



التأمين الجماعي
Group Life

استمارة مطالبة العجز الكلي المؤقت
Temporary Total 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 و توقيع 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.

نوع إثبات الهوية: Type of ID:
رقم الهوية/جواز السفر: ID Number:
الجنسية: Nationality:
تاريخ الميلاد: Date of Birth:
الحالة الاجتماعية: Marital Status:
تاريخ دخول المستشفى: Date of Admission:
تاريخ الخروج من المستشفى: Date of Discharge:
سبب الإصابة/ العجز: Cause of Injury/disability:
آخر مسمى وظيفي: Last Employment Position:
عنوان آخر شركة كان يعمل لديها: Last Employment Company Address:
هل كان الشخص المؤمن عليه على رأس عمله في تاريخ التعرض للحادثة الذي أدى إلى العجز؟
نعم لا
تاريخ الإجازة المرضية الفعلي - يرجى كتابة التاريخ
من: To: إلى: إلى:
عنوان الإقامة الحالي: Residence Address:

المستندات المطلوبة. Required Documents.

يرجى إرفاق المستندات التالية مع استمارة المطالبة:
 تقرير طبي من طبيب ممارس معتمد على أن يشتمل التقرير على تشخيص تفصيلي لحالة العجز وسببه وبدايته والتفاصيل المتعلقة بالعلاج الموصوف (إن وجد) موضحاً فترة العجز ويسمح بإجازة مرضية
 نسخة من سجل إجازة مرضية فعلية [يزودها صاحب العمل] (في حال لم يتم الإجابة على هذا السؤال في هذا النموذج)
 تقرير الشرطة (إذا كان العجز قد حدث بسبب حادث)
 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
 تقرير المستشفى متضمناً ما يلي:
• تاريخ الدخول للمستشفى
• تاريخ الخروج من المستشفى
• سبب الإدخال
• تاريخ الحدث الذي أدى إلى العجز ودخول المستشفى
 شهادة راتب تم نقاضيه (أو نسخة مصورة من سجل الرواتب متضمنة قيمة الراتب الذي تم دفعه للشخص المؤمن عليه) لكافة أشهر العجز
 نسخة مصورة واضحة من بطاقة الهوية الوطنية أو جواز السفر مرفقة بصفحة التأشيرة الخاصة بالشخص المؤمن عليه
 كتاب من صاحب العمل يؤكد على أن الشخص المؤمن عليه كان على رأس عمله في تاريخ التعرض للحادثة الذي أدى إلى العجز (في حال لم يتم الإجابة على هذا السؤال في هذا النموذج)

*ملاحظة: يحق للشركة أن تطلب أية مستندات أخرى قد تعتبرها ضرورية Please note that the Company might request further documents as deem necessary

اسم حامل العقد: Policyholder Name:
ختم وتوقيع حامل العقد: Policyholder Stamp & Signature:

اسم وسيط التأمين: Broker:
التاريخ: Date:
البلد: Country: