

## Marine Cargo - Single Transit Policy Claim Form (CF020)

## نموذج إخطار مطالبة - التأمين البحري شحنات فردية (CF020)

### 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: (إن وجد) برجاء موافقتنا 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: