

# SABB Takaful ساب تكافل

HSBC  عضو مجموعة

## PROPERTY ALL RISK PLAN CLAIM FORM

## نموذج مطالبة جميع اخطار الممتلكات

(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. إذا كان هناك أكثر من بند واحد في جدول الوثيقة، فضلاً عن استخدام نموذج مطالبة منفصل لكل بند على حدة).

PERSONAL DETAILS		التفاصيل الشخصية	
Insured Name	اسم المؤمن له	Plan No.	رقم الوثيقة
Address	العنوان	Claim No. (Head Office only)	رقم المطالبة (للإدارة العامة فقط)
		Sum Insured	مبلغ التأمين
		Mobile	رقم الجوال
		Telephone No.	رقم الهاتف
		E-mail	بريد الإلكتروني

LOSS OR DAMAGE DETAILS		بيانات الخسارة أو الضرر	
<i>Note: Please fill in the information below, where applicable.</i>		ملاحظة: الرجاء إكمال المعلومات أدناه، في المكان المناسب.	
Location where the loss or damage occurred.		مكان وقوع الخسارة أو الضرر	
Date and time of loss or damage		تاريخ ووقت وقوع الخسارة الضرر	
Give brief details of the nature and cause of loss		اشرح بإيجاز طبيعة وسبب الخسارة	
Give brief details of the property lost or damaged		اشرح بإيجاز بيانات الممتلكات المفقودة أو المتضررة.	
Year of manufacturer & serial number		سنة الصنع، والرقم المسلسل	

OTHER DETAILS		معلومات أخرى	
Were the Civil Defense called? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If NO, give details		هل تم استدعاء فرق الدفاع المدني؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> إذا كانت الإجابة "لا" وضع الأسباب	
Were the Police notified? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If NO, give details		هل تم إخطار الشرطة؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> إذا كانت الإجابة "لا" وضع الأسباب	
Are you the sole owner of the property lost or damaged? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If No, give particulars of any other interest in the property.		ها انت المالك الوحيد للممتلكات المفقودة/المتضررة نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> إذا كانت الإجابة "لا" وضع الأسباب.	
Is there any existing insurance, whether effected by the claimant/or any other person on the said property? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If YES, give brief details, including name of Insurer, policy number and amount insured.		ها انت المالك الوحيد للممتلكات المفقودة/المتضررة نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> إذا كان الجواب نعم اشرح بالتفصيل موضحا اسم شركة التأمين ، ورقم الوثيقة ومبلغ التأمين .	
Estimated value of loss or damage.		القيمة التقديرية للخسارة أو الضرر	
Salvage value		قيمة المستردات	

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 الإجابات والتفاصيل المعطاة في هذا الطلب هي حسب أقصى علمي/علمنا ، واعتقادي/اعتقادنا حقيقية وصحيحة.	
_____ Signature of the insured توقيع المؤمن له		_____ Date التاريخ	