

Final Proof of Loss
إثبات نهائي بالخسارة

Note - This Blank is furnished to the claimant without prejudice to or waiver of the rights or defense that the Company may have relative to any claim filed hereunder.

ملاحظة - يقدم هذا النموذج الى المطالب دون المساس بالحقوق التي يمكن أن تكون للشركة بصدد أي طلب مقدم أدناه و دون التنازل عن مثل هذه الحقوق.

1- What is you full name and number of your policy?		١- ما هو إسمك الكامل ورقم بوليصةك ؟
2- Where do you reside? (Street, number, city and country).		٢- أين تقيم؟ (الشارع . الرقم . المدينة البلد).
3- What was your occupation at time of this accident?		٣- ماذا كانت مهنتك عند وقوع هذا الحادث ؟
4- Give address of employer or of your place of business.		٤- أذكر عنوان صاحب العمل أو عنوان مكان عملك.
5- Give amount of your weekly salary or wages (if not employed on that basis, give average weekly earnings)		٥- أذكر قيمة معاشك أو راتبك الأسبوعي (إن لم تكن موظفاً على هذا الأساس فأذكر معدل دخلك الأسبوعي)
6- Give date and hour when the accident occurred for which this claim is made.		٦- أذكر تاريخ وساعة وقوع الحادث المقدم من أجله هذا الطلب.
7- What actual bodily injuries did you sustain, caused wholly by the accident?		٧- ما هي الإصابات الجسدية الحقيقية التي نتجت عن هذا الحادث فقط ؟
8- State cause and cirumstances of the accident. Tell briefly just how it happened.		٨- أذكر سبب وظروف الحادث، أذكر باختصار كيف وقع ؟
9- Name and address of physician first consulted on account of injuries above described.		٩- ما هو إسم وعنوان أول طبيب إستشرته بخصوص الإصابات الموصوفة أعلاه ؟
10- How long were you totally disabled, solely by this injury, so that you could not attend to ANY part of the duties of your occupation.		١٠- كم من الوقت تعطلت تعطيلاً تاماً من هذه الإصابات بحيث لم تتمكن من القيام بأي جزء من واجبات مهنتك ؟
11- Are you entitled to any other benefits or compensation, from any source whatsoever? if so, name the companies or associations, or other soureces, and give amount of weekly benefit payable by each.		١١- هل تستحق أي منافع أخرى أو تعويض آخر من أي مصدر مهما كان ؟ إذا كان ذلك اعط أسماء الشركات أو المؤسسات أو المصادر الأخرى، وأذكر مبلغ التعويض الأسبوعي المستحق من كل منهما.

Date توقيع المطالب التاريخ

Signature of Claimant
Witness الشاهد