



استمارة مطالبة العجز Disability Claim Form

معلومات عن الوثيقة. Policy Details.

رقم العقد: Policy Number:
رقم الشخص المؤمن عليه (بحسب قائمة العقد): Insured ID (as in Policy Listing):
هام: يتم تعبئة وتوقيع هذا النموذج من قبل حامل العقد
IMPORTANT: This form must be filled and signed by the POLICYHOLDER

معلومات متعلقة بالشخص المؤمن عليه. Information about the Insured Person.

First Name:	الاسم الأول:	Type of ID:	نوع إثبات الهوية:
Middle Name:	اسم الأب:	ID Number:	رقم الهوية/جواز السفر:
Family Name:	اسم العائلة:	Nationality:	الجنسية:
Gender:	الجنس:	Date of Birth:	تاريخ الميلاد:
Home Phone Number:	رقم هاتف المنزل:	Marital Status:	الحالة الاجتماعية:
Mobile Number:	رقم هاتف المتحرك:	Date of Disability:	تاريخ العجز:
Office Phone Number:	رقم هاتف العمل:	Cause of Disability:	سبب العجز:
Email:	البريد الإلكتروني:	Last Employment Position:	آخر مسمى وظيفي:
Last Employment Company Name:	اسم آخر شركة كان يعمل لديها:	Date Stopped Working:	تاريخ التوقف عن العمل:
Last Employment Company Address:	عنوان آخر شركة كان يعمل لديها:		

المستندات المطلوبة. Required Documents.

Please attach the following documents with the Claim Form:

- Disability Certificate from a Medical Practitioner or a medical board authorised to assess disability (with degree/percentage of disability in case of Permanent Partial Disability)*
يرجى إرفاق المستندات التالية مع استمارة المطالبة:
 شهادة العجز من طبيب ممارس أو لجنة طبية معتمدة ومفوضة لتقييم درجة العجز (مع ذكر نسبة العجز - في حالة العجز الجزئي الدائم)*
- Medical Report from an authorised Medical Practitioner with detailed diagnosis, cause of disability, onset of ailment/accident and details of treatment given (if any)
 تقرير طبي من طبيب ممارس معتمد ومفوض على أن يشتمل التقرير على تشخيص تفصيلي لحالة العجز وسببه وبدايته والتفاصيل المتعلقة بالعلاج الموصوف (إن وجد)
- In case of Temporary Total Disability:
• Medical Report from an authorised Medical Practitioner stating the period of disability
• Copy of actual sick leaves [provided by the Employer]
 لحالات العجز الكلي المؤقت:
• تقرير طبي من طبيب معتمد يوضح فترة العجز ويسمح بإجازة مرضية
• نسخة من سجل إجازة مرضية فعلية [بمزودها صاحب العمل]
- Police Report (if disability was due to an Accident)
 تقرير الشرطة (إذا كان العجز قد حدث بسبب حادث)
- If disability was confirmed overseas, then Disability Certificate/Report must be attested by the relevant Embassy in UAE OR provide another Disability Certificate/Report from UAE, and provide copy of approved leave
 إذا تم تأكيد العجز في خارج بلد الإقامة، يجب التصديق على شهادة / تقرير العجز من قبل مكتب سفارة البلد الذي تبين به العجز الكائن في دولة الإمارات العربية المتحدة أو تزويد شهادة / تقرير عجز من دولة الإمارات العربية المتحدة ، ونسخة من الإجازة
- Last Salary Certificate (or copy of Payroll confirming salary paid to the insured) [For TTD: Salary for the months of the disability]
 شهادة بأخر راتب تم تقاضيه (أو نسخة مصورة من سجل الرواتب متضمنة قيمة آخر راتب تم دفعه للشخص المؤمن عليه) [لحالات العجز الكلي المؤقت: شهادات الرواتب لكافة أشهر العجز]
- Clear copy of National Identity document or Passport with residence visa page for the Insured Person
 نسخة مصورة واضحة من بطاقة الهوية الوطنية أو جواز السفر مرفقة بصفحة التأشيرة الخاصة بالشخص المؤمن عليه
- Letter from Employer confirming that the Insured Person was actively at work at the time of the ailment/accident that led to the disability
 كتاب من صاحب العمل يؤكد على أن الشخص المؤمن عليه كان على رأس عمله حتى تاريخ التعرض للحادث الذي أدى إلى العجز

* Please note that the Company might request further documents as deemed necessary
*Permanent Disability claim payment is subject to the 6 months waiting period as stated in the Policy

*ملاحظة: يحق للشركة أن تطلب أية مستندات أخرى قد تعتبرها ضرورية
*إن دفع مطالبات العجز الدائم مشروطة بفترة الانتظار (سنة أشهر) كما هو مذكور في العقد

اسم حامل العقد: Policyholder Name:
ختم وتوقيع حامل العقد: Policyholder Stamp & Signature:
اسم وسيط التأمين: Broker:
التاريخ: Date:
البلد: Country: