

SABB Takaful سبب تكافل

HSBC  عضو مجموعة

ACCIDENT DISABILITY / ACCIDENTAL MEDICAL EXPENSE CLAIM FORM

نموذج مطالبة عجز الجوادث / المصاريف الطبية الناشئة عن حادث

This form is to be completed by the Participant

يملأ هذا النموذج بواسطة المشترك

In the event of the Participant being unable to sign the form, it should be filled and signed by a near relative or other responsible person in charge of the Participant during his disability. It is important that answers to this form are true and complete. Failure to do so could affect your claim.

في حال عدم تمكن المشترك من التوقيع على هذا النموذج، يجب أن يملأه ويوقع عليه أحد أفراد العائلة المقربين أو شخص آخر مسئول عن المشترك أثناء عجزه. من المهم أن تكون الإجابات في هذا النموذج صحيحة وكاملة. قد يؤثر الإخفاق في تحقيق ذلك على مطالبتك.

PERSONAL PARTICULARS		بيانات شخصية			
Policy No.	رقم الوثيقة	Name of Participant		اسم المشترك	
Gender	الجنس	Saudi ID/Iqama No.	رقم بطاقة الأحوال/الإقامة	Date of Birth	تاريخ الميلاد
E-mail	البريد الإلكتروني	Tel. No.	رقم الهاتف	Address	العنوان

DETAILS OF OCCUPATION		بيانات الوظيفة	
1. Present Occupation (if more than one, please state all)		1 - الوظيفة الحالية (في حال وجود أكثر من وظيفة، يرجى ذكر الكل)	
2. Present Employer(s)		2 - صاحب/أصحاب العمل الحالي	
Name	_____	_____	الاسم
Address	_____	_____	العنوان
Contact No.	_____	_____	رقم الاتصال
3. List exact duties performed at work		3 - حدد المهام التي تقوم بها في العمل بالضبط	
4. Subsequent to the accident, have you submitted a medical leave certificate to your employer?		4 - نتيجةً للحادث، هل قمت بتقديم شهادة إجازة مرضية لصاحب العمل؟	
Date Submitted	_____	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا	تاريخ التقديم

NATURE OF CLAIM AND RELATED DETAILS		طبيعة المطالبة والتفاصيل المتعلقة بها	
5. Date and Time of the Accident		5 - تاريخ ووقت الحادث	
6. Nature of the Accident (please state in detail, how and where it happened)		6 - طبيعة الحادث (يرجى ذكر بالتفصيل، كيف وأين وقع)	
7. Describe in detail the injuries sustained, indicating the part of the body injured and the type of injury (e.g. fracture, cut, bruise, etc.). (Please attach medicals, forms and reports)		7 - صف بالتفصيل الإصابات التي تعرضت لها، محدداً الجزء المصاب من الجسم وطبيعة الإصابة (كسر، جرح، كدمة، إلخ) (يرجى إرفاق الأوراق الطبية، النماذج، التقارير)	
8. Names and addresses of doctor(s) who treated you for the injury:		8 - أسماء وعناوين الطبيب/الأطباء الذين قاموا بعلاج إصابتك	
Names and Addresses	_____	_____	الأسماء والعناوين
Date Consulted	_____	_____	تاريخ الاستشارة
9. Details of Hospitalisation (Please attach Discharge Note)		9 - بيانات التنويم (فضلاً ارفق ورقة الخروج من المستشفى)	
Name of Hospital	_____	_____	اسم المستشفى
Period of Hospitalisation	_____	_____	مدة التنويم

طبيعة المطالبة والتفاصيل المتعلقة بها (تابع)	
10. Date on which you last worked prior to disability	10 - آخر تاريخ لعملك قبل العجز
11. Date on which you returned to work	11 - تاريخ عودتك للعمل
12. Date on which you expect to return to work, if you have not already done so	12 - التاريخ الذي تتوقع العودة فيه إلى العمل، ما لم تكن قد عدت
13. If after your return to work you were not immediately able to perform all your duties, indicate:	13 - إذا كنت غير قادر على أداء مهامك الوظيفية بعد العودة إلى العمل مباشرة، اذكر:
a. Date of your return to work	أ - تاريخ عودتك للعمل
b. Details of duties you were not immediately able to perform	ب - تفاصيل المهام التي لم تقدر على أدائها مباشرة
c. Date on which you were finally able to perform all your duties	ج - تاريخ تمكلك أخيراً من مباشرة هذه المهام

عام	
14. Are you insured for similar benefits with any other company? <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا	14 - هل أنت مؤمن لمناخ مشابهة لدى أية شركة أخرى حالياً؟ إذا كان الجواب نعم، اذكر:
If Yes, state:	
Name of Company _____	اسم الشركة _____
Policy No. _____	رقم الوثيقة _____
Amount of Benefit _____	مبلغ المنفعة _____
Date Benefit Effected _____	تاريخ سريان المنفعة _____

إقرار وتفويض	
I hereby declare that the statements and answers given above are true and complete to the best of my knowledge and belief that I have not made any false or fraudulent statement, neither suppressed nor concealed any facts.	بموجب هذا، أقر بأن التصريحات والإجابات المقدمة أعلاه صحيحة وكاملة على حد علمي واعتقادي وأنتي لم أقدم أي تصريح خاطئ أو مخادع ولم أقم بإخفاء أو كتمان أية حقائق.
I hereby authorise any hospital, doctor or other person who has attended to me or examined me for any reason, to disclose to SABB Takaful Company any and all information with respect to any illness or injury and to provide SABB Takaful Company with copies of all hospital or medical records, including prior medical history. A photocopy of this authorisation shall be considered as effective and valid as the original.	وبموجب هذا، أفوض أي مستشفى أو طبيب أو أي شخص آخر اهتم بي أو فحصني لأي سبب، بالإفصاح لشركة ساب تكافل بأية وكل المعلومات التي تخص أي مرض أو إصابة وبتزويد شركة ساب تكافل بنسخ من كل تقارير المستشفى والتقارير الطبية بما في ذلك التاريخ المرضي المسبق. سوف تعتبر النسخة المصورة من هذا التفويض فعالة وصالحة تماماً مثل الأصل.
Dated this _____ day of _____ 20_____ .	بتاريخ _____ من شهر _____ سنة 20_____ .
Signature of Witness _____ توقيع الشاهد	Signature of Participant _____ توقيع المشترك
Name _____ الاسم	
Saudi ID/Iqama No. _____ رقم بطاقة الأحوال/الإقامة	
Address _____ العنوان	Signature of Policyholder _____ توقيع حامل الوثيقة