



الشركة الكويتية الفطرية للتأمين
Kuwait Qatar Insurance Company

GROUP LIFE INSURANCE CLAIM FORM

Insurer : Kuwait Qatar Insurance Company P.O. Box 25137, Safat 13112 Kuwait

All questions must be answered. Please print and indicate where applicable. If insufficient space provided, please write on a separate sheet and attach to the form.

IMPORTANT NOTE

A certified copy of the complete Death Certificate must accompany this Claim Form
ترفق صورة مصدقة من شهادة الوفاة

EMPLOYER INFORMATION

معلومات عن رب العمل

NAME OF EMPLOYER

اسم رب العمل

GROUP LIFE POLICY NO. رقم وثيقة التأمين

EMPLOYER ADDRESS:

عنوان رب العمل

TO BE COMPLETED BY EMPLOYER/PLAN ADMINISTRATOR

تعبي من قبل رب العمل – المسؤول الاداري

Details of insured person under the Group Life Policy

تفاصيل عن المؤمن عليه تحت وثيقة تأمين الحياة

NAME OF THE DECEASED

اسم المتوفي

PASSPORT NO.

رقم الجواز

ADDRESS

العنوان

MALE/ذكر

FEMALE/أنثى

AGE AT DEATH

العمر عند الوفاة

DATE OF DEATH تاريخ الوفاة

PLACE OF DEATH

مكان الوفاة

CAUSE OF DEATH

سبب الوفاة

Certificate of identity by next of kin

شهادة اثبات صلة القرابة

NAME OF BENEFICIARY

اسم المستفيد

DATE OF BIRTH

تاريخ الميلاد

CURRENT ADDRESS

العنوان الحالي

RELATIONSHIP TO DECEASED

صلة القرابة مع المتوفي

WHAT WAS HIS/HER OCCUPATION?

ما هي المهنة التي كان/كانت يمارسها؟

NAME OF DECEASED'S REGULAR DOCTOR

اسم الدكتور المعتاد للمتوفي

SINCE

منذ

DOCTOR'S ADDRESS

عنوان الطبيب

DID THE DECEASED EVER CONSULT A SPECIALIST?

هل تمت مراجعة اخصائي من قبل؟

NO / لا

YES / نعم

DATE

تاريخ

IF THIS CLAIM ARISES FROM AN ACCIDENT
PLEASE ANSWER THIS QUESTION

إذا كانت المطالبة بسبب حادث فالرجاء الاجابة على هذه الاسئلة

- WHEN DID THE ACCIDENT OCCUR?

- متى تم الحادث؟

DATE OF DEATH تاريخ الوفاة

TIME توقيت الوفاة

- WHERE DID THE ACCIDENT OCCUR?

- أين تم وقوع الحادث؟

IF IT IS AN ACCIDENT, PLEASE PROVIDE POLICE REPORT

إذا كان سبب الوفاة حادث الرجاء احضار تقرير من الشرطة

I believe that the Deceased is the same person as the Life Insured under a Policy issued by KQIC and I authorise any hospital, institution or medical practitioner who has treated or examined the deceased to provide KQIC with any medical information it may request.

نحن نصدق ان المتوفي هو الشخص المؤمن عليه تحت وثيقة التأمين المصدرة من قبل الشركة الكويتية القطرية للتأمين ونخول اي مستشفى او مؤسسة طبية أو طبيب ممارس الذي قام بفحص أو علاج المتوفي التفضل بتزويد الكويتية القطرية للتأمين بأي معلومات طبية قد يتم طلبها .

DATE

تاريخ

SIGNED

توقيع

PLEASE PRINT NAME

الرجاء طباعه الاسم

ADDRESS

العنوان