

# HOME UMBRELLA | MASHREQ HOME PLUS

## CLAIM FORM

One Claim Form per person.  
 Section 3 & 5 to be filled by treating doctor & Section 7 by patient. All other sections to be filled by Administrative Personnel.  
 Please write in BLOCK LETTERS. In case additional details need to be provided, please photocopy this sheet.

1. Provider Details	
1. Policyholder First Name	
2. Policyholder Last Name	
3. Policy Number	
Expiry Date	(dd/mm/yyyy)
4. Emirates ID	784-
5. Contact Numbers	Mobile
	Tel
6. Email	

2. Incident Details	
1. Date of Incident	(dd/mm/yyyy)
2. Where	At Home <input type="checkbox"/> Abroad <input type="checkbox"/> Outside home but within premises <input type="checkbox"/> In Transit <input type="checkbox"/>
3. Type of Claim	Accidental Damage <input type="checkbox"/> Theft <input type="checkbox"/> Injury <input type="checkbox"/> Fire <input type="checkbox"/> Water Damage <input type="checkbox"/> Other (please specify) <input type="checkbox"/>
4. Please provide a brief description of the incident and the extent of damage:	
5. In case of Theft, please attach the police report	
Was the property occupied when the theft occurred	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>



TM

## 2. Incident Details (continued)

6. In case of Injury, please attach the medical report

Was the incident reported to local authorities – police station?

Yes  No

7. If yes, please specify to which police station

8. Is there any other insurance policy covering the same damaged/stolen property

Yes  No

9. If yes, which company and what cover

10. Policy Number

## 3. Bank Details

1. Beneficiary Name

2. Bank Name

3. Branch

4. IBAN Number



TM

#### 4. Additional Information

Please provide more clarity about properties stolen and/or damaged and for which you are filing this claim

Sr. No.	Describe the property Damaged/stolen	Date and Place of Purchase	Price paid (AED)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

**Total Amount Claimed (AED)**



TM

## 5. Policyholder Declaration

I/we declare the above particulars are to be true and correct and shall make me eligible to make a claim under the terms of this policy with Sukoon Insurance PJSC (hereinafter referred to as "Sukoon"). I/we agree that any information collected or held by Sukoon (whether contained in this application or obtained otherwise) may be disclosed by Sukoon to its associated individuals/companies or any independent Third Parties (within or outside UAE), other insurers, regulators, public and private bodies (including Police) for any matters related to this Claim and to provide advice or information concerning claim assessments and other services aiming to prevent fraud, which Sukoon believes may be of interests to the Proposer and to handle this claim. I also understand that if any information provided by me is found to be deliberately misleading or incorrect, this claim may be rejected, and my Policy may be treated as invalid. In such circumstances, I also understand that I will have to repay any benefit that I have received to date and that legal action could be taken against me.

**Date**

**Policyholder's Signature**

--	--

## خطة الحماية «هوم أمبريلا» | المشرق هوم بلس

### نموذج المطالبات

نموذج مطالبة واحد لكل شخص. يملأ الطبيب المعالج القسمين ٣ و ٥، بينما يملأ المريض القسم ٧. يملأ الموظفون الإداريون جميع الأقسام الأخرى. يُرجى الكتابة بخط واضح. لتقديم المزيد من التفاصيل، يُرجى تصوير هذا المستند.

١. تفاصيل مقدم الخدمة	
الاسم الأول لحامل الوثيقة	<input type="checkbox"/> السيد <input type="checkbox"/> السيدة <input type="checkbox"/> الأنسة <input type="text"/>
اسم العائلة لحامل الوثيقة	<input type="text"/>
رقم الوثيقة	تاريخ الإنتهاء (اليوم/الشهر/السنة)
الهوية الإماراتية	٧٨٤-
أرقام الاتصال	الهاتف المحمول
البريد الإلكتروني	<input type="text"/>

٢. تفاصيل الحادث	
١. تاريخ الحادث	(اليوم/الشهر/السنة)
٢. المكان	<input type="checkbox"/> في المنزل <input type="checkbox"/> خارج المنزل ولكن ضمن المجمع <input type="checkbox"/> في الخارج <input type="checkbox"/> في الطريق
٣. نوع المطالبة	<input type="checkbox"/> ضرر عرضي <input type="checkbox"/> حريق <input type="checkbox"/> سرقة <input type="checkbox"/> ضرر مياه <input type="checkbox"/> إصابة <input type="checkbox"/> أخرى (يُرجى التحديد)
٤. يُرجى تقديم وصف موجز للحادث ومدى الضرر:	<input type="text"/>
٥. في حالة السرقة، يُرجى إرفاق تقرير الشرطة هل كان العقار مشغولاً عند حدوث السرقة؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
٦. في حالة الإصابة، يُرجى إرفاق التقرير الطبي هل تم الإبلاغ عن الحادث للسلطات المحلية - قسم الشرطة؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
٧. إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى تحديد أي قسم شرطة	<input type="text"/>
٨. هل توجد أي وثيقة تأمين أخرى تغطي نفس الممتلكات المتضررة/المسروقة	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
٩. إذا كانت الإجابة بنعم، أي شركة وما نوع التغطية	<input type="text"/>
١٠. رقم الوثيقة	<input type="text"/>



### ٣. تفاصيل البنك

١. إسم المستفيد

٢. إسم البنك

٣. الفرع

٤. رقم الآيبان



#### ٤. معلومات إضافية

يرجى توضيح طبيعة الممتلكات المسروقة و/أو التالفة موضوع هذه المطالبة، مع تقديم أكبر قدر ممكن من التفاصيل.

الرقم التسلسلي	وصف الممتلكات المتضررة/المسروقة	تاريخ الشراء ومكانه	المبلغ المدفوع (درهم)
١			
٢			
٣			
٤			
٥			
٦			
٧			
٨			
٩			
١٠			
١١			
١٢			
١٣			
١٤			
١٥			
١٦			
١٧			
١٨			
١٩			
٢٠			
إجمالي مبلغ المطالبة (د.إ.)			



## ٥. إقرار حامل الوثيقة

أُقر/نُقر بأن التفاصيل الواردة أعلاه صحيحة ودقيقة، وتخولني/تخولنا لتقديم مطالبة بموجب شروط وثيقة التأمين هذه لدى شركة سكون للتأمين ش.م.ع (ويشار إليها لاحقاً بـ «سكون»). وأوافق/نوافق على أنه يجوز لسكون الإفصاح عن أي معلومات جمعتها أو تحتفظ بها (سواء كانت واردة في هذا الطلب أو تم الحصول عليها بوسائل أخرى) للأشخاص أو الشركات التابعة لها أو لأي أطراف ثالثة مستقلة (سواء داخل دولة الإمارات أو خارجها)، أو لشركات التأمين الأخرى، أو الجهات التنظيمية، أو الهيئات العامة والخاصة (بما في ذلك الشرطة)، وذلك فيما يتعلق بهذه المطالبة أو لتقديم المشورة أو المعلومات المرتبطة بتقييم المطالبات والخدمات الأخرى الهادفة إلى منع الاحتيال، والتي ترى سكون أنها قد تهم مقدم الطلب، وذلك لأغراض التعامل مع هذه المطالبة. كما أفهم أن تقديم معلومات خطأ أو مضللة عمداً قد يؤدي إلى رفض المطالبة واعتبار الوثيقة باطلة. وفي هذه الحالة، أدرك أنه يتعين عليّ إعادة أي منافع حصلت عليها، وقد يتم اتخاذ إجراءات قانونية بحقي.

توقيع حامل الوثيقة

التاريخ

--	--