

# SABB Takaful سبب تكافل

عضو مجموعة HSBC

## MARINE CARGO CLAIM FORM

## نموذج مطالبة تأمين بحري

(Issuing this form does not constitute an admission of liability on the part of the Company. If more than one scheduled item is affected, please complete one form per item)

(لن يشكل إصدار هذا النموذج إقراراً بالمسؤولية من جانب الشركة. وفي حالة تضرر أكثر من بند مؤسسة واحد فيرجى استخدام نموذج مطالبة (منفصل لكل بند).

PERSONAL DETAILS		البيانات الشخصية	
Name of the Claimant/Consignee	اسم مقدم المطالبة/المرسل له	Plan No.	رقم الوثيقة
Address	العنوان	Claim No. (Head Office only)	رقم المطالبة (للإدارة العامة فقط)
		Mobile	رقم الجوال
		Telephone No.	رقم الهاتف
		E-mail Address	العنوان البريدي الإلكتروني

SHIPMENT DETAILS		بيانات الشحن	
<i>Note: Please fill in the information below, where applicable.</i>		ملاحظة: الرجاء استكمال البيانات أدناه حسب الملائم.	
Name of Vessel	اسم الباخرة		
Name & Address of transport operator if by road	اسم وعنوان الشركة الناقلة في حالة النقل البري		
Name: _____	الاسم: _____		
Address: _____	العنوان: _____		
Mode of Conveyance	اسم وعنوان الشركة الناقلة في حالة النقل البري		
<input type="checkbox"/> Sea	بحرا <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Air	جوا <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Road	برا <input type="checkbox"/>		
Bill of Lading No. or Air Consignment Note No.	رقم بوليصة الشحن أو رقم بوليصة الشحن الجوي		
Truck Receipt No. & Date	رقم وتاريخ إيصال استلام الشاحنة		
Voyage	الرحلة		
From: ..... To: .....	من: ..... إلى: .....		
Date of arrival of goods at destination.	تاريخ وصول البضائع إلى المقصد النهائي		
Date: .....	التاريخ: .....		
Date & place when loss was noticed	تاريخ ومكان الإبلاغ عن الخسارة		
Date: .....	التاريخ: .....		
Place: .....	المكان: .....		

Date when the delivery of goods was taken	تاريخ تسليم البضاعة
Date: .....	التاريخ: .....
If delay was involved please provide	في حالة تأخر التسليم يرجى الايضاح

CLAIM DETAILS	بيانات المطالبة
Has a claim been lodged against the carrier?	هل تم تقديم مطالبة ضد الشركة الناقله؟
<input type="checkbox"/> Yes	نعم <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> No	لا <input type="checkbox"/>
If NO, give reasons	تاريخ تقديم المطالبة
Date: .....	التاريخ: .....
Give full details of cause of loss.	اشرح بالتفصيل أسباب الخسارة.
Estimate of the loss (SAR)	القيمة التقديرية للخسارة
Details of loss and items involved	اسم وعنوان الشركة الناقله في حالة النقل البري
<input type="checkbox"/> Loss/damage	خسارة/ضرر <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Shortage	نقص/عجز <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Non-delivery	عدم تسليم <input type="checkbox"/>
Salvage Value	قيمة المستردات

**NOTE:** ملاحظة:

Please attach following supporting documents: Original Policy or Certificate of Insurance  
يرجى إرفاق المستندات المؤيدة التالية:

Original B/L and copy of shipping invoices, packing list  
اصل وثيقة / شهادة التأمين

Other documentary evidence showing proof of loss  
اصل بوليصة الشحن ونسخة من فواتير الشحن وقائمة التعبئة.

(eg. customs certificate, shortage certificates etc.)  
الأدلة المستندية الأخرى المثبتة للخسارة (شهادة جمركيه ، شهادة نقصايبه البضاعة ... الخ).

Copies of correspondence exchanged with the carriers or truck operators regarding their liability for the loss or damage.  
صور من المراسلات المتبادلة مع الشركة الناقله أو شركة تشغيل الشاحنات بخصوص مسؤوليتهم عن تلك الخسارة أو ذلك الضرر.

DECLARATION	إقرار
I/We declare to the best of my/our knowledge and belief that the foregoing particulars are true and correct.	أقر/نقر بموجب هذا أن طبقا لمعرفتي/معرفةنا أن البيانات الواردة أعلاه صحيحة ودقيقة حقيقية وصحيحة.
Signature of the insured توقيع المؤمن له	Date التاريخ