



Non-Motor Insurance Claim Form

(استمارة مطالبة التأمين غير المتعلقة بالمركبات)

Section 1 – Policy & Claim Details

(القسم 1 – تفاصيل الوثيقة والمطالبة)

- Policy Number (رقم الوثيقة): _____
- Policy Period (مدة الوثيقة): _____
- Claim Reference (رقم المطالبة): _____
- Date of Loss (تاريخ الخسارة): ____ / ____ / ____ Time (الوقت): _____
- Location of Loss (موقع الخسارة): _____
- Nature of Loss (نوع الخسارة): _____
- Cause of Loss (سبب الخسارة): _____

Section 2 – Insured Details

(القسم 2 – تفاصيل المؤمن له)

- Name of Insured (اسم المؤمن له): _____
- Address (العنوان): _____
- Business/Occupation (المهنة/العمل): _____
- Contact Person (الشخص المسؤول): _____
- Telephone / Mobile (الهاتف/المحمول): _____
- Email (البريد الإلكتروني): _____

Section 3 – Type of Claim (Please tick the relevant section – يرجى تحديد القسم المناسب)

(القسم 3 – نوع المطالبة)

- ☐ Fire & Business Interruption (الحريق وانقطاع الأعمال)
- ☐ Workmen's Compensation (تعويض العمال)

- ☐ Fidelity Guarantee (ضمان الأمانة)
- ☐ Public Liability (المسؤولية العامة)
- ☐ Hauliers Liability (مسؤولية الناقلين)
- ☐ Freight Forwarders Liability (مسؤولية وكلاء الشحن)
- ☐ Personal Accident (الحوادث الشخصية)
- ☐ Marine Transit (التأمين البحري – النقل)
- ☐ Marine Hull (التأمين البحري – السفن)
- ☐ Machinery Breakdown (تعطل الآلات)
- ☐ Engineering (CAR/EAR/CPM/MI) (التأمين الهندسي – المقاولين/التركيب/الآلات/التأمين متعدد المخاطر)
- ☐ Other (specify) (أخرى – يرجى التوضيح): _____

Section 4 – Description of Incident

(القسم 4 – وصف الحادث/الواقعة)

Please provide a brief description of how the incident occurred:

(يرجى تقديم وصف موجز لكيفية وقوع الحادث)

Section 5 – Claim Particulars

(القسم 5 – تفاصيل المطالبة)

◆ Fire & Business Interruption (الحريق وانقطاع الأعمال)

- Cause of Fire (سبب الحريق): _____
- Property Affected (الممتلكات المتضررة): _____
- Estimated Loss (الخسارة المقدرة): _____

◆ Workmen's Compensation (تعويض العمال)

- Employee Name (اسم الموظف): _____
- Occupation (المسمى الوظيفي): _____
- Date & Time of Accident (تاريخ ووقت الحادث): _____

- Nature of Injury (طبيعة الإصابة): _____
- Medical Report Attached? (تقرير طبي مرفق؟) ☐ Yes (نعم) ☐ No (لا)

◆ Fidelity Guarantee (ضمان الأمانة)

- Employee Name (اسم الموظف): _____
- Position (الوظيفة): _____
- Nature of Fraud/Dishonesty (طبيعة الاحتيال/خيانة الأمانة): _____
- Amount Involved (المبلغ المتورط): _____

◆ Public Liability (المسؤولية العامة)

- Third Party Involved (الطرف الثالث المعني): _____
- Nature of Damage/Injury (طبيعة الضرر/الإصابة): _____
- Location of Incident (مكان الحادث): _____

◆ Hauliers Liability (مسؤولية الناقلين)

- Consignment Details (تفاصيل الشحنة): _____
- Vehicle No. (رقم المركبة): _____
- Nature of Loss/Damage (طبيعة الخسارة/الضرر): _____

◆ Freight Forwarders Liability (مسؤولية وكلاء الشحن)

- Shipment Details (تفاصيل الشحنة): _____
- Carrier / Vessel (الناقل/السفينة): _____
- Nature of Claim (طبيعة المطالبة): _____

◆ Personal Accident (الحوادث الشخصية)

- Name of Injured (اسم المصاب): _____
- Date & Time of Accident (تاريخ ووقت الحادث): _____
- Nature of Injury (طبيعة الإصابة): _____
- Hospital/Clinic (المستشفى/العيادة): _____

◆ **Marine Transit (التأمين البحري – النقل)**

- Type of Cargo (نوع البضاعة): _____
- Voyage / Route (الرحلة/المسار): _____
- Loss/Damage Details (تفاصيل الخسارة/الضرر): _____

◆ **Marine Hull (التأمين البحري – السفن)**

- Vessel Name (اسم السفينة): _____
- Type of Damage (نوع الضرر): _____
- Location of Incident (مكان الحادث): _____

◆ **Machinery Breakdown (تعطل الآلات)**

- Equipment/Machine (الألة/المعدة): _____
- Serial/ID No. (الرقم التسلسلي): _____
- Cause of Breakdown (سبب العطل): _____
- Estimated Repair Cost (تكلفة الإصلاح المقدرة): _____

◆ **Engineering (CAR/EAR/CPM/MI) (التأمين الهندسي)**

- Project Name (اسم المشروع): _____
- Contractor/Principal (المقاول/المالك): _____
- Type of Loss (نوع الخسارة): _____
- Estimated Loss (الخسارة المقدرة): _____

◆ **Other (أخرى)**

- Specify Type (يرجى التوضيح): _____
- Details (التفاصيل): _____

Section 6 – Supporting Documents

(القسم 6 – المستندات الداعمة)

- ☐ Police Report (تقرير الشرطة)
- ☐ Medical Report (تقرير طبي)
- ☐ Photographs (صور فوتوغرافية)
- ☐ Repair/Replacement Estimates (تقديرات الإصلاح/الاستبدال)
- ☐ Shipping Documents (مستندات الشحن)
- ☐ Emirates ID / Passport / Trade License No. (الهوية الإماراتية / جواز السفر / الرخصة التجارية):
- ☐ Other (أخرى): _____

Section 7 – Declaration/ القسم 7 – الإقرار

I/We declare that the above statements are true and complete to the best of my/our knowledge and belief. I/We understand that providing false or misleading information may result in rejection of the claim and legal liability. Information provided will be used for claims assessment and may be shared with reinsurers and authorities.

أقر/نقر بأن البيانات الواردة أعلاه صحيحة وكاملة حسب علمي/علمنا واعتقادي/اعتقادنا. أفهم/نحن نفهم أن تقديم معلومات غير صحيحة أو مضللة قد يؤدي إلى رفض المطالبة والمسؤولية القانونية. سيتم استخدام المعلومات المقدمة لتقييم المطالبات. وقد يتم مشاركتها مع شركات إعادة التأمين والسلطات المختصة.

Signature of Insured (توقيع المؤمن له): _____

Date (التاريخ): ____ / ____ / ____