

Death Claim Form

نموذج مطالبة وفاة

1. Data of the Policy

١. بيانات الوثيقة

Policy Number رقم الوثيقة
Policy Holder Name اسم حامل الوثيقة
Insured Name اسم المؤمن عليه

2. Data of the Beneficiary

٢. بيانات المستفيد

Name الإسم
ID number رقم مستند إثبات الشخصية
Address العنوان

Phone number رقم التليفون

3. Data of the Claim

٣. بيانات المطالبة

Insured Name اسم المؤمن عليه
ID number رقم مستند إثبات الشخصية
Address العنوان

Phone number رقم التليفون
Date of Death تاريخ الوفاة
Place of Death مكان الوفاة
Cause of Death سبب الوفاة

4. Additional Information

٤. معلومات إضافية

The life insurance policies at other insurance companies

الوثائق الأخرى للمؤمن عليه من شركات تأمين أخرى

	قيمة مبلغ التأمين Sum Insured	العملة Currency	رقم الوثيقة Policy Number	اسم الشركة Company Name	
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	١
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	٢
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	٣
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	٤
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	٥

5. Declaration

٥. الإقرار

I Declare that I have answered all the questions by myself and all the answers are complete and correct, and that any incorrect answers could render the claim to be denied.

أقر بأننى أجبت عن جميع الأسئلة بنفسى و هى كاملة و صحيحة و أن أى معلومات غير صحيحة قد تفقدنى حقى بالمطالبة.

I irrevocably authorize Allianz Life Assurance Company – Egypt to have full access to any documents or information that the company finds it necessary to process the claim.

كما أفوض شركة أليانز لتأمينات الحياة – مصر بدون أية قيود بمراجعة أى جهة طبية (طبيب، مستشفى، مختبر، ... إلخ) أو أية جهة أخرى للحصول على معلومات تجدها الشركة ضرورية من أجل هذه المطالبة.

Name الإسم
Signature Date التاريخ التوقيع

إقرار المطالب عن مطالبة الوفاة

١. هل كانت الوفاة مفاجأة؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة بلا، برجاء الإجابة عن الأسئلة أ، ب، ج
أ. ما هو تاريخ ظهور الأعراض الطبية لمرض المؤمن عليه الأخير؟ برجاء ذكر التفاصيل

ب. ما هو تاريخ لجوء المؤمن عليه للطبيب نتيجة مرضه الأخير؟ برجاء ذكر التفاصيل

ج. أسماء و عناوين جميع الأطباء المعالجين للمرض الأخير للمؤمن عليه

تشخيص الحالة و تاريخ الزيارة

العنوان

الإسم

٢. أ. تفاصيل الأمراض الأخرى التى كان يعانى منها المؤمن عليه

ب. أسماء و عناوين جميع الأطباء المعالجين للمؤمن عليه

تشخيص الحالة و تاريخ الزيارة

العنوان

الإسم

برجاء إرفاق جميع التقارير الطبية و الفحوصات المعملية و صور الأشعات مع المطالبة

الإقرار

أقر باننى اجبت عن جميع الأسئلة بنفسى و هى كاملة و صحيحة و ان اى معلومات غير صحيحة قد تفقدنى حفى بالمطالبة.
كما افوض شركة أليانز لتأمينات الحياة - مصر بدون أية قيود بمراجعة أى جهة طبية (طبيب, مستشفى, مختبر, ... إلخ) أو أية جهة أخرى للحصول على معلومات تجدها الشركة ضرورية من أجل هذه المطالبة.

الإسم

التوقيع

التاريخ

وثيقة رقم:

إقرار المطالب عن المطالبة الناتجة عن حادث

١. متى و أين وقع الحادث؟ برجاء ذكر التفاصيل

٢. مكان الحادث (برجاء ذكر التفاصيل)

٣. كيفية وقوع الحادث؟

٤. أسماء و عناوين جميع الأطباء المعالجين بعد الحادث
الإسم العنوان تشخيص الحالة و تاريخ الزيارة

٥. أ. تفاصيل الأمراض التي كان يعاني منها المؤمن عليه بخلاف الأمراض الناشئة عن الحادث

ب. أسماء و عناوين جميع الأطباء المعالجين للمؤمن عليه
الإسم العنوان تشخيص الحالة و تاريخ الزيارة

برجاء إرفاق جميع التقارير الطبية و الفحوصات المعملية و صور الأشعات مع المطالبة

الإقرار

أقر بأنني أجبت عن جميع الأسئلة بنفسى و هى كاملة و صحيحة و ان أى معلومات غير صحيحة قد تفقدنى حقى بالمطالبة.
كما أفوض شركة الليانز لتأمينات الحياة - مصر بدون أية قيود بمراجعة أى جهة طبية (طبيب, مستشفى, مختبر, ... إلخ) أو أية جهة أخرى للحصول على معلومات تجدها الشركة ضرورية من أجل هذه المطالبة.

الإسم

التوقيع

التاريخ
