استمارة طلب تعويض/حياة مؤقت/حوادث شخصية/اعمال

١- اسم الشركة أو المؤسسة : .....

٢- العنـــــــــوان : .....

٣- رقـــم الهاتـــف :..... صندوق البريد.....

٤- نوع العمل أو المهنـــة : ..... رقم البوليصة .....

٥- اسم الشخص المصاب أو المتوفي : ..... تاريخ الميلاد : .....

٦- عنـوان إقامتـه الدائمـــــة : .....

.....

٧- المهنـة : ..... مكان عمله الطبيعي : ..... الجنسية :..... .....

٨- تاريخ التحاق المصاب أو المتوفي بالعمل:.....تاريخ إنضمام المصاب أو المتوفي للتأمين .....

٩- الراتب الشهري ..... مبلغ التأمين .....

١٠- نوع الإصابة : .....

☐ وفـــاة طبيعيـــة أو بســـبب مـــرض : .....

☐ وفاة بسبب حادث :..... .....

١١- صف الإصابة بالتفصيل :

.....

.....

١٢- صـــف بالتفصـــيل نـــوع العمـــل الـــذي كـــان يقـــوم بـــه الشـــخص المصـــاب لحظـــة وقـــوع الحـــادث :

.....

.....

١٣- صف بالتفصيل وبدقة كيفية وقوع الحادث : .....

.....

١٤- تاريخ ولحظة وقوع الحادث ومكانه : ...../...../.....

.....

١٥- متى أبلغكم المصاب بوقوع الحادث:..... .....

١٦- أخر يوم عمل فعلي للمصاب/المتوفى :..... .....

١٧- هل المصاب في إستخدامكم المباشر أم من عمال مقاولي الباطن : .....

١٨- هل يتلقى المصاب علاج طبي ؟ اذكر اسم المستشفى أو الطبيب المعالج ؟.....

(مرفق مع هذه الإستمارة إستمارة التقرير الطبي لتملئتها من قبل الطبيب الفاحص وإعادتها إلينا)

أقر بأن البيانات المعطاة أعلاه هي كاملة وصحيحة ، وبأن الموظف كان مؤهلاً لعضوية البرنامج وكان عضواً في البرنامج وكان يعمل في خدمة مؤسستنا في وقت وقوع الحادث .

التاريـــخ : ..... التوقيـع : .....

الختـــم : .....

Life/ Personal Accident /Work Accident Insurance Claim Form

Name of Employer……..
Address ……
Telephone No. …….. P.O. Box: ……..
Occupation …….. Policy No. ……..

Details of Individual Employee :

Name of Injured ……..……..……. Date of Birth …….
Occupation …….. Normal Work Place …….. Nationality …….
Date Joined Employment …….. Date Joined Scheme (Insurance)……
Monthly Salary …… Sum Insured ……
Type of Accident ……☐ Natural Death or Death due to sickness
☐ Accidental Death
Please describe the nature of injury ?…….
…….
Please describe in details the type of work done by the injured at the time of accident ? ……
…….
…….
Please give a full description of what occurred ?…….
……..……..
…….
Date / Time / Place of accident ?…….
When did the injured notify you of the accident ?……..
Date last actively at work ?…….
Is the injured in your direct employment or with a sub-contractor ? ……
Is the injured receiving any medical treatment ?…….……
Name and address of hospital ?..……
Please return the enclosed Medical Report Form after being completed by the treating doctor along with this form.

I declare that statements given above are complete and accurate, that the above employee was eligible for membership of the scheme and that the employee was a member of the scheme and was in our employment at the date of his accident

Signed / Sealed …….. Position …… Date ……..