

Cargo Insurance Claim Form (CF019)

نموذج إخطار مطالبة – التأمين البحري (CF.١٩)

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:

Details of how the damaged occurred:

تفاصيل ظروف حدوث الخسارة أو التلفيات:

Packing & packaging:

نوع التعبئة والتغليف:

Arrival date:

تاريخ الوصول:

If the accident was as a result of theft or non-delivery, did you notified the carrier?

إذا كان الحادث نتيجة سرقة أو عدم الاستلام فهل تم إخطار الناقل:

Did you issue a letter of protest against the party responsible for the damage:

هل تم اصدار خطاب احتجاج ضد الطرف المسئول عن التلفيات:

(if any), kindly provide a copy:

(ان وجد) برجاء موافاتنا بنسخة منه:

When and in which Police Station the incident reported?

متى وفي أي مركز شرطة تم الإبلاغ عن الحادث؟

(please provide the reports):

(نأمل تقديم التقارير):

Please provide the details of losses / damages that occurred as a result of and value?

أذكر تفاصيل الخسائر / الأضرار التي وقعت من جراء الحادث والقيمة؟

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: