

# SABB Takaful سبب تكافل

HSBC عضو مجموعة

## PERSONAL ACCIDENT TAKAFUL CLAIM FORM

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

## نموذج مطالبة لبرنامج تكافل للحوادث الشخصية

(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 INJURED/DECEASED PERSON

### تفاصيل الشخص المصاب / المتوفى

Name of Injured/Deceased Person	اسم الشخص المصاب/المتوفى	Age	العمر
Nationality	الجنسية	Occupation	الوظيفة
Relationship with the Policyholder	صلة القرابة بحامل الوثيقة	Martial Status	الحالة الاجتماعية
Dexterity	استعمال اليد	Gender	الجنس
<input type="checkbox"/> Left-handed أعسر	<input type="checkbox"/> Right-handed أيمن	<input type="checkbox"/> Male ذكر	<input type="checkbox"/> Female أنثى

### DETAILS OF INCIDENT

### تفاصيل الواقعة

Date and Time of Incident	تاريخ ووقت حدوث الواقعة	Place of Incident	مكان حدوث الواقعة	Nature of Injury	طبيعة الإصابة
Brief Details of the Incident					تفاصيل مختصرة للواقعة
Is a third party liable for the accident?					هل هناك طرف ثالث مسئول عن الواقعة؟
<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا					
If yes, please provide the following:					إذا كان الجواب نعم، الرجاء تزويدنا بالتالي:
• Name: _____					• الاسم: _____
• Address: _____					• العنوان: _____
• Police report					• تقرير الشرطة

Is this a road accident?

Yes نعم  No لا

هل هو حادث مروري؟

If yes, please provide brief description of the accident.

إذا كان الجواب نعم، الرجاء إعطاء شرح مختصر عن الحادث.

DISABILITY		العجز
State the period during which the injured person has been totally disabled from attending to his/her normal occupation.	يرجى ذكر الفترة التي كان الشخص المصاب خلالها عاجزاً كلياً عن مزاولة وظيفته/وظيفتها المعتادة.	
From: _____	من:	To: _____ إلى:
Is the injured person still totally disabled?	هل لا يزال الشخص المصاب عاجزاً كلياً؟	
<input type="checkbox"/> Yes نعم	<input type="checkbox"/> No لا	
If no, from what date was the injured person able to perform some part of his occupation?	إذا كان الجواب لا، من أي تاريخ أصبح الشخص المصاب قادراً على مزاولة جزء من وظيفته؟	
Percentage of disability as approved by Government Medical Board _____	نسبة العجز حسب الموافق عليه من قبل اللجنة الطبية الحكومية _____	

MEDICAL EXPENSES CLAIM		مطالبة المصاريف الطبية
A. Attending Doctors:		أ. الأطباء المعالنين:
Name: _____	الاسم:	
Address: _____	العنوان:	
Telephone Number: _____	رقم الهاتف:	
Period: From: _____	من:	To: _____ إلى:
Amount of Medical Expenses: _____	مبلغ المصاريف الطبية:	
B. In case of hospitalisation:		ب. في حالة التنويم:
Hospital Name: _____	اسم المستشفى:	
Address: _____	العنوان:	
Telephone Number: _____	رقم الهاتف:	
Period: From: _____	من:	To: _____ إلى:
Amount of Medical Expenses: _____	مبلغ المصاريف الطبية:	

WORKPLACE ACCIDENT CLAIM		مطالبة حوادث موقع العمل
Please attach incident report detailing incident and duly signed by authorised signatory.		الرجاء إرفاق تقرير الحادث المتضمن تسلسل الحادث موثقاً بتوقيع الشخص المخول
Any witness to the incident?	هل هناك أي شاهد على الحادث؟	
<input type="checkbox"/> Yes نعم	<input type="checkbox"/> No لا	
If yes, please attach witness statement.	إذا كان الجواب نعم، الرجاء إرفاق إقرار الشاهد	
Company's Business Activity _____	نشاط عمل الشركة	Number of Years of Business Operation _____
		عدد سنوات عمل الشركة

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.

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

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

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.

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

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

## OTHER INFORMATION

## معلومات أخرى

A. State whether in respect of the accident you are entitled to receive compensation from any other source?

أ. فيما يخص الحادث، اذكر ما إذا كنت مخولاً للحصول على تعويض من أية جهة أخرى؟

Yes نعم  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/Source: \_\_\_\_\_ اسم شركة التأمين/الجهة:

Compensation Amount: \_\_\_\_\_ مبلغ التعويض:

B. Have you ever made a claim for compensation in respect of any other accidental injury from any insurer?

ب. هل سبق أن قمت بتقديم مطالبة للتعويض عن أية إصابة أخرى ناتجة عن حادث لأي شركة تأمين؟

Yes نعم  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:

## 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 سباب تكافل أو ممثليها بأية وكل المعلومات التي تخص العجز والتاريخ الطبي وتقرير الشرطة المقدم وأي معلومات أخرى متعلقة لغرض معالجة المطالبة.

Signature of Policyholder/Claimant(s)

توقيع حامل الوثيقة أو مقدم/مقدمي المطالبة

Date التاريخ