



GROUP LIFE ASSURANCE CLAIM FORM

نموذج مطالبة بالتأمين الجماعي على الحياة

THE ISSUE OF THIS FORM IS NOT TAKEN AS ADMISSION OF LIABILITY

لا يُعد إصدار هذا النموذج بمثابة إقرار بالمطالبة

(Note: Additional information or Documents may be called for if necessary)

(تنبيه: يحق للشركة طلب المزيد من الوثائق/ المعلومات إن لزم الأمر)

To be filled in by the insured Client/Grantee/Employer يتم تعبئتها من جانب المؤمن عليه / المستفيد/ صاحب العمل			
Name & Address of the Client/ Grantee/ Employer اسم وعنوان العميل/ المستفيد/ صاحب العمل			
Policy Number: رقم الوثيقة		Period of Insurance فترة التأمين	
		From: من	To: إلى
Name of the Life Assured اسم المؤمن على حياته			
Staff No: / Member No: رقم العضو/ الموظف		Designation الوظيفة	
Passport / ID No. رقم جواز السفر/ الهوية		Place of Work مكان العمل	
Age / Date of Birth العمر/ تاريخ الميلاد		Nature of Work طبيعة العمل	
Salary الراتب			
<u>Nature of Claim</u>			
<input type="checkbox"/> Death الوفاة	<input type="checkbox"/> Accidental Death Benefit (ADB) المزايا للوفاة بسبب حادث	<input type="checkbox"/> Permanent Total Disability(PTD) عجز كلي دائم	
<input type="checkbox"/> Repatriation ترحيل الجثمان	<input type="checkbox"/> Permanent Partial Disability (PPD) عجز جزئي مؤقت	<input type="checkbox"/> Temporary Total Disability (TTD)عجز كلي مؤقت	
	<input type="checkbox"/> Medical expenses due to Accident(Medex) النفقات الطبية بسبب حادث	<input type="checkbox"/> Critical Illness الأمراض الخطيرة	
Cause of Death / Disability (Give Details) سبب الوفاة/ الإعاقة (اذكر التفاصيل)			
Date of Event تاريخ الحادث		Place of Event مكان الحادث	
Details if Accident/ Sickness تفاصيل الحادث/ المرض			



الوطنية للتأمين على الحياة والعام
NATIONAL LIFE & GENERAL INSURANCE
Ominvest Group
مجموعة اومينفست

Duration of Sickness مدة المرض	From: من	To: إلى
Date of Accident: تاريخ الحادث	Cause of Accident: سبب الحادث	
Date of Resuming duty after Accident/ Sickness تاريخ العودة للعمل بعد المرض/ الحادث		
Nature of Disability with Percentage طبيعة ونسبة الإعاقة		
Duration of Disability مدة الإعاقة	From: من	To: إلى
Describe Medical Treatment Given قدم وصفا للعلاج		
Amount of Claim / Sum Assured (KWD.) مبلغ المطالبة / المبلغ المؤمن عليه (دينار كويتي)		

Please submit the following documents. Copies should be attested by an authorized person.
يجب تقديم نسخة من الوثائق التالية بعد توثيقها من الشخص المفوض بالتوقيع

Documents الوثائق	Date التاريخ	Issued by صادرة من
Death Certificate / Disability Certificate form MOH board شهادة الوفاة / شهادة الإعاقة من لجنة تحديد الإعاقات في وزارة الصحة		
Notification of Death form نموذج الإبلاغ عن حالة وفاة		
Medical Report for Accident / Sickness تقرير طبي عن الحادث/ المرض		
Disability Assessment Certificate from Doctor شهادة تقييم الإعاقة الصادرة من الطبيب		
Police Reports for Accident etc. تقارير الشرطة عن الحادث..... الخ		
Age Proof (Copy of ID Card / Passport) دليل العمر (صورة من بطاقة الهوية / جواز السفر)		

Date:

التاريخ

Office Seal

الختم الرسمي

Authorized signatory of Grantee/Insured (name/ designation)

توقيع المستفيد / المؤمن له (الاسم والوظيفة)