

SABB Takaful سبب تكافل

HSBC  عضو مجموعة

HOME TAKAFUL PLAN CLAIM FORM

(Issuing this Claim Form does not constitute an admission of liability on the part of The Company)

نموذج مطالبة برنامج تكافل للمنازل

(لا يشكل إرسال نموذج المطالبة هذا اعترافاً بالمسئولية من طرف الشركة)

Remarks: To ensure prompt payment of your claim, please check that you have filled out all relevant sections of this claim form and that you have attached the entire original supporting documents.

ملاحظة: من أجل ضمان سرعة دفع مطالبتك، يرجى التأكد من إكمال كافة الأقسام ذات الصلة في نموذج المطالبة هذا ومن إرفاق كافة المستندات الأصلية التي تدعم المطالبة.

PERSONAL DETAILS

التفاصيل الشخصية

Name of Policyholder	اسم حامل الوثيقة	Plan No.	رقم الوثيقة
Address	العنوان	Mobile No.	رقم الجوال
		Home/Office Tel. No.	رقم هاتف المنزل/المكتب
E-mail Address	البريد الإلكتروني		

DETAILS OF LOSS/DAMAGE TO BUILDING AND/OR CONTENTS

تفاصيل الخسارة / الضرر للمبنى و / أو المحتويات

Note: Please fill in the information below, where applicable

ملاحظة: الرجاء إكمال المعلومات أدناه، في المكان المناسب

Date of Loss	تاريخ الخسارة	Time of Loss	وقت الخسارة	Estimated Amount of Loss	مبلغ الخسارة التقديري
				(Please furnish details in the attached format)	(يرجى إكمال التفاصيل في اللائحة المرفقة)

Detailed Description of the Incident

شرح مفصّل للواقعة

Give brief details of any previous loss of a similar nature that was previously reported

الرجاء إعطاء تفاصيل مختصرة فيما يخص أية خسارة سابقة ذات طبيعة مماثلة تم التبليغ عنها من قبل

If you require more space, please complete on a separate page.

إذا كنت بحاجة لمساحة أكبر، يرجى إكمال المعلومات على ورقة منفصلة.

State the address/location of the property destroyed/damaged

الرجاء التصريح بعنوان/موقع الملكية التالفة/المتضررة

Do you have sole interest in the affected property?

Yes نعم No لا

هل لديك مصلحة منفردة في الملكية المتضررة؟

If no, please provide details of other interests (i.e. lessors, lessee, etc.)

إذا كان الجواب لا، الرجاء إعطاء تفاصيل المصالح الأخرى (مؤجرين، مستأجرين إلخ)

Has any alteration been made in the occupation or use of the property since the policy came into effect? Please give details.

Yes نعم No لا

هل هناك أي تغيير في امتلاك أو استخدام الملكية منذ بداية سريان الوثيقة؟

يرجى إعطاء التفاصيل.

Is there any other insurance company providing cover to this property?

Yes نعم No لا

هل هناك أية شركة تأمين أخرى تقوم بتغطية هذه الملكية؟

If yes, please complete the following:

إذا كان الجواب نعم، الرجاء إكمال التالي:

Name of insurance company: _____ Policy no. _____ رقم الوثيقة: _____ اسم شركة التأمين: _____

Note: Please attach police report, fire brigade report and any other documents to support your claim.

ملاحظة: الرجاء إرفاق تقرير الشرطة وتقرير فرقة الإطفاء وأي مستندات أخرى لدعم مطالبتك.

DETAILS OF LOSS/DAMAGE TO PERSONAL POSSESSIONS تفاصيل الخسارة / الضرر للمقتنيات الشخصية

Note: Please fill in the information below, where applicable ملاحظة: الرجاء إكمال المعلومات أدناه، في المكان المناسب

Date of Loss تاريخ الخسارة	Time of Loss وقت الخسارة	Estimated Amount of Loss مبلغ الخسارة التقديري
(Please furnish details in the attached format) (يرجى إكمال التفاصيل في اللائحة المرفقة)		
Place Where Loss Occurred/Discovered مكان وقوع/اكتشاف الخسارة		
Detailed Description of the Incident شرح مفصّل للواقعة		
Give brief details of any previous loss of a similar nature suffered by you الرجاء إعطاء تفاصيل مختصرة فيما يخص أية خسارة سابقة ذات طبيعة مماثلة تم التبليغ عنها من قبل		

Note: Please attach police report, purchase receipts and any other documents to support your claim.

ملاحظة: الرجاء إرفاق تقرير الشرطة وفواتير الشراء وأية مستندات أخرى وذلك لدعم مطالبتك.

DETAILS OF ACCIDENT TO DOMESTIC HELPER تفاصيل الحادث للعمال المنزلية

Section 1: Personal Details القسم 1: التفاصيل الشخصية

Please (✓) box where appropriate: يرجى وضع علامة (✓) في المكان المناسب:

Name of Injured/Deceased Person اسم الشخص المصاب/المتوفى	Saudi ID / Iqama No. بطاقة الأحوال/رقم الإقامة	
Nationality الجنسية	Occupation الوظيفة	Gender الجنس <input type="checkbox"/> Male ذكر <input type="checkbox"/> Female أنثى
Monthly Income الدخل الشهري	Marital Status الحالة الاجتماعية	Dexterity استعمال اليد <input type="checkbox"/> Left-handed أيسر <input type="checkbox"/> Right-handed أيمن

Section 2: Details of Incident القسم 2: تفاصيل الواقعة

Date of Incident تاريخ حدوث الواقعة	Time of Incident وقت حدوث الواقعة	Place of Incident مكان حدوث الواقعة
-------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------

Nature of Injury طبيعة الإصابة

Brief Details of the Accident تفاصيل مختصرة عن الواقعة

Is a third party liable for the accident? هل هناك طرف ثالث مسئول عن الواقعة؟
 Yes نعم No لا

If yes, please provide the following: إذا كان الجواب نعم، الرجاء إكمال الآتي:

- Name: الاسم: _____
- Address: العنوان: _____
- Police report تقرير الشرطة

Is this a road accident? هل هو حادث مروري؟
 Yes نعم No لا

If yes, please provide brief description of the accident إذا كان الجواب نعم، الرجاء إعطاء شرح مختصر للحادث

القسم 2: تفاصيل الواقعة (تابع)		Section 2: Details of Incident (Cont'd)	
Date of Hospital Admission	تاريخ دخول المستشفى	Date of Discharge	تاريخ الخروج من المستشفى
Name(s) & Address of Doctor(s) Who Attended to the Injured/Deceased Person		اسم (أسماء) و عنوان الطبيب (الأطباء) الذين عالجوا الشخص المصاب/المتوفى	
Name of Doctor		اسم الطبيب	
Address		العنوان	
E-mail Address	البريد الإلكتروني	Telephone	الهاتف
Period of Treatment		فترة العلاج	
From: _____ من:		To: _____ إلى:	
A. In respect of the accident, are you entitled to receive compensation from any other source?		أ. فيما يخص الحادث، هل أنت مؤهل للحصول على تعويض من أية جهة أخرى؟	
<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا			
If yes, please state the source and the amount of compensation.		إذا كان الجواب نعم، يرجى ذكر الجهة ومبلغ التعويض.	
Name of Insurance Company: _____		مبلغ التعويض: _____	
Compensation Amount: _____		اسم شركة التأمين: _____	
B. Have you ever made a claim for compensation in respect of accidental injury from any insurer?		ب. هل سبق أن قمت بتقديم مطالبة للتعويض عن إصابة ناتجة عن حادث لأي شركة تأمين؟	
<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا			
If yes, please state name of the Company, amount and date received .		إذا كان الجواب نعم، اذكر اسم الشركة، المبلغ وتاريخ الاستلام.	
Name of Insurance Company: _____		اسم شركة التأمين: _____	
Amount Received: _____		المبلغ الذي تم استلامه: _____	
Date Received: _____		تاريخ الاستلام: _____	

Please attach death certificates, all medical reports & other supportive documents to support your claim. In respect of disability, the Government Medical Board report indicating percentage of disability, must be attached.

الرجاء إرفاق شهادات الوفاة وكافة التقارير الطبية والمستندات الأخرى التي تدعم مطالبتك. وبالنسبة للعجز، يجب إرفاق تقرير اللجنة الطبية الحكومية الذي يشير إلى نسبة العجز.

Total disablement arises when the patient is rendered completely incapable of attending to any part of his ordinary profession, business or vocation.

تشأ الإعاقة الكلية عندما يكون المريض غير قادر إطلاقاً على مزاوله أي جزء من حرفته، عمله أو مهنته المعتادة.

Partial disablement arises when the patient is capable of attending to some portion of his ordinary profession, business or vocation including supervision.

تشأ الإعاقة الجزئية عندما يكون المريض قادراً على مزاوله جزءاً ما من حرفته، عمله أو مهنته المعتادة بما في ذلك الإشراف.

DECLARATION

إقرار

I/We do further declare that to best of my/our knowledge and belief the foregoing particulars and the attached documents submitted in support of my/our claim are true and correct in every respect and I/we further declare that the loss/damage as described overleaf without any design or procurement on my/our part /has accidentally taken place.

أقر أنا / نقر نحن بأن التفاصيل المقدمة أعلاه والمستندات المرفقة التي تم تقديمها لدعم مطالبتنا / مطالبتنا هي بكل الطرق موثقة وصحيحة على حد علمي / علمنا واعتقادي / اعتقادنا. كما أقر أنا / نقر نحن كذلك بأن الخسارة/الضرر الموصوف في الصفحات السابقة قد وقعت بدون قصد أو نية من قبلي/قبلنا.

I/We, the undersigned claimant, hereby authorise any physician, hospital, clinic, police and government authorities, or other organization to disclose to SABB Takaful Company or its representative any and all information concerning the disability, medical history, police statement made and any other relevant information for claim processing purpose.

وأفوض أنا / نفوض نحن، مقدم/مقدمي المطالبة الموقع/الموقعين أدناه، أي طبيب أو مستشفى أو عيادة أو شرطة أو أية جهة حكومية أو أية منظمة أخرى بالإفصاح لشركة ساب تكافل أو ممثلها بأية وكل المعلومات التي تخص العجز والتاريخ الطبي وتقرير الشرطة المقدم وأي معلومات أخرى متعلقة لفرض معالجة المطالبة.

Signature of Policyholder/Claimant(s)

توقيع حامل الوثيقة أو مقدم/مقدمي المطالبة

Date التاريخ

DETAILS OF LOSS/DAMAGE TO BUILDING AND/OR
CONTENTS/PERSONAL POSSESSIONS

تفاصيل الخسارة / الضرر للمبنى و / أو المحتويات / الأمتعة الشخصية

Damaged Items الموجودات المتضررة	Full Description of Loss or Damage الوصف الكامل للخسارة أو الضرر	Date of Purchase/Acquisition and Original Cost تاريخ الشراء/الاقتناء والسعر الأصلي	Amount Claimed المبلغ المطالب به	Remarks ملاحظات