



الشركة الأهلية للتأمين ش.م.ك.
AL AHLEIA INSURANCE CO S.A.K.

AL AHLEIA INSURANCE COMPANY S.A.K

NBK FAMILY INCOME PROTECTION – CLAIM FORM

بنك الكويت الوطني- حماية دخل الاسرة – نموذج التعويض

PERSONAL ACCIDENT. – DEATH OR TOTAL PERMANENT DISABLEMENT

حوادث شخصية- الوفاة بحادث او العجز الكلي الدائم الناتج عن حادث

1. Full Name of the Claimant (beneficiary/ Legal Heir):-
1 - اسم المستفيد بالكامل (المستفيد/الورثة الشرعيين)
2. Full Name of the Policy holder: -----
2 - اسم حامل الوثيقة بالكامل
3. Address for communication:-----
3 - عنوان المراسلات
Telephone/mobile/E-mail:-----
4 - رقم التلفون /موبايل/البريد الالكتروني
4. Relationship : Spouse ----- Child ----- Self----- Beneficiary-----
5- العلاقة : الزوج/الزوجة ----- الابن/الابنة ----- نفسة ----- المستفيد
5. Policy No -----
6- رقم الوثيقة
6. Date and Place of Accident with description of Accident----- (attach sheet)
7- تاريخ و مكان الحادث /كيفية وقوع الحادث و ظروفه
7. Date and place of death----- (enclose certificate)-----
8- تاريخ و مكان الوفاة ----- (يرفق شهادة الوفاة)
8. Nature of injury (or official cause of death) : -----
9- طبيعة الاصابة (السبب الرئيسي للوفاء)
9. Beneficiary's/Legal Heir's Bank Details: -----
10- تفاصيل حساب المستفيد / الورثة الشرعيين
10. Beneficiary's Bank Account number:-----
11- رقم حساب المستفيد / الورثة الشرعيين
11. IBAN/Swift code -----, Place -----
12 رقم IBAN ----- المكان
- Address-----
العنوان

Declaration:

I declare to the best of my knowledge that the above particulars are true.

Signature of the claimant----- Date-----

أقر أنا الموقع ادناة بصحة البيانات اعلاة

التوقيع ----- التاريخ



AL AHLEIA INSURANCE COMPANY S.A.K

NBK FAMILY INCOME PROTECTION – CLAIM FORM

بنك الكويت الوطني- حماية دخل الاسرة – نموذج التعويض

Providing all the required documents and information will accelerate the resolution of your claim. To assist in the claim process, the following guidelines and the details of information needed that are to be included in the claim form to process your claim. Insurance benefit is available to AIC Policy Holder/ named beneficiary only

تزويدنا بجميع المعلومات والمستندات المطلوبه يساعد علي سرعة انتهاء الاجراءات المطلوبة للتعويض. وللمساعدة في الانتهاء من اجراءات التعويض يرجى ارسال جميع المستندات التاليه. مزاييا عقد التامين تصرف فقط في حالة التعويض الي حامل الوثيقة او المستفيد المذكور اسمه كمستفيد.

DOCUMENTS REQUIRED:

المستندات المطلوبة :

1. Completed signed and stamped Medical report from the attending doctor. 1. تقرير طبي كامل موقع ومختوم من الطبيب المعالج.
2. In case of death out of State of Kuwait- Original Death Certificate/ attested copy of the death certificate by Embassy. (The respective country Embassy or Ministry or Public Notary should attest the death certificates) The original of The forensic report. Or In case of death inside State of Kuwait copy from death certificate and a copy of The forensic report. 2. في حالة الوفاة بحادث خارج دولة الكويت اصل شهادة الوفاة موثقة من وزارة الخارجية و سفارة دولة الكويت في البلد التي حدثت فيها الوفاة /تقرير الطب الشرعي الخاص بحالة الوفاة و (اذا كانت الوفاة داخل دولة الكويت /صورة شهادة الوفاة وتقرير الطب الشرعي.
3. Police report (original/ attested copy) 3. تقرير الشرطة عن الحادث (التقرير الاصلی / صورة طبق الاصل)
4. Total Permanent Disablement (100%) Report, after 6 months period from the date of accident, from the government medical council/ Authorities (The respective country Embassy or Ministry or Public Notary should attest the TPD Certificates.) 4. اصل التقرير الطبي موضحة نسبة العجز في صورة رقمية (100%) وذلك بعد مرور ستة اشهر من تاريخ الاصابة وذلك على ان يكون معتمد من المجلس الطبي العام بالدولة التي حدثت بها الاصابة(علي ان تكون موثقة من سفارة الدولة او الوزارة او كاتب العدل) .
5. Named Beneficiary identification certificate or Original Legal heir's certificate issued by the concerned Government departments/Ministry, in case of death claim. Other supporting documents as required by the Insurer. 5. شهادة رسمية توضح اسماء المستفيدين او الورثة الشرعيين تكون معتمدة من جهة حكومية وذلك في حالة الوفاة و اي مستندات اخري تراها شركة التامين لها علاقة مباشرة بالمطالبة.
6. Original Passport of the claimant (will be returned on verification) 6. جواز السفر الاصلی.
7. Original Insurance Policy certificate 7. اصل شهادة التامين الخاصة بوثيقة التامين الاصلیة.



AL AHLEIA INSURANCE COMPANY S.A.K

NBK FAMILY INCOME PROTECTION – CLAIM FORM

بنك الكويت الوطني- حماية دخل الاسرة – نموذج التعويض

For your convenience, you can also call, fax, e-mail or write to AIC to request a claim form.

Mail: Al Ahleia Insurance Co. P.O. Box: 1602, Safat, 13017 Kuwait.

Location: Ahmed Jaber Street, Sharq, Al Ahleia Insurance Co Buildings, 8th Floor, /Life &Medical department.

Telephone: 00965 1888444. Fax: 22430308, 22450298

Contact persons:

Mr. Ali Abdul Nasser, Mr. Shehab Ahmed

Telephone: 00965 1888444 Extn: 2809, 2865

E-mails: life@alahleia.com ; A_Mohammad@alahleia.com ; S_Ahmed@alahleia.com

Working Hours: 7.30 A.M till 3.00 P.M (Sun – Thu) except public/ declared holidays

يمكن لعملائنا الكرام الاتصال بنا ومراسلتنا بالبريد او الفاكس او علي البريد الالكتروني لطلب نسخة من نموذج التعويض :-

العنوان: الشركة الاهلية للتأمين ص.ب 1602 صفاة 1307 الكويت

موقع الشركة: الشرق – شارع احمد الجابر- الشركة الاهلية للتأمين- الدور الثامن ادارة الحياة والصحي

الاشخاص المسنولين :

علي عبدالناصر – شهاب احمد

ت: 1888444 داخلي 2809-2817

البريد الالكتروني: life@alahleia.com ; A_Mohammad@alahleia.com ; S_Ahmed@alahleia.com

اوقات العمل من الساعة 7:30 صديلا الى الساعة الثالثة ظهرا (الاحد – الخميس) ماعد العطلات والاجازات الرسمية