

Travel and Medical Assistance - Claim Form (CF035)

نموذج إخطار مطالبة - وثيقة السفر والمساعدة الطبية (CF035)

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 (MEDICAL EXPENSES)

القسم الاول (المصروفات الطبية)

If your claim under Section One of the insurance policy covers:

إذا كانت المطالبة تحت القسم الاول من التغطية التأمينية بالوثيقة:

(Medical Expenses).

(المصروفات الطبية).

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 المشفى:

Amount of the medical expenses:

قيمة المصروفات الطبية:

Diagnosis:

التشخيص:

Name and address of the attending doctor:

أسم وعنوان الطبيب المعالج:

Period of Hospitalization:

فترتو العلاج داخل المستشفى:

Kindly attach the supported documents of the above.

رجاء إرفاق المستندات المؤيدة لما ذكر عالية.

SECTION TWO (TRIP CANCELLATION)

القسم الثاني (الغاء الرحلة)

If your claim under Section Two of the insurance policy covers:(Trip Cancellation):

إذا كانت المطالبة تحت البند الثاني من التغطية التأمينية بالوثيقة: (الغاء الرحلة).

Planned date of departure:

Time:

الساعة:

تاريخ المغادرة المخطط:

Actual date of departure:

Time:

الساعة:

تاريخ المغادرة الفعلي:

What is the main reason for trip cancellation:

اذكر السبب الرئيسي لالغاء السفر:

Description of the costs incurred as a result of the trip cancellation:

تفاصيل المصاريف المترتبة بشكل مباشر عن الغاء السفر:

Please, attach the supported documents that prove the delay is due to emergency case, if the delay

برجاء إرفاق المستندات التي تؤكد تأخركم عن الرحلة بسبب طارئ: إذا كان التأخير بسبب المؤمن له.

from the insured:

SECTION THREE (DELAYED DEPARTURE)

القسم الثالث (تأخر المغادرة)

If your claim under Section Three of the insurance policy covers (Delayed Departure).

إذا كانت المطالبة تحت البند الثالث من التغطية التأمينية بالوثيقة (تأخر المغادرة):

Planned date of departure:

Time:

الساعة:

تاريخ المغادرة المخطط:

Actual date of departure:

Time:

الساعة:

تاريخ المغادرة الفعلي:

What is the main reason for the delay?

اذكر السبب الرئيسي لتأخير السفر:

Description of the direct costs incurred as a result of the Delayed Departure:

تفاصيل المصاريف المترتبة بشكل مباشر عن تأخر السفر:

Please, attach a written confirmation from the carrier of the cause, period of the delay and the amount of

برجاء إرفاق إخطار رسمي من الناقل موضحا السبب الرئيسي لتأخر الرحلة والتعويض المعروض منه .

indemnity offered by them:

Travel and Medical Assistance - Claim Form (CF035)

نموذج إخطار مطالبة – وثيقة السفر والمساعدة الطبية (CF٠٣٥)

DELAYED BAGGAGE

تأخر الحقائب

When did you receive your luggage back: متى استلمت حقائبك:
When did your flight arrive: وقت وصول الرحلة:
How many bags were delayed: كم عدد الحقائب التي تأخرت:
How many bags you checked-in: كم عدد الحقائب التي قمت بتسليمها للناقل:
Place where delayed baggage occurred: المكان الذي حدث فيه تأخر الحقائب:
Reason for the delay if provided by the transporter: سبب تأخر الامتعة اذا تم تقديمه من قبل الناقل:

Description الوصف	Cost التكلفة	تفاصيل المصاريف الطارئة المترتبة بشكل مباشر عن تأخر الحقائب (يرجى إرفاق فواتير المشتريات الطارئة) Description of direct emergency items purchased as a result of the delay (kindly attached emergency items invoices)
Description الوصف	Cost التكلفة	تفاصيل المصاريف المستردة من الناقل Description of refund from the carrier

SECTION FOUR (PERSONAL ACCIDENT)

القسم الرابع (الحوادث الشخصية)

Date of accident: تاريخ الحادث:
Time of accident: وقت الحادث:
Place of the 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:

PERSONAL LIABILITY

المسؤولية الشخصية

When did you receive your luggage back: تاريخ الحادث:
When did your flight arrive: وقت الحادث:
How many bags were delayed: مكان الحادث:
Detailed description of the accident: تفاصيل الحادث :
Name and address of third party claimant: اسم وعنوان الطرف الثالث:
Please detail the extent of Injuries / damages caused by you: رجاء ذكر مدى الاضرار / الاصابات المتسبب بها:
Did you receive a formal claim notification from the third party? هل استلمت مطالبة رسمية من الطرف الثالث الذي تعرض للضرر او الخسارة?
If yes kindly attach. اذا 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

Name: Title:

Signature: Date:

الصفة:

التاريخ:

توقيع المؤمن له

الاسم:

التوقيع: