



رؤية جديدة / للتأمين
redefining / insurance

برنامج حماية المساعدين المنزليين استمارة مطالبة

Domestic Helper Protection Plan Claim Form

Policy Number: رقم العقد:

Tick the box for the relative claim:

- Repatriation Expenses after Death
 Repatriation Expenses after Absconding
 Repatriation Expenses due to not passing the medical examination

يُرجى اختيار المطالبة:

- مطالبة نفقات الإعادة إلى الوطن بعد الوفاة
 مطالبة نفقات الإعادة إلى الوطن بعد الهروب
 مطالبة نفقات الإعادة إلى الوطن بعد عدم اجتياز الفحص الطبي

1	INFORMATION ABOUT THE INSURED PERSON	معلومات متعلقة بالشخص المؤمن عليه	1
First Name:	الاسم الأول:	Family Name:	اسم العائلة:
Date of Repatriation:			تاريخ الإعادة إلى الوطن:

2	INFORMATION ABOUT THE CLAIMANT (SPONSOR)	معلومات متعلقة بالشخص المُطالب (الكفيل)	2
First Name:	الاسم الأول:	Family Name:	اسم العائلة:
Mobile Number:	رقم الهاتف المتنقل:	Type of ID:	نوع إثبات الهوية:
ID Number:	رقم الهوية/ جواز السفر:	Nationality:	الجنسية:
Email:			البريد الإلكتروني:
Residence Address:			عنوان الإقامة:
Claimant (Sponsor) Name:			اسم المُطالب (الكفيل):
Claimant (Sponsor) Signature:			توقيع المُطالب (الكفيل):
City / Country:	المدينة / البلد:	Date:	التاريخ:

3	REPATRIATION EXPENSES AFTER DEATH CLAIM REQUIREMENTS	المستندات المطلوبة - مطالبات نفقات الإعادة إلى الوطن بعد الوفاة	3
Please attach the following documents with the Claim Form: ▪ The Policy Certificate ▪ Clear copy of the Death Certificate ▪ Clear copy of passport with residence visa page for the Insured Person ▪ Clear copy of National Identity document or passport with residence visa page for the claimant (the sponsor) * Please note that the Company might request further documents as deem necessary		يرجى إرفاق المستندات التالية مع استمارة المطالبة: ▪ وثيقة شهادة التأمين ▪ نسخة مصورة واضحة من شهادة الوفاة ▪ نسخة مصورة واضحة من جواز السفر مرفقة بصفحة تأشيرة الإقامة الخاصة بالشخص المؤمن عليه ▪ نسخة مصورة واضحة من بطاقة الهوية الوطنية أو جواز السفر مرفقة بصفحة تأشيرة الإقامة الخاصة بالشخص المُطالب (الكفيل) * ملاحظة: يحق للشركة أن تطلب أية مستندات أخرى قد تعتبرها ضرورية	

4

REPATRIATION EXPENSES AFTER ABSCONDING CLAIM REQUIREMENTS**المستندات المطلوبة - مطالبات نفقات الإعادة إلى الوطن بعد الهروب**

Please attach the following documents with the Claim Form:

- The Policy Certificate
- Clear copy of the document filed with the relevant authorities when the Insured Person was reported as Absconding
- Clear copy of the Police Report after the Insured Person was arrested
- Clear copy of passport with residence visa page for the Insured Person
- Clear copy of National Identity document or passport with residence visa page for the claimant (the sponsor)

*Please note that the Company might request further documents as deem necessary

يرجى إرفاق المستندات التالية مع إستمارة المطالبة:

- وثيقة شهادة التأمين
- نسخة مصورة واضحة من تقرير الشرطة بعد الإبلاغ الرسمي للجهات المختصة عن حالة الهروب
- نسخة مصورة واضحة من تقرير الشرطة بعد القبض على المؤمن عليه
- نسخة مصورة واضحة من جواز السفر مرفقة بصفحة تأشيرة الإقامة الخاصة بالشخص المؤمن عليه
- نسخة مصورة واضحة من بطاقة الهوية الوطنية أو جواز السفر مرفقة بصفحة تأشيرة الإقامة الخاصة بالشخص المطالب (الكفيل)
- * ملاحظة: يحق للشركة أن تطلب أية مستندات أخرى قد تعتبرها ضرورية

5

REPATRIATION EXPENSES AFTER FAILURE TO PASS THE MEDICAL EXAMINATION CLAIMS REQUIREMENTS**المستندات المطلوبة - مطالبات نفقات الإعادة إلى الوطن بعد عدم اجتياز الفحص الطبي**

Please attach the following documents with the Claim Form:

- The Policy Certificate
- Clear copy of the Medical Certificate confirming failing the medical examination
- Clear copy of passport with residence visa page for the Insured Person
- Clear copy of National Identity document or passport with residence visa page for the claimant (the sponsor)

* Please note that the Company might request further documents as deem necessary"

يرجى إرفاق المستندات التالية مع إستمارة المطالبة:

- وثيقة شهادة التأمين
- نسخة مصورة واضحة من الشهادة الطبية التي تؤكد على الرسوب في الفحص الطبي
- نسخة مصورة واضحة من جواز السفر مرفقة بصفحة تأشيرة الإقامة الخاصة بالشخص المؤمن عليه
- نسخة مصورة واضحة من بطاقة الهوية الوطنية أو جواز السفر مرفقة بصفحة تأشيرة الإقامة الخاصة بالشخص المطالب (الكفيل)
- * ملاحظة: يحق للشركة أن تطلب أية مستندات أخرى قد تعتبرها ضرورية

AXA Green Crescent Insurance Company P.J.S.C.

P.O. Box 63323, Abu Dhabi, United Arab Emirates
 Floor 16, RAK Bank Building, Corniche Road
 Telephone: +971 2 408 4700, Fax: +971 2 445 8717
 Website: www.axa-greencrescent.com

Public joint stock company with a paid-up capital of AED 200 million, registered at the Insurance Authority with registration Nr.83 dated 16/09/2008 under Federal Law Nr.6 / 2007.

شركة أكسا الهلال الأخضر للتأمين ش.م.ع.

شارع الكورنيش، بناية بنك رأس الخيمة، الطابق ١٦
 ص.ب. ٦٣٣٢٣ - أبوظبي - الإمارات العربية المتحدة
 هاتف: +٩٧١٢٤٠٨٤٧٠٠، فاكس: +٩٧١٢٤٤٥٨٧١٧
 الموقع الإلكتروني: www.axa-greencrescent.com

شركة مساهمة عامة برأس مال مدفوع يقدر بـ ٢٠٠ مليون درهم، مسجلة في هيئة التأمين تحت رقم ٨٣ بتاريخ ١٦/٠٩/٢٠٠٨ بموجب القانون الاتحادي ٦/٢٠٠٧.