



Claim Form- Group Term Takaful Policy (ARB Remittance) نموذج مطالبة - وثيقة التكافل للمجموعات (تحويل الراجحي)

Policy no.	:	:	رقم الوثيقة
Name of the Policyholder	:	:	إسم حامل الوثيقة
Name of the participant	:	:	اسم المشترك
Name of the Beneficiary(s)	:	:	اسم المستفيد
Address of the Beneficiary	:	:	عنوان المستفيد
Telephone No of the Beneficiary	:	:	رقم التليفون
Beneficiary's email ID	:	:	البريد الإلكتروني للمستفيد
Beneficiary's Relation to the participant	:	:	صلة القرابة للمستفيد
Beneficiary's Account Details	:	:	تفاصيل حساب المستفيد
Name of the Bank	:	:	اسم البنك
Account Holder Name	:	:	اسم صاحب الحساب
Account No.	:	:	رقم الحساب
SWIFT Code	:	:	رمز SWIFT

Kindly you are requested to answer all requested questions to your best and to provide details and dates and to sign the form by yourself.

برجاء الإجابة على جميع الأسئلة المطلوبة و إعطاء التفاصيل والتواريخ بقدر المستطاع وأن تقوم بتوقيع النموذج بنفسك

Beneficiary Declaration, if claiming is for the death of the participant.

تصريح المستفيد في حالة كانت المطالبة لوفاة المشترك

Place of death	:	:	مكان الوفاة
Date of death	:	:	تاريخ الوفاة
Cause of death	:	:	سبب الوفاة
Name and address of the treating physician (If any)	:	:	إسم وعنوان الطبيب المعالج (إذا وُجد)
When the deceased first started to suffer from the disease (if any), and what was the diagnosis?	:	:	ما هو تاريخ ظهور المرض لأول مرة وما هو التشخيص الطبي للحالة؟
Was there any police investigation regarding the death?	:	:	هل جرت تحقيقات بصدد الوفاة من قِبَل الشرطة؟
Please provide details about the death (date, hour, place, witnesses etc).	:	:	برجاء تزويدنا بتفاصيل حدوث الوفاة (التاريخ، الساعة، المكان والشهود)

Declaration

إقرار

I declare that I have answered all the questions by myself and all the answers are complete and correct, and that any incorrect answers could render my claim to be denied. I irrevocably authorize ARCCI to have full access to any documents or information that the company find it necessary to process the claim.

أقر بأنني أجبت عن جميع الأسئلة بنفسي وهي كاملة وصحيحة وأن أي معلومات غير صحيحة قد تفقدني حقي بالمطالبة. كما إنني أفوض شركة الراجحي للتأمين التعاوني - بدون قيد بمراجعة أي جهة طبية (طبيب، مستشفى، مختبر ... إلخ) أو أية جهة أخرى للحصول على معلومات تجدها الشركة ضرورية من أجل هذه المطالبة.

Signature:

التوقيع:

Date:

التاريخ:

For Office Use Only

C.A.:

C.B.:

O.I.:

Decision:

Comment:

Signature:

Date:

Authorized by:

ARB Remittance protection scheme
Claims Documentation and Registration process:

برنامج حماية التحويلات
المستندات المطلوبة لتقديم المطالبة

- 1 - The beneficiary or appointed agent of Policyholder can notify any claim directly to Al Rajhi Takaful (ART) by sending email to ARBremittanceclaim@alrajhitakaful.com with supporting documents.
- 2 - Claim notification period is 90 days from the date of claim event (including period to submit pending documents, if any)
- 3 - Download the Claim Form from Al Rajhi Bank or Al Rajhi Takaful websites
- 4 - Prepare below documents:
 - a) Filled Claim Form
 - b) Remitter's ID Copy
 - c) Remitter's Passport Copy
 - d) Death Certificate stating cause of death;
 - e) Police Report (In case of accidental death)
 - f) Proof of beneficiary stating the relation to insuredIf the place of death is outside KSA, then the death certificate requires attestation by the Ministry of Foreign Affairs.
Note: Al Rajhi Takaful (ART) reserves the right to call for any additional information/document/report that may be found necessary.
- 5 - Send scanned copies of all above documents to the email ID: ARBremittanceclaim@alrajhitakaful.com
- # Should you have any further queries, please contact ART Customer Service No.920004414

- 1 - المستفيد او الوكيل الشرعي لحامل الوثيقة يمكنه الإبلاغ عن أي مطالبة لشركة الراجحي تكافل مباشرة عن طريق البريد الإلكتروني: ARBremittanceclaim@alrajhitakaful.com ويتضمن كامل المستندات المطلوبة.
- 2 - فترة الإبلاغ عن المطالبة هي ٩٠ يوم من تاريخ حادثة المطالبة (وتتضمن فترة تعلق المستندات، إن وجدت)
- 3 - تحميل نموذج الطلب من بنك الراجحي او موقع الراجحي تكافل:
- 4 - إرفاق الوثائق المذكورة أدناه:
 - أ) تعبئة نموذج المطالبة
 - ب) نسخة من هوية المحول
 - ت) نسخة من جواز سفر المحول
 - ث) شهادة الوفاة
 - ج) تقرير المرور (في حال الموت بسبب حادث)
 - ح) إثبات يوضح صلة القرابة للمستفيدإذا وقعت الوفاة خارج المملكة العربية السعودية، يتطلب احضار شهادة وفاة من وزارة الشؤون الخارجية
- 5 - إرفاق الصور وارسال جميع المستندات المذكورة اعلاه على البريد الإلكتروني: ARBremittanceclaim@alrajhitakaful.com
- # في حالة وجود أية استفسارات أخرى، برجاء الاتصال بخدمة عملاء الراجحي للتكافل على الرقم: ٩٢٠٠٠٤٤١٤