

نموذج مطالبة تعويض العمال (مسؤولية رب العمل)

- يرجى أخذ العلم بأنه قد تم إصدار نموذج المطالبة المائل مع عدم الإخلال بشروط وأحكام وثيقة التأمين ولا ينبغي تفسير إصدار هذا النموذج على أنه إقرار بالمسؤولية.
- يُرجى التكرم بالإجابة على كافة الأسئلة وتقديم البيانات الكاملة للمعلومات المطلوبة. وإذا كانت المساحة المتوفرة غير كافية، يُرجى إرفاق ورقة (أوراق) منفصلة.
- يرجى إعادة هذا النموذج، بعد استكماله وتوقيعه حسب الأصول، في غضون ثلاثة أيام من تاريخ استلام نموذج المطالبة.

بيانات وثيقة التأمين:	
الرقم	
مدة التأمين	من إلى
النوع	
بيانات المؤمن عليه:	
أ) اسم المؤمن عليه بالكامل	
ب) عنوان المؤمن عليه	
ج) تفاصيل النشاط التجاري للشركة وعدد سنوات العمل	
بيانات الموظف المصاب / المتوفى	
أ) عدد الموظفين المصابين / المتوفين	
ب) الوظيفة	
ج) الجنسية	
د) النوع	
هـ) الحالة الاجتماعية	
و) العمر	
ز) الأجر / الراتب اليومي	
ح) الراتب الشهري	
ط) ساعات الدوام	
ي) أيام العمل	
ك) إرفاق ما يثبت ذلك	
تفاصيل الحادث:	
أ) اليوم والتاريخ والوقت	
ب) مكان الحادث	
ج) كيف وقع الحادث؟	
د) يرجى إعطاء تفاصيل موجزة	
هـ) طبيعة الإصابة	

	و) سبب الإصابة / الوفاة
	ز) هل هذا حادث سير؟
	ح) هل الطرف الثالث مسؤول عن الحادث؟
	ط) اذكر الاسم والعنوان (يرجى إرفاق محضر الشرطة)
	ي) هل كان / كانت في الخدمة وقت وقوع الحادث؟ إرفاق ما يثبت ذلك
في حالة تعويض الوفاة:	
	اسم المستفيد والعنوان بالكامل:
هل هناك أي شاهد على الحادث؟ إذا كان الأمر كذلك، يرجى إرفاق إفادة شاهد:	
	اسم (أسماء) الورثة الشرعيين وعناوينهم:
هل تم استرداد أية تعويضات؟ (عن طريق الشرطة / مباشرة). يرجى ذكر اسم وعنوان صاحب المطالبة الذي لديه توكيل لتلقي تعويض الوفاة، إن وجد:	
يرجى إرفاق شهادة الوفاة وجميع التقارير الطبية والمستندات الأخرى ذات الصلة لدعم المعلومات المذكورة أعلاه في حالة المرض / الإصابة:	
	أ) متى دخل المؤمن عليه إلى المستشفى؟
	ب) متى خرج المؤمن عليه من المستشفى؟
	ج) إجمالي عدد أيام الغياب عن العمل بناء على استشارة طبية
(أرفق جميع التقارير الطبية والمستندات الأخرى ذات الصلة لدعم المعلومات المذكورة أعلاه)	
	اسم (أسماء) وعنوان الطبيب (الأطباء) الذي عالج المصاب / المتوفي:
إرفاق تقرير الواقعة بتسلسل الأحداث موقعاً من المفوض بالتوقيع:	
هل تم استرداد أية تعويضات؟ (عن طريق الشرطة / مباشرة). إن وجدت، يرجى ذكر تفاصيل عنها:	
التحسينات التي تم إدخالها على عمليات العمل لتجنب تكرار حدث مماثل:	

إقرار

أقر، على حد علمي، واعتقادي بأن المعلومات المقدمة صحيحة وسليمة.

توقيع المؤمن له / صاحب المطالبة _____
الاسم: _____
التاريخ: _____ الختم: _____