

منفعة الوفاة (بيان مقدم المطالبة)

DEATH BENEFIT (CLAIMANT'S STATEMENT)

INSTRUCTIONS FOR COMPLETING THIS FORM:

Please complete this application in English and BLOCK CAPITALS and do not leave any field blank or incomplete. Do not use abbreviations, dots, crosses and dashes. Use a single ink pen to complete and sign the form. Any alteration, overwriting, mutilation, cancellation, deletion to answers must be endorsed under full signature. Ensure that the answers in this form are correct. Use separate sheet to give answers in details (if necessary) mentioning question number, date and signature.

تعليمات لتعبئة نموذج الطلب

يرجى تعبئة هذا الطلب باللغة الإنجليزية وبأحرف كبيرة واضحة. ويرجى عدم ترك أي حانة فارغة أو غير كاملة. ولا تستخدم الاختصارات والنقاط والميلان والشرطات. كما يرجى استخدام قلم حبر واحد لاستيفاء وتوقيع النموذج. ويجب التصديق على أي تغيير أو استبدال أو شطب أو إلغاء أو حذف في الأجوبة بموجب التوقيع الكامل إزالتها. وتأكد من أن جميع الإجابات في هذا النموذج صحيحة. ويرجى استخدام ورقة منفصلة لإعطاء الإجابات بالتفصيل (إذا لزم الأمر) مع ذكر رقم السؤال والتاريخ والتوقيع.

1. Plan Details
١. تفاصيل الخطة

الخطة رقم Plan No.	حامل الخطة Plan Holder	العضو المغطى Covered Member
-----------------------	---------------------------	--------------------------------

2. Claimant's Details
٢. تفاصيل مقدم المطالبة

Title: اللقب	<input type="checkbox"/> السيد Mr.	<input type="checkbox"/> السيدة Mrs.	<input type="checkbox"/> الأناثة Miss	<input type="checkbox"/> أخرى Other					
الإسم الأول Forename:	اسم العائلة: Family Name:								
جواز السفر رقم / هوية الإمارات رقم: Passport No./Emirates ID No.:	تاريخ الميلاد: Date of Birth:	ي	ي	ش	ش	س	س	س	س
وضع مقدم المطالبة: Status of Claimant:	<input type="checkbox"/> المستفيد Beneficiary	<input type="checkbox"/> الوصي Guardian	<input type="checkbox"/> المتنازل له Assignee	<input type="checkbox"/> لأمين Trustee	<input type="checkbox"/> مدير تركة المتوفى Administrator of Deceased's Estate	<input type="checkbox"/> أخرى Other			

إذا كانت المطالبة مقدمة من قبل وصي بالنيابة عن قاصر (شخص دون سن 18 سنة)، يرجى تحديد
 If claim is being lodged by Guardian on behalf of a minor (person below 18 years of age), please specify

اسم القاصر Minor's Name	1	العمر Age	النوع الاجتماعي Gender
	2		
	3		

العلاقة مع القاصر Minors Relationship with:	المتوفى Deceased:	مقدم المطالبة Claimant:
--	----------------------	----------------------------

عنوان السكن الكامل لمقدم المطالبة
 Claimant's Complete Residential Address

عنوان العمل (المكتب) الكامل لمقدم المطالبة
 Claimant's Complete Office Address

رقم الهاتف Contact Number	رقم الهاتف المتحرك Mobile No:	رقم السكن Residential No.:	رقم المكتب Office No
------------------------------	----------------------------------	-------------------------------	-------------------------

3. Deceased's Details
٣- تفاصيل المتوفى

الإسم الأول Forename:	اسم العائلة: Family Name:								
جواز السفر رقم / هوية الإمارات رقم: Passport No./Emirates ID No.	تاريخ الميلاد: Date of Birth:	ي	ي	ش	ش	س	س	س	س
عنوان السكن الكامل للمتوفى Deceased's Complete Residential Address									
العنوان الدائم الكامل للمتوفى Deceased's Complete Permanent Address									
عنوان العمل (المكتب) الكامل للمتوفى Deceased's Complete Office Address									

الوظيفة Occupation	المهنة Profession	المسمى الوظيفي Designation				
طبيعة العمل والواجبات التي كان يؤديها / كانت تؤديها Nature of work and duties he/she performed						
عادات الأيام الماضية (مثل التدخين / الكحول / المخدرات) Past time Habits (such as smoking / alcohol / drugs):						
خطط التأمين الأخرى باسمه / اسمها Other insurance plans on his/her name:	<input type="checkbox"/> نعم Yes	<input type="checkbox"/> كلا No				
إذا كانت الإجابة نعم، يرجى ذكر التفاصيل If "Yes", please provide details:						
شركة التأمين Insurance Company	المبلغ المغطى Covered Amount	نوع التغطية Type of Cover				
_____	_____	_____				
_____	_____	_____				
_____	_____	_____				
_____	_____	_____				
هل كان المتوفى ملتحقا من أي وقت مضى أو مشارك مع أي تنظيم أو مجموعة سياسية / دينية سياسية؟ Was the deceased ever affiliated/involved with any political/religio-political organization or group?		<input type="checkbox"/> نعم Yes				
إذا كانت الإجابة نعم، يرجى ذكر التفاصيل If "Yes", please provide details:		<input type="checkbox"/> No				
اسم الورثة الشرعيين للمتوفى Name of Legal Heirs of the Deceased	العمر Age	العلاقة مع المتوفى Relationship with Deceased				
_____	_____	_____				
_____	_____	_____				
_____	_____	_____				
_____	_____	_____				
4. Claim Details ٤ تفاصيل المطالبة						
سبب الوفاة Reason of Death:	<input type="checkbox"/> مرض Sickness	<input type="checkbox"/> حادث Accident	<input type="checkbox"/> قتل Homicide	<input type="checkbox"/> انتحار Suicide	<input type="checkbox"/> إصابة مسببة ذاتيا Self-inflicted Injury	<input type="checkbox"/> أخرى Other
مكان الوفاة (اسم المستشفى / المؤسسة) Place of Death (name of hospital / institution)						
١. سبب الوفاة: (وصف المرض / العجز / الإصابة / الحالة الطبية التي كانت السبب المباشر في الوفاة). 1. Cause of Death: (Description of the Illness / Disability / Injury / Medical Condition that was the immediate cause of death)						
٢. الوصف الكامل للحادث الذي أدى إلى الوفاة / تسبب بها: 2. Complete narration of the incident leading to / causing death:						
٣. في رأيك، ما الحالة (الحالات) الطبية الثانوية الأخرى، والعادات، ونمط الحياة، وعوامل متعلقة بالعمل والانتماء الاجتماعي / السياسي للعضو المغطى التي قد تكون سببت أو ساهمت؛ أو الظروف المتفاقمة التي أدت إلى الموت. يرجى تقديم التفاصيل مع التاريخ. 3. In your opinion, what other secondary medical condition(s), habits, lifestyle, work-related factors, social / political affiliation of the Covered Member caused or contributed or aggravated circumstances leading to death. Please provide details with dates.						

<p>٤. هل كان المتوفى يعاني من أي مرض سابق / تاريخ الحديث لمرض بدني أو عقلي / العجز / تشوه / إصابة؟ 4. Did the deceased have any past / recent history of physical or mental illness / disability / deformity / injury?</p>	<input type="checkbox"/> نعم Yes	<input type="checkbox"/> كلا No
<p>٥. قبل الموت، هل كان المتوفى يتعالج / يتلقى رعاية علاجية من قبل أي طبيب / مستشفى / التمريض المنزلي / عيادة؟ 5. Prior to death, was the deceased treated / attended by any Doctor / Hospital / Nursing Home / Clinic?</p>	<input type="checkbox"/> نعم Yes	<input type="checkbox"/> كلا No
<p>إذا كان الجواب "نعم"، يرجى تقديم تفاصيل العلاج / الإدخال إلى المستشفى والمكان والتواريخ If "Yes", please provide details of treatment / admission with location and dates.</p>		
<p>الاسم والعنوان Name and Address</p>	<p>التاريخ Date</p>	<p>تمت المعالجة من: Treated For:</p>
<p>٦. خلال ٥ (الخمسة) سنوات الماضية هل كان المتوفى يتلقى رعاية علاجية من قبل أي طبيب أو تم إدخاله إلى مستشفى / عيادة لأي مرض بدني أو عقلي / عجز / تشوه / إصابة / حالة طبية؟ 6. In the past 5 (five) years was the deceased ever attended by any Doctor or admitted to any Hospital / Clinic for any physical or mental illness / disability / deformity / injury / medical condition?</p>	<input type="checkbox"/> نعم Yes	<input type="checkbox"/> كلا No
<p>إذا كان الجواب "نعم"، يرجى تقديم اسم وعنوان الطبيب / المرفق الطبي مع تواريخ وتفاصيل المشكلة / الحالة الطبية. If "Yes", please provide name and address of doctor / medical facility with dates and details of the medical problem / condition.</p>		
<p>٧. هل هناك أي قريب نسب للمتوفى يعاني من مرض أو حالة طبية مماثلة أو ذات صلة بالمرض أو الحالة الطبية التي توفي الميت بسببها؟ يرجى تقديم التفاصيل مع التواريخ. 7. Did any blood relative of the deceased have ailment or medical condition similar to or related to the disease or medical condition from which the deceased died? Please provide details with dates.</p>		
<p>٨. هل تعرف عن أي إختبارات وفحوص طبية قد المتوفى خضع لها؟ 8. Do you know any medical tests and examinations that the deceased underwent?</p>	<input type="checkbox"/> نعم Yes	<input type="checkbox"/> كلا No
<p>إذا كان الجواب "نعم"، ما هي الحالة الطبية التي أجريت لها هذه الإختبارات والفحوص؟ ما هي نتائجها؟ متى وأين تمت هذه الإختبارات / الفحوص؟ If "Yes", what medical condition were these tests and examinations for? What were their results and findings? When and where were these tests / examinations conducted?</p>		
<p>٩. في حالة وفاة بسبب حادث / قتل / انتحار / إصابة مسببة ذاتيا، فهل صدر أي تقرير من الشرطة بهذا الشأن؟ هل تم تشريح الجثة / بعد الوفاة؟ هل تم الحصول على تقرير الطب الشرعي؟ يرجى تحديد ذلك وتقديم نسخ من الوثائق. 9. In case of death due to Accident / Homicide / Suicide / Self-inflicted injury, was any police report issued? Was an Autopsy / Post-Mortem performed? Has a Medico-legal Report been obtained? Please specify and provide copies.</p>		

The undersigned hereby makes claim to said Insurance and agrees that the written statements and affidavits of all physicians who attended or treated the Covered Member and all other paper called for the instructions hereon shall constitute and they are hereby made a part of these proofs of claim and further agrees that the furnishing of this form, or of any other forms supplemental thereto, by said company shall be constituted nor be considered by it that there was any Insurance in force on the life in question, nor a waiver of any of its rights or defense. The undersigned authorize any hospital, physician or other person who attended the Covered Member or any employee to furnish to the SALAMA – Islamic Arab Insurance Co. (PSC) or its representatives, any and all information with respect to any sickness or injury, medical history, consultations, prescriptions or treatment, copies of all hospital or medical records and copies of all records of employers. The undersigned further agrees and authorizes that a photocopy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

يتقدم الموقع أدناه بمطالبة لشركة التأمين المذكورة ويوافق على أن التصريحات والإفادات الخطية من جميع الأطباء الذين عالجوا أو قدموا الرعاية للعضو المغطى وكل ورقة أخرى تطلب الإرشادات الواردة هنا ستشكل وستعتبر جزءاً من الإثباتات على المطالبة و يوافق كذلك أن تزويده بهذا النموذج، أو أي نماذج أخرى تكميلية له من قبل الشركة المذكورة لن يتم اعتماده ولن يتم دراسته من قبلها بأنه كان هناك أي تأمين ساري المفعول على حياة الشخص المعني، ولا تنازل عن أي من حقوقها أو دفاعها. ويفوض الموقع أدناه أي مستشفى أو طبيب أو أي شخص آخر قدم الرعاية للعضو المغطى أو أي موظف بأن يزود سلامة - الشركة الإسلامية العربية للتأمين (ش.م.ع) أو ممثليها، أي وجميع المعلومات فيما يتعلق بأي مرض أو إصابة، والتاريخ الطبي، والاستشارات، والوصفات الطبية أو العلاج، ونسخ من جميع سجلات المستشفيات أو السجلات الطبية ونسخ من جميع سجلات أرباب العمل المتعلقة بالعضو المغطى. كما يوافق الموقع أدناه أيضا ويصرح بأن صورة من هذا التفويض تعتبر نافذة وصالحة كالنسخة الأصلية.

التاريخ Dated _____ هذا اليوم this _____ من شهر day of _____ عام year _____

الاسم الكامل لمقدم المطالبة Full Name of Claimant	الاسم الكامل للمصدق عليه / الشاهد Full Name of Attester / Witness

توقيع مقدم المطالبة Signature of Claimant	توقيع المصدق عليه / الشاهد Signature of Attester / Witness