

Household Insurance Claim Form

نموذج إخطار مطالبة - التأمين على المنزل

Important Instructions:

- a) Claims Form is to filled in capital letter and signed by the insured
b) Please do not leave any column unanswered

هام:-

أ) تدون البيانات بخط واضح وتوقع من المؤمن له
ب) برجاء إكمال كافة البيانات الواردة بهذا النموذج

Policy Holder Details:

بيانات الوثيقة

Policy No. _____	وثيقة رقم _____	Claims No. _____	مطلبة رقم _____
Period of Insurance: From _____	مدة التأمين: من _____	To _____	إلى _____
Name of the Insured: _____	إسم المؤمن له: _____	Phone: _____	تليفون _____
Address: _____	العنوان _____	Mobile: _____	محمول _____
_____	_____	Fax: _____	فاكس _____

Kind of Loss:

نوع الحادث

Buildings: <input type="checkbox"/>	مباني	Contents: <input type="checkbox"/>	محتويات	Personal Accident: <input type="checkbox"/>	حوادث شخصية
Personal Possessions: <input type="checkbox"/>	متعلقات شخصية	Others: <input type="checkbox"/>	أشياء أخرى		

Loss Details:

بيان الخسائر

The damage incurred was due to:

Fire <input type="checkbox"/>	حريق	Storm <input type="checkbox"/>	عواصف	Strike, Riot, Civil comm. <input type="checkbox"/>	إضراب، شغب، اضطرابات أهلية	Flood <input type="checkbox"/>	فيضان	Water damage <input type="checkbox"/>	تلف مياه
Theft <input type="checkbox"/>	سرقة	Explosions <input type="checkbox"/>	انفجار	Malicious act <input type="checkbox"/>	أعمال تخريب	Earthquake <input type="checkbox"/>	زلازل	Lightning <input type="checkbox"/>	صواعق

Statement of how the damage occurred: _____

بيان بكيفية وقوع التلفيات

Witness:

الشهود

Name: _____	الإسم:	Name: _____	الإسم:
Address: _____	العنوان:	Address: _____	العنوان:
Phone No. _____	تليفون رقم:	Phone No. _____	تليفون رقم:

Is it reported to the police? _____

Yes نعم No لا

No. of report: _____

رقم محضر الشرطة _____
اسم قسم الشرطة _____

Name of the Police Station: _____

Is the insured Building already repaired / replaced? _____

Yes نعم No لا

هل تم إصلاح أو استبدال المبنى المؤمن عليه؟

Has an order for repair already been given? _____

Yes نعم No لا

هل تم إصدار تعليمات بالإصلاح؟

(If yes, please give name and address) _____

لو نعم - ما هو الإسم والعنوان؟

Did any person, other than a member of the Insured's family suffer accidental death or bodily injury? _____

هل تعرض أي شخص - بخلاف أحد أفراد عائلة المؤمن له - إلى الوفاة أو الإصابة الجسدية نتيجة الحادث؟

(If yes, please give name and address) _____

لو نعم فما هو الإسم والعنوان؟

Are the insured possessions already repaired / replaced? _____

Yes نعم No لا

هل تم إصلاح أو استبدال الممتلكات المؤمن عليها؟

Household Insurance Claim Form

نموذج إخطار مطالبة - التأمين على المنزل

Contents / Valuables / Personal Possessions (if space not sufficient, please use separate sheet):

محتويات/ متعلقات شخصية (برجاء استخدام ورقة منفصلة في حالة عدم كفاية المساحة)

Item: 1	بند 0	Age: _____	العمر
Price Paid: _____	سعر الشراء	No. of pieces: _____	عدد المكونات
		Destroyed / Damaged / Loss: _____	تلف تام/تلف جزئي/فقد
Item: 2	بند 0	Age: _____	العمر
Price Paid: _____	سعر الشراء	No. of pieces: _____	عدد المكونات
		Destroyed / Damaged / Loss: _____	تلف تام/تلف جزئي/فقد
Item: 3	بند 0	Age: _____	العمر
Price Paid: _____	سعر الشراء	No. of pieces: _____	عدد المكونات
		Destroyed / Damaged / Loss: _____	تلف تام/تلف جزئي/فقد
Item: 4	بند 0	Age: _____	العمر
Price Paid: _____	سعر الشراء	No. of pieces: _____	عدد المكونات
		Destroyed / Damaged / Loss: _____	تلف تام/تلف جزئي/فقد
Item: 5	بند 0	Age: _____	العمر
Price Paid: _____	سعر الشراء	No. of pieces: _____	عدد المكونات
		Destroyed / Damaged / Loss: _____	تلف تام/تلف جزئي/فقد

Personal Accident:			حوادث شخصية
Insured: <input type="checkbox"/>	المؤمن له	Spouse: <input type="checkbox"/>	الزوج/ الزوجة
Amount: _____			القيمة

Are there any other insurance companies liable to indemnify

Yes No

هل تم التأمين علي أي من هذه البنود لدي شركة تأمين أخرى؟

the above mentioned claim?

إذا كانت الإجابة نعم فما هو الإسم والعنوان؟

(If yes, please give name and address)

Declaration:

إقرار

I / We the above named, do hereby, to the best of my / our knowledge and belief, warrant the truth of the foregoing statements in every respect and agree that if I have made any false or fraudulent statement of there be any suppression or concealment, the policy shall be cancelled and the claim shall be forfeited.

أقر أنا - سالف الذكر - حسب تمام معرفتي وإعتقادي بصحة جميع البيانات السابقة. وفي حالة إدلائي بأية بيانات خاطئة أو زائفة من شأنها إخفاء الحقيقة فإنه يتم إلغاء الوثيقة ورفض المطالبة.

I / We agree to provide additional information to the Company, if required.

وأتعهد بالإدلاء بأية معلومات إضافية للشركة - حسب طلبها

Date: التاريخ

Signature of Insured (or authorized person):

توقيع المؤمن له أو المفوض عنه

Please note: Delivering this report to the Company does not mean its acceptance to the claim.

ملاحظة: تسليم هذا النموذج للشركة لا يعتبر في حد ذاته موافقة علي صرف التعويض.