum Assured (AED)		

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/ شهادة الإعاقة من مجلس الصحة Death Certificate/ Disability Certificate from MOH board		
نموذج الإبلاغ عن الوفاة Notification of Death form		
تقرير طبي عن الحادث/ المرض Medical Report for Accident/Sickness		
شهادة تقييم الإعاقة من الطبيب المعالج Disability Assessment Certificate from Doctor		
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)
----------------	----------------------------	---