

Business Travel Claim Form (Groups)(CF013)

نموذج إخطار مطالبة – وثيقة السفر للعمل (مجموعات) (CF٠١٣)

IMPORTANT INSTRUCTIONS

تعليمات هامة

- Claim form to be filled in capital letters and signed by the insured.
- Please fill all the data contained this form
- You can use extra paper in case of insufficient space available for the disclosure.

- تدون البيانات بخط واضح وتوقع من المؤمن له.
- برجاء استيفاء كافة البيانات الواردة بالنموذج.
- يمكنك استخدام ورقة اضافية في حالة عدم كفاية المساحة المتاحة للإفصاح.

Name of the insured:

اسم المؤمن له:

Policy No.:

رقم الوثيقة:

Telephone No.:

رقم الهاتف:

Location of loss / damage:

الموقع الذي وقع فيه الخسارة / التلفيات:

Date of loss / damage:

تاريخ ووقت حدوث الخسارة / التلفيات:

The contact person and his mobile:

اسم الشخص الواجب الاتصال به ورقم الجوال:

Description of event giving rise to this claim:

وصف الحدث الذي أدى الى المطالبة:

SECTION ONE (PERSONAL ACCIDENT)

القسم الاول (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:

الرجاء ذكر تفاصيل الحادث والاصابات الناتجة عنه:

Name and address of the attending doctor:

اسم وعنوان الطبيب المعالج:

Claim amount:

قيمة المطالبة:

SECTION TWO (MEDICAL AND CONTINGENCY EXPENSES)

القسم الثاني (المصروفات الطبية والطارئة)

Did you contact the Service Assistance Company:

هل تم الاتصال بشركة المساعدة:

Date of your visits to the Doctor or hospital:

تاريخ زيارة الطبيب او المستشفى:

Amount of the medical expenses:

قيمة المصروفات الطبية:

Diagnosis:

التشخيص:

Name and address of the attending doctor:

أسم وعنوان الطبيب المعالج:

Period of Hospitalization:

فترة العلاج داخل المستشفى:

Kindly attach the supported documents for the above:

الرجاء ارفاق المستندات المؤيدة لما ذكر أعلاه:

Business Travel Claim Form (Groups)(CF013)

نموذج إخطار مطالبة – وثيقة السفر للعمل (مجموعات) (CF ٠١٣)

SECTION THREE: BAGGAGE

القسم الثالث: الحقائب

Delayed/lost Baggage		تأخر/فقد الحقائب	
كم عدد الحقائب التي قمت بتسليمها للناقل How many bags you checked-in	كم عدد الحقائب التي تأخرت How many bags were delayed	وقت وصول الرحلة When did your flight arrive	متى استلمت حقائبك When did you receive your luggage back
سبب تأخر الامتعة اذا تم تقديمه من قبل الناقل Reason for the delay baggage if provided by the carrier		المكان الذي حدث فيه تأخر الحقائب Place of where the delayed baggage occurred	
التكلفة Cost	الوصف Description	تفاصيل المصاريف الطارئة المترتبة بشكل مباشر عن تأخر أو فقد الحقائب (يرجى إرفاق قوائم المشتريات الطارئة) Description of emergency items purchased as a result of the delay/lost (kindly attached invoices emergency items)	
التكلفة Cost	الوصف Description	تفاصيل المصاريف المستردة من الناقل Description of refund expenses from the carrier	

SECTION FOUR - PERSONAL MONEY AND DOCUMENTS

القسم الرابع: الاموال اشخصية والمستندات

Date of incident: تاريخ الحادث:

Documents Kind / Lost amount: نوع المستندات / المبلغ المفقود:

When and in which Police Station the incident reported?
(please provide the reports): متى وفي أي مركز شرطة تم الإبلاغ عن الحادث؟
(نأمل تقديم التقرير):

Do you have any accusation against any party to be the cause of the accident? Please clarify: هل لديك أي اتهام تجاه أي طرف يكون السبب في الحادث؟
برجاء التوضيح:

SECTION FIVE - PERSONAL LIABILITY

القسم الخامس: المسؤولية الشخصية

مكان الحادث Place of the accident	وقت الحادث Time of accident	تاريخ الحادث Date of accident
--------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------

Detailed description of the incident: تفاصيل الحادث:

Business Travel Claim Form (Groups)(CF013)

نموذج إخطار مطالبة – وثيقة السفر للعمل (مجموعات) (CF٠١٣)

Name and address of third party claimant

اسم وعنوان الطرف الثالث:

Please detail the extent of injuries / damages caused by you:

برجاء ذكر مدي الاضرار / الاصابات المتسبب بها:

Has a formal claim been received from the third party claimant?

هل استلمت مطالبة رسيمة من الطرف الثالث الذي تعرض للضرر او الخسارة؟

If yes kindly attach:

إذا كانت الإجابة بنعم يرجى إرفاقها:

DECLARATION

إقرار

I/we the above named, do hereby acknowledge the truth of the foregoing statements in every respect and agree that if I have made any false or fraudulent statement of these be any suppression or concealment, the policy shall be cancelled and the claim shall be forfeited. And i/we agree to provide additional information to the insured upon request.

أقر بصحة جميع البيانات السابقة ، وفي حال ادلائي ببيانات خاطئة أو زائفة من شأنها إخفاء الحقيقة فإنه سيتم إلغاء الوثيقة ورفض المطالبة ، كما أتعهد بالادلاء بأي معلومات إضافية للشركة حسب طلبها

Signature of insured

توقيع المؤمن له

Name: Title:

الاسم: الصفة:

Signature: Date:

التوقيع: التاريخ: