

تعميم رقم (٦ / ٢٠١١)

المطالبة بمستحقات التأمين عن أصابات العمل

Dear FEWA Employees

السادة / موظفي و موظفات الهيئة

From FEWA concern in its employees wellness. We would like to inform you that a contract has been signed for Workmen Compensation with Alsager National Insurance Company which will cover all FEWA Staff work accident except drivers which are already insured under Car Insurance policy.

And therefore, you have to report the accident immediately to the safety officer to follow up the accident and write the report. and also we want to clarify that the payment will be through Direct Billing Approach to hospital (either Government or Private) by paying the full amount and then claim the

1. Workmen's compensation declaration of accident form.
2. The Original Medical Report.
3. The Original Bills (Medical Bills or Pharmacy Bills).
4. Police report, if any.

All of above documents must be send to Service department to coordinate with the insurance company and claim for the amount.

من منطلق حرص الهيئة على موظفيها ، فقد تم التعاقد مع شركة الصقر الوطنية للتأمين لتغطية التأمين عن إصابات العمل و يستثنى من ذلك السائقين والذين تشملهم تغطية تأمين السيارات .

و عليه يرجى أخطار ضابط السلامة فور وقوع الحادث لمتابعة الحادث و كتابة التقرير فيه ، كما نود ان نوضح بأن الدفع يكون بشكل مباشر للمبلغ الكلي من قبل الموظف للمستشفى سواء كان الحكومي أو الخاص ، على أن يتم المطالبة بالمستحقات بعد العلاج بإرسال كل من :

١. نموذج المطالبة بمستحقات التأمين عن الحوادث (مرفق).
٢. التقارير الطبية الأصلية.
٣. الفواتير الأصلية (الطبية أو فواتير الصيدليات) ..
٤. تقرير الشرطة (في حال تطلب ذلك)

يتم إرسال المستندات أعلاه لقسم الخدمات ليتسنى لهم التنسيق مع الشركة و المطالبة بالمستحقات.


المدير العام
General Manager



التاريخ: ٢٠١١/١٣/١٦
الموافق: ١١ ربيع الاخر ١٤٣٢

طلب مستحقات عن حادث عمل

WORKMEN'S COMPENSATION DECLARATION OF ACCIDENT

بوليصة التأمين رقم: DB272511000020

Company's Name	الهيئة الاتحادية للكهرباء و الماء Federal Electricity & Water Authority			اسم الجهة
				اسم المتضرر Name of Injured person
الوظيفة الفعلية Usual Occupation	عازب Single متزوج Married	الحالة الاجتماعية Status		العمر Age
عدد الاشخاص الذين يعيلهم Number of dependents (if any)				تاريخ التوظيف Employment Date
مكان الحادث Place of Accident				التاريخ Date
				الوقت Time

	متى كانت اول افاده عن الحادث When was the accident first reported
	اسم الشاهد / Name of witness
	ماذا كان يفعل عندما وقع الحادث؟ What was he doing when the accident occurred?
	هل كان يؤدي عمله الاعتيادي؟ Was he performing his normal duties?
	من كان مسنوله عنه Who was in charge of him?
	وكان الحادث بسبب إهمال شخص آخر؟ (إذا كان الأمر كذلك إعطاء تفاصيل) Was the accident due to another person's negligence? If so give details
	طبيعة ومدى الضرر Nature and extent of injury
	هل تم وقال أيقاف العمل فوراً؟ Did he stop work immediately?
	هل تم نقله الى المستشفى؟ Was he taken to hospital?
	متى يمكنه استئناف مهمه المعتاده؟ When can he resume his normal duties?
	مدته العجز / الإعاقة Period of disablement
	هل لديك أي التأمين الأخرى التي تغطي الحادث؟ Do you have any other Insurance covering the accident?
	الراتب الشهري / اليومي للمتضرر Monthly/Daily wages of injured person
Date التاريخ	التوقيع والختم لصاحب العمل SIGNATURE & STAMP OF EMPLOYER