



Complaint Form / نموذج شكوى

Date	Ref. No.	الرقم	التاريخ
Complainant			المشتكي
ID NO.			رقم الهوية
Address			العنوان
Email			بريد الكتروني
Fax / Phone			فاكس / هاتف
Claim No.			رقم المطالبة
Policy No.			رقم الوثيقة

Insurance Sector				قطاع التأمين			
Motor	Medical	General	Others	أخرى	عام	طبي	مركبات

Complaint Subject				موضوع الشكوى			
Totally Rejection	Partial Rejection	Delay	Others	تأخر المعاملة	الرفض الجزئي للمعاملة	الرفض الكلي للمعاملة	السلوك الشخصي
Personal Behavior	Procedure			أخرى	الإجراءات		

The Concerned Department				الدائرة المعنية			
Medical UW	General UW	General Claims		المطالبات العامة	الاكتتاب العام	التأمين الصحي	
Medical Claims	Motor Claims	Points of Sales		نقاط البيع	مطالبات المركبات	المطالبات الصحية	
Branch	Broker	Agent		وكيل	وسيط	فرع	

Facts of the Complaint / وقائع الشكوى							

الصفحات	المستندات / المرفقات - Documents	رقم

Undertaking & acknowledgment	تعهد وإقرار
I hereby declare that all the information that I have given is correct, furthermore, I will be obligated to cooperate with the complaint department to have suitable settlement .	أقر أنا الموقع أدناه بصحة البيانات المذكورة أعلاه ومسؤولي تي عنها، وأتعهد بالتعاون مع إدارة الشكاوى للتوصل إلى التسوية المناسبة.

Complainant Signature:

توقيع المشتكي: