

SABB Takaful سبب تكافل

HSBC  عضو مجموعة

CLAIMANT'S STATEMENT

(Proof of Death)

تقرير مقدم المطالبة

(إثبات الوفاة)

PARTICULARS OF DECEASED (PARTICIPANT)				بيانات المتوفى (المشارك)	
Policy No.	رقم الوثيقة	Name of Deceased	اسم المتوفى		
Gender	الجنس	Saudi ID/Iqama No.	رقم بطاقة الأحوال/الإقامة	Date of Birth	تاريخ الميلاد

DETAILS OF DEATH AND DECEASED		تفاصيل الوفاة و المتوفى	
1. Address of deceased	1 - عنوان المتوفى		
2. Occupation at date of death	2 - الوظيفة عند تاريخ الوفاة		
3. Date and place of death	3 - تاريخ ومكان الوفاة		
4. Cause of death (Please attach certified Death Certificate)	4 - سبب الوفاة (يرجى إرفاق شهادة الوفاة المصدقة)		
5. When did the deceased first complain of, or give other indications of his/her last illness	5 - متى قام المتوفى لأول مرة بالشكوى من أو الإشارة بأي شكل إلى مرضه الأخير؟		
6. On what date did deceased last attend to his/her usual work?	6 - ما هو آخر تاريخ حضر فيه المتوفى إلى عمله المعتاد؟		
7. Was an inquest or postmortem examination held on the body? If Yes, please furnish certified copy of verdict or findings.	7 - هل أجري أي تحقيق أو تشريح للجثمان؟ إذا كان الجواب نعم، يرجى إرفاق نسخة مصدقة من الحكم أو النتائج.		
8. Was the deceased married?	8 - هل كان المتوفى متزوجاً؟		
9. What family has the deceased left and are there any children under the age of 21 years? If yes, how many?	9 - من هي العائلة التي تركها المتوفى؟ هل هناك أي أبناء دون عمر 21 سنة؟ إذا كان الجواب نعم، كم عددهم؟		
10. Has the deceased left a will?	10 - هل ترك المتوفى وصية؟		
11. Has the deceased or claimant been bankrupt or insolvent or has either executed any deed or transfer for the benefit of creditors since becoming interested in the policy?	11 - هل كان المتوفى أو مقدم المطالبة مفلساً أو معسراً أو قام بتنفيذ أي التزام أو نقل ملكية لمصلحة دائنين منذ أن أصبح مهتماً بالوثيقة؟		
12. Names and addresses of all doctors who attended the deceased during his last illness and during three years prior thereto:	12 - أسماء وعناوين جميع الأطباء الذين عالجوا المتوفى خلال مرضه الأخير وخلال ثلاث سنوات قبل ذلك.		
Names/Addresses	_____	_____	الأسماء/العناوين
Date of Attendances	_____	_____	تاريخ الاستشارات
Disease or Condition	_____	_____	المرض أو الحالة
13. Did the deceased have other life assurance policies? If Yes, please provide full details.	13 - هل كانت لدى المتوفى وثائق تأمين أخرى على الحياة؟ إذا كان الجواب نعم، يرجى ذكر كافة التفاصيل.		
Name of Company	_____	_____	اسم الشركة
Policies Dated	_____	_____	تواريخ الوثائق
Amount of Benefit Assured	_____	_____	مبلغ المنفعة المؤمن

DETAILS OF BENEFICIARY(IES)**بيانات المستفيد / المستفيدين**

Please use a separate page if you require more space

يرجى استخدام ورقة منفصلة فيما لو احتجت إلى مساحة أكبر

Beneficiary 1**المستفيد 1**

Name _____ الاسم
Saudi ID/Iqama No. _____ رقم بطاقة الأحوال/الإقامة
Relationship to Deceased _____ صلة القرابة بالمتوفى
Present Age of Beneficiary _____ العمر الحالي للمستفيد
How long have you known the deceased? _____ ماهي مدة معرفتك بالمتوفى؟

Beneficiary 2**المستفيد 2**

Name _____ الاسم
Saudi ID/Iqama No. _____ رقم بطاقة الأحوال/الإقامة
Relationship to Deceased _____ صلة القرابة بالمتوفى
Present Age of Beneficiary _____ العمر الحالي للمستفيد
How long have you known the deceased? _____ ماهي مدة معرفتك بالمتوفى؟

Beneficiary 3**المستفيد 3**

Name _____ الاسم
Saudi ID/Iqama No. _____ رقم بطاقة الأحوال/الإقامة
Relationship to Deceased _____ صلة القرابة بالمتوفى
Present Age of Beneficiary _____ العمر الحالي للمستفيد
How long have you known the deceased? _____ ماهي مدة معرفتك بالمتوفى؟

DECLARATION**إقرار**

I, the undersigned hereby makes claim for Family Takaful Benefit to SABB Takaful Company. I agree that the written statements and affidavits of all the doctors who attended or treated the Deceased and all other papers called for by the instructions hereon shall constitute Proof of Death. I agree that the furnishing of this form or any other forms supplement hereafter by SABB Takaful Company shall not constitute nor be considered an admission by it that there was any policy in force on the deceased's life in question, nor a waiver of any rights or defences.

أقدم أنا الموقع أدناه هنا بالمطالبة بمنفعة التكافل العائلي من شركة ساب تكافل. وأوافق على أن التصريحات المكتوبة وإقرارات كافة الأطباء الذين اهتموا بالمتوفى أو عالجه، وجميع المستندات الأخرى المطلوبة بموجب التعليمات المذكورة هنا، سوف تشكل إثبات الوفاة. وأوافق أيضاً على أن تزويد هذا النموذج أو أية نماذج أخرى مساندة من قبل شركة ساب تكافل لن يشكل أو يعتبر اعترافاً من قبلها بنفاذ أية وثيقة على حياة المتوفى المعنية أو إعفاء عن أية حقوق أو حمايات.

بتاريخ _____ من شهر _____ سنة 20_____.

Dated this _____ day of _____ 20_____ .

Signature of Witness _____ توقيع الشاهد

Signature of Claimant _____ توقيع مقدم المطالبة

Name _____ الاسم

Name _____ الاسم

Saudi ID/Iqama No. _____ رقم بطاقة الأحوال/الإقامة

Saudi ID/Iqama No. _____ رقم بطاقة الأحوال/الإقامة

Address _____ العنوان

Address _____ العنوان

Tel. No. _____ رقم الهاتف

E-mail Address _____ البريد الإلكتروني