



التأمين ضد مخاطر الحوادث الشخصية - استمارة المطالبة
(تعبئة و تقديم استمارة المطالبة لا يعني بالتأكد قبولها وإعتماد التعويض)

ACIG
التأمين بأمان

أ. معلومات المؤمن له:

- 1- اسم المؤمن له: 2. النشاط التجاري:
3. العنوان: 4. رقم الهاتف:
5. البريد الإلكتروني:

ب. تفاصيل وثيقة التأمين:

- رقم وثيقة التأمين: ■ فترة التأمين:
- مبلغ التأمين:

ج. تفاصيل الواقعة/الحادثة:

1. تاريخها: وقتها:
2. موقعها بالتفصيل:
3. كيف حدثت الواقعة بالتفصيل:
4. طبيعة الإصابة/الواقعة و درجتها:
5. اسم الطبيب المعالج وعنوانه:
6. هل تعرضت لإصابة قديمة في نفس الجزء المتضرر من الجسم؟ نعم لا

إذا كان الجواب نعم، يرجى تزويدنا بالاتي:

- تاريخ الحادثة: ■ طبيعة الإصابة ودرجتها:
- العلاج/العقار المصروف:
- الطبيب المعالج وعنوانه:

7. فترة العجز الطبي:

- الكلي الدائم: من تاريخ: الى تاريخ:

- المؤقت: من تاريخ: الى تاريخ:

8. هل هناك أي تأمين آخر أو برنامج يغطي الحادثة وكنت قادراً على المطالبة به؟ نعم لا

(إذا كان الجواب نعم، يرجى تزويدنا بالتفاصيل)

.....
.....
.....

• اقرار:

أقر أنا/نحن بأن المعلومات والتفاصيل المعطاة فيما سبق صحيحة وكاملة على حسب علمي/علمنا .

الاسم:

التاريخ:

التوقيع: