

Death Claim Form		نموذج مطالبه وفاة	
CLAIMANT'S STATEMENT		تقرير مقدم المطالبه	
(Proof of Death)		إثبات الوفاة	
Relationship with Deceased	صلة القرابة بالمتوفي	Name of Claimant	اسم مقدم المطالبه
Gender	جنس ( ذكر - أنثى )	Saudi ID/Iqama No.	رقم بطاقة الأحوال /الإقامة
Claiming the benefit as : Beneficiary - Nominee - Guardian		تطالب بمزايا التكافل : ( كمستفيد - وكيل - وصي )	NCB Account Number: رقم حساب البنك الأهلي
PARTICULARS OF DECEASED(PARTICIPANT)		بيانات المتوفي (المشترك)	
Contract No.	رقم العقد	Name of Deceased	اسم المتوفي
Gender	جنس ( ذكر - أنثى )	Saudi ID/Iqama No.	رقم بطاقة الأحوال /الإقامة
DETAILS OF DEATH AND DECEASED			
1.Address of deceased		1. عنوان المتوفي	
2.Occupation at date of death		2. الوظيفة عند تاريخ الوفاة	
3.Date and Place of death		3. تاريخ ومكان الوفاة	
4.Cause of Death (Please attach certified Death Certificate )		4.سبب الوفاة (يرجى إرفاق شهادة الوفاة المصدقة )	
5.when did the deceased first complain of,or give other indication of his/her last illness ?		5.متى قام المتوفي لأول مرة بالشكوى من أول الإشارة بأي شكل إلى مرضه الأخير ؟	
6.On what date did deceased last attend to his/her usual work ?		6.ماهو آخر تاريخ حضر فيه المتوفي إلى عمله المعتاد ؟	
7.Was an inquest or postmortem examination held on the body ? If yes ,please furnish certified copy of verdict or findings.Yes or NO		7.هل اجري أي تحقيق أو تشريح للجثمان ؟ إذا كان الجواب نعم ، <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
11.Names and addresses of all doctors who attended the deceased during his last illness and during last years : Names/Addresses _____		10.أسماء وعناوين جميع الأطباء الذين عالجوا المتوفي خلال مرضه الأخير وخلال السنوات الماضية . الأسماء /العناوين _____	
Date of Attendances _____	تاريخ الاستشارات _____		
Disease of Condition _____	المرض أو الحالة _____		
DETAILS OF BENEFICIARY(IES)		بيانات المستفيد/المستفيدين	
		يرجى استخدام ورقة منفصلة فيما لو احتجت إلى مساحة أكبر	
Beneficiary 1		المستفيد 1	
Name _____	الاسم _____		
Saudi ID/Iqama NO. _____	رقم بطاقة الأحوال /الإقامة _____		
Relationship to deceased _____	صلة القرابة بالمتوفي _____		
Present Age of Beneficiary _____	العمر الحالي للمستفيد _____		
How long have you know the deceased _____	ماهي مدة معرفتك بالمتوفي ؟ _____		
Beneficiary 2		المستفيد 2	
Name _____	الاسم _____		
Saudi ID/Iqama NO. _____	رقم بطاقة الأحوال /الإقامة _____		
Relationship to deceased _____	صلة القرابة بالمتوفي _____		
Present Age of Beneficiary _____	العمر الحالي للمستفيد _____		
How long have you know the deceased _____	ماهي مدة معرفتك بالمتوفي ؟ _____		
Please attach death certificates ,all medical reports & other supportive documents to support your claim as succession certificate, General Agency , representative ID ....		الرجاء إرفاق شهادات الوفاة وكافة التقارير الطبية والمستندات الأخرى التي تدعم مطالبته	
DECLARATION		إقرار	
I,the undersigned hereby makes claim for Takaful Saving benefit to Alahli Takaful Company . I agree that the written statements and affidavits of all the doctors who attended or treated the Deceased and all other papers called for by the instructions hereon shall constitute Proof of Death. i agree that the furnishing of this form or other forms supplement hereafter by Alahli Takaful Company shall not constitute nor be considered an admission by it that there was any contract in force on the deceased's life in question ,nor a waiver of any rights or defences . Dated this _____ day of _____ 20_____.		أقدم أنا الموقع اذناه هنا بالمطالبة بمنفعة تكافل للإخار من شركة الأهلي تكافل ،وأوافق على ان التصريحات المكتوبة وإقرارات كافة الأطباء الذين اهتموا بالمتوفي أو عالجه ، وجميع المستندات الأخرى المطلوبة بموجب التعليمات المذكورة هنا ، سوف تشكل إثبات الوفاة ،وأوافق أيضاً على ان تزويد هذا النموذج أو أية نماذج أخرى مساندة من قبل شركة الأهلي تكافل لن يشكل أو يعتبر اعترافاً من قبلها بأن العقد ساري المفعول على حياة المتوفي المعنى أو تنازل عن أية حقوق أو حمايات . بتاريخ _____ من شهر _____ سنة 20_____م	
Signature of Witness _____	توقيع الشاهد _____	signature of claimant _____	توقيع مقدم المطالبه _____
Name _____	الاسم _____	Name _____	الاسم _____
Saudi ID/Iqama NO. _____	رقم بطاقة الأحوال /الإقامة _____	Saudi ID/Iqama NO. _____	رقم بطاقة الأحوال /الإقامة _____
Address _____	العنوان _____	Address _____	العنوان _____
		Tel.No _____	رقم الهاتف _____
		E-mail Address _____	البريد الإلكتروني _____