SABB Takaful سـاب تكـافـل

HSBC عضو مجموعة

TRAVEL TAKAFUL CLAIM FORM

نموذج مطالبة لبرنامج تكافل للسفر

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

(لا يشكل إصدار 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 الاصلية 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	

CLAIMANT DETAILS — تفاصيل مقدم المطالبة

Name of Claimant اسم مقدم المطالبة		Age العمر
Address العنوان		Gender الجنس ☐ Male ذكر ☐ Female أنثى
Home/Office Tel. No. رقم هاتف المنزل/العمل	Mobile No. رقم الجوال	Occupation الوظيفة

CLAIMS DETAILS — تفاصيل المطالبات

Note: Please complete ONLY the section where claims have to be made

ملاحظة: الرجاء إكمال القسم الذي تتم فيه المطالبة فقط

Section 1: Personal Accident — القسم 1: الحوادث الشخصية

Date of Accident تاريخ الحادث	Time of Accident وقت الحادث	Place of Accident مكان الحادث

Describe how the accident occurred and the injuries sustained. يرجى وصف كيفية وقوع الحادث و ماهية الإصابات التي تم تكبدها.

Name and Address of the Attending Doctor اسم وعنوان الطبيب المعالج	Amount to be Claimed المبلغ المطالب به

Section 2: Medical and Other Expenses — القسم 2: المصاريف الطبية والمصاريف الأخرى

Note: If claim resulted from accidental bodily injury, please complete Section 1 above

ملاحظة: في حال نشأت المطالبة عن إصابة جسدية ناتجة عن حادث، يرجى إكمال القسم 1 أعلاه

Date of Sickness تاريخ المرض	Time of Sickness وقت المرض

Diagnosis of Sickness تشخيص المرض

Name and Address of the Attending Doctor اسم وعنوان الطبيب المعالج	Name and Address of Hospital *(if hospitalised)* اسم وعنوان المستشفى (في حال التنويم)

Give full details and amount of all claimed expenses. يرجى إعطاء تفاصيل ومبالغ كافة المصاريف المطالب بها.

Section 3: Hospitalisation Benefit — القسم 3: منفعة التنويم

Note: Please note reason for hospitalisation, name and address of hospital by completing the appropriate section below.

ملاحظة: يرجى ذكر سبب التنويم و اسم وعنوان المستشفى حيث كان التنويم وذلك بإكمال القسم الملائم ادناه.

Hospital Name and Address اسم وعنوان المستشفى	Reason for Hospitalisation سبب التنويم
Period of Hospitalisation فترة التنويم From: _____ من: To: _____ إلى:	Amount to be Claimed المبلغ المطالب به

Section 4: Baggage and Personal Effects — القسم 4: الأمتعة والمقتنيات الشخصية

Note: Please submit the police report. Baggage Irregularity report to support the notification of loss/damage

ملاحظة: يرجى إرفاق تقرير الشرطة. وتقرير تفاوت الأمتعة لدعم بلاغ الضرر/الخسارة.

Date of Loss/Damage تاريخ الضرر/الخسارة	Time of Loss/Damage وقت الضرر/الخسارة	Place of Loss/Damage مكان الضرر/الخسارة	Claimed Amount المبلغ المطالب به

Description of item(s) lost/damaged — وصف الموجودات المتضررة أو التي تمت خسارتها

Detail of how the loss/damage occurred — تفاصيل حول كيفية وقوع الضرر/الخسارة

Did the loss/damage arise from delay, confiscation or detention by customs/other officials? — هل وقع الضرر / الخسارة كنتيجة لتأخير أو مصادرة أو حجز من قبل الجمارك أو أية جهات رسمية اخرى؟

☐ Yes نعم ☐ No لا

Loss reported to the Police on: — تم إبلاغ الضرر للشرطة في:

Date: _____ Time: _____ الوقت: _____ التاريخ: _____

If loss/ damage occurred whilst in the custody of airline and carrier, please give the date and time the loss/damage was reported to them. — في حال وقوع الضرر/الخسارة أثناء وجود الأشياء في عهدة شركة الطيران أو ناقل، يرجى إعطاء تاريخ ووقت إبلاغهم بالضرر/الخسارة.

Date: _____ Time: _____ الوقت: _____ التاريخ: _____

Section 5: Delayed Baggage — القسم 5: تأخر الأمتعة

Note: Please submit the Baggage Irregularity report to support the notification of delayed baggage.

ملاحظة: يرجى إرفاق تقرير تفاوت الأمتعة لدعم بلاغ الأمتعة المتأخرة.

Flight No. / Ocean Carrier / Name of Vessel	_____	_____ رقم الرحلة / الناقل البحري / اسم السفينة
Destination	_____	_____ مكان الوصول
Date and Time of Arrival	_____	_____ تاريخ و وقت الوصول

Baggage Available for Collections — أمتعة جاهزة للاستعادة

Date: _____ Time: _____ الوقت: _____ التاريخ: _____

Delay Reported to the Airline / Carrier — التأخير الذي تم إبلاغه لشركة الطيران / الناقل

Date: _____ Time: _____ الوقت: _____ التاريخ: _____

Amount to be Claimed _____ _____ المبلغ المطالب به

Section 6: Personal Money — القسم 6: الأموال الشخصية

Note: Please submit the police report to support the notification of loss of personal money.

ملاحظة: يرجى إرفاق تقرير الشرطة لدعم بلاغ خسارة الأموال الشخصية.

Date of Loss تاريخ الخسارة	Time of Loss وقت الخسارة	Place of Loss مكان الخسارة	Amount to be Claimed المبلغ المطالب به

Detailed Description of Loss Occurred — شرح مفصّل حول كيفية وقوع الخسارة

Full Particulars of Loss and Amount of Loss — البيانات الكاملة للخسارة و مبلغ الخسارة

For loss of travellers' cheque, was the loss immediately reported to the local agent of issuing authority? — فيما يخص خسارة الشيكات السياحية، هل قمت فوراً بتبليغ الوكيل المحلي للجهة المصدّرة لهذه الشيكات؟

☐ Yes نعم ☐ No لا

Loss reported to the Police on: — تم إبلاغ الخسارة للشرطة في:

Date: _____ Time: _____ التاريخ: _____ الوقت: _____

Section 7: Personal Liability — القسم 7: المسئولية الشخصية

Note: Please forward to SABB Takaful Company all unanswered correspondences related to the third party claims.

ملاحظة: يرجى تزويد شركة ساب تكافل بكافة المراسلات غير المردود عليها والمتعلقة بمطالبات الطرف الثالث.

Date of Incident تاريخ الحادثة	Time of Incident وقت الحادثة	Place of Incident مكان الحادثة

Detailed Description of Incident — شرح مفصّل حول الحادثة

Name and Address of Third Party Claimant — اسم وعنوان مقدم مطالبة الطرف الثالث

Please detail the extent of injuries/damage caused and, if possible, provide and estimate of the possible liability — يرجى تفصيل مدى الإصابات/الأضرار الناتجة، وإعطاء تقدير للمسئولية المحتملة إن وجدت

Please state your own view on the estimate of this liability — يرجى تقديم رأيك في التقدير لهذه المسئولية

Has a formal claim been received from the third party claimant? — هل قمت باستلام مطالبة رسمية من مقدم مطالبة الطرف الثالث؟

☐ Yes نعم ☐ No لا

Section 8: Travel Delay — القسم 8: تأخير الرحلة

Note: Please submit the carrier's written confirmation as to the number of hours of delay and the reason for such delay.

ملاحظة: يرجى إرفاق تأكيد خطي من الناقل بعدد ساعات التأخير و سبب هذا التأخير.

Schedule Date and Time of Departure	_____	_____ تاريخ ووقت المغادرة المجدول
Actual Date and Time of Departure	_____	_____ تاريخ و وقت المغادرة الفعلي
Flight No. / Ocean Carrier / Name of Vessel	_____	_____ رقم الرحلة / الناقل البحري / اسم السفينة
Amount to be Claimed	_____	_____ المبلغ المطالب به

Reason for Delay — سبب التأخير

Section 9: Loss of Deposits or Cancellation/Curtailment — القسم 9: فقدان الودائع أو إلغاء/اختصار الرحلة

Note: Please submit the relevant deposit receipts and booking invoice.

ملاحظة: يرجى إرفاق إيصالات الودائع المتعلقة وفاتورة الحجز.

Place of Curtailment مكان اختصار الرحلة	Date of Cancellation / Curtailment تاريخ إلغاء/اختصار الرحلة	Amount to be Claimed المبلغ المطالب به

Name and Address of Travel Agent — اسم وعنوان وكيل السفر

Scheduled itinerary and duration of booked journey — مسار الرحلة المجدول ومدة الرحلة المحجوزة

Date of travel agreement made and the deposits paid — تاريخ إجراء اتفاقية السفر ودفع الودائع

Reason for Cancellation or Curtailment of Travel — سبب إلغاء أو اختصار الرحلة

When did the event that led to the cancellation or curtailment occur? When was the travel agent notified to cancel or curtail the travel agreement?

متى وقعت الحادثة التي أدت إلى إلغاء أو اختصار الرحلة، ومتى تم تبليغ وكيل السفر لإجراء عملية إلغاء أو اختصار اتفاقية السفر؟

OTHER INFORMATION — معلومات أخرى

Do you have any other insurance policy providing coverage to this loss? — هل لديك أية وثيقة تأمين أخرى توفر تغطية لهذه الخسارة؟

☐ Yes نعم ☐ No لا

If yes, please complete the following: — إذا كان الجواب نعم، الرجاء إكمال التالي:

Name of insurance company: _____ اسم شركة التأمين: _____

Policy No. _____ رقم الوثيقة: _____

Has a claim been made with the above-mentioned insurance company? — هل سبق أن قدمت مطالبة لشركة التأمين المذكورة أعلاه؟

☐ Yes نعم ☐ No لا

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.

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.

أقر أنا / نقر نحن بأن التفاصيل المقدمة أعلاه والمستندات المرفقة التي تم تقديمها لدعم مطالبتي / 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.

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 وأية معلومات أخرى متعلقة لغرض معالجة المطالبة.

_____ Signature of Policyholder/Claimant(s) توقيع حامل الوثيقة أو مقدم/مقدمي المطالبة

_____ Date التاريخ