

ADCBC Credit Shield Claim Procedure إجراءات المطالبة بالدرع الائتماني لبنك أبوظبي التجاري

In the unfortunate event of an incident which is covered by Credit Shield Insurance, namely: Death, Accident resulting in Permanent Disability, Involuntary Loss of Employment, please follow this procedure:

1. Claim Submission: Complete the Claim Form along with this procedure) and directly forward to:
E-mail: NonMotorclaims@watania.ae

Please attach the following documents along with the claim form for processing the claim:

A. For Death related Claim:

- Death Certificate ((in original). In case of death taking place outside U.A.E., such original Death certificate issued abroad should be attested by U.A.E. Embassy and Ministry of Foreign Affairs, UAE
- Post Mortem Report (wherever required)
- Police Report (if death due to an accident)
- Medical Report from a Registered Medical Practitioner with a detailed diagnosis and cause of death if the same is not clearly mentioned in the Death Certificate.
- Order from UAE Courts stating the name of the Legal Heir/Beneficiary
- Passport Copy of the Cardholder including Visa Page and Emirates ID .
- A copy of the 3 months card statement prior to date of event together with verified balances as at the date of event giving rise to the Claim
- Any other document found necessary.

B. For Permanent Total Disablement /Critical Illness related Claim:

- Disability Certificate issued by the Medical Board (where is the location) as constituted in accordance with the UAE Labour Law.
- Police Report (if disability is as a result of an accident)
- Medical Report from a Registered Medical Practitioner with a detailed diagnosis, cause of disability/ critical illness and details of treatment given, Previous medical history.
- Copy of the Passport including Visa Page and Emirates ID.
- A copy of 3 months card statements prior to date of event with verified balances as at the date of event giving rise to the Claim
- Any other document found necessary.

C. For Involuntary Loss of Employment related Claim:

- Notice of Termination by the Employer.
- Copy of Passport including the Visa Page and Emirates ID.
- Copy of the Contract of Employment of the Cardholder.
- A copy of 3 months card Statements prior to the date of event together with verified balances as at the date of event giving rise to the Claim
- Any other document found necessary.

Documents to be provided by the bank while submitting the claim

- Copy of credit card application (System screenshot including credit shield effective date.

Please note that in the event of an incident likely to give rise to a claim under the Policy, the Cardholder/Cardholder's legal personal representative should file a claim within 30 days from date of event.

في حالة وقوع حادث مؤسف مشمول بتأمين الدرع الائتماني ، وهي: الوفاة ، والحادث مما أدى إلى إعاقة دائمة وفقدان قسري للوظيفة ، يرجى اتباع هذا الإجراء:

1. تقديم المطالبة: أكمل نموذج المطالبة وإعادة توجيهه مباشرة إلى: بريد إلكتروني: NonMotorclaims@watania.ae

يرجى إرفاق المستندات التالية مع نموذج المطالبة لمعالجة المطالبة:

أ- للمطالبات المتعلقة بالوفاة:

- شهادة الوفاة (الأصلية) في حالة الوفاة خارج دولة الإمارات العربية المتحدة ، يجب أن تكون شهادة الوفاة الأصلية الصادرة في الخارج مصدقة من سفارة الإمارات العربية المتحدة ووزارة الخارجية الإماراتية.
- تقرير الجثة (عند الاقتضاء)
- تقرير الشرطة (في حالة الوفاة بسبب حادث)
- تقرير طبي من ممارس طبي مسجل مع تشخيص مفصل وسبب الوفاة إذا لم يتم ذكر ذلك بوضوح في شهادة الوفاة.
- أمر من محاكم دولة الإمارات العربية المتحدة يوضح اسم الوارث / المستفيد الشرعي (حسن الإرث)
- نسخة من جواز السفر لحامل البطاقة بما في ذلك صفحة التأشيرة (إن أمكن).
- نسخة من آخر كشف حساب لحامل البطاقة مع أرصدة تم التحقق منها كما في تاريخ الحدث الذي أدى إلى نشوء المطالبة

ج) أي وثيقة أخرى تعتبر ضرورية.

ب. للمطالبات المتعلقة بالعجز الكلي الدائم والأمراض الحرجة:

- شهادة إعاقة صادرة عن المجلس الطبي (حيث يوجد الموقع) كما تم تكوينه في وفقاً لقانون العمل الإماراتي.
- تقرير الشرطة (إذا كانت الإعاقة نتيجة حادث)
- تقرير طبي من ممارس طبي مسجل مع تشخيص مفصل وسبب الإعاقة وتفاصيل العلاج المقدم و التاريخ الطبي السابق.
- نسخة من جواز السفر لحامل البطاقة بما في ذلك صفحة التأشيرة.
- نسخة من آخر كشف حساب لحامل البطاقة مع أرصدة تم التحقق منها كما في تاريخ الحدث الذي أدى إلى نشوء المطالبة
- أ) أي وثيقة أخرى تعتبر ضرورية.
- ج. مطالبات تتعلق بالخسارة غير الطوعية للوظيفة:**
- إشعار الإنهاء من قبل صاحب العمل.
- نسخة من جواز السفر لحامل البطاقة بما في ذلك صفحة التأشيرة.
- نسخة من عقد العمل لحامل البطاقة.
- نسخة من آخر كشف حساب لحامل البطاقة مع أرصدة تم التحقق منها كما في تاريخ الحدث الذي أدى إلى نشوء المطالبة
- ه) أي وثيقة أخرى تعتبر ضرورية.

لمستندات التي سيقدمها البنك عند تقديم المطالبة

- نسخة من تطبيق بطاقة الائتمان (لقطة شاشة للنظام بما في ذلك تاريخ سريان الدرع الائتماني).

يرجى ملاحظة أنه في حالة وقوع حادث يحتمل أن يؤدي إلى مطالبة بموجب السياسة ، فإن يجب على الممثل الشخصي القانوني لحامل البطاقة / حامل البطاقة تقديم مطالبة في غضون 30 يوماً من تاريخ الحدث.

Credit Shield Claim Form

نموذج مطالبة الدرع الائتماني

<p>Cardholder Name: _____</p> <p>Card Number: _____</p> <p>Cardholder's date of birth: / / (dd/mm/yyyy)</p> <p>Type of Card: <input type="checkbox"/> Classic <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Platinum</p> <p>Credit Limit AED: _____ Outstanding Credit Balance AED: _____</p> <p>Name of claimant: _____</p> <p>Relationship to the Cardholder: _____</p> <p>Tel No.: _____ Mobile: _____</p> <p>E-mail Address: _____</p> <p>Benefit Details: Please tick (✓) as applicable</p> <p>(a) Natural Death ()</p> <p>(b) Accidental Death ()</p> <p>(c) Permanent Total Disablement due to Sickness / Accident ()</p> <p>(d) Critical Illness ()</p> <p>(e) Involuntary Loss of Employment ()</p> <p>(f) Top-Up Life Cover ()</p> <p>(g) Sum Insured ()</p> <p>Accident:</p> <p>1. Circumstances of the Accident and Date _____</p> <p>2. Did you report the Accident to the Local Police : <input type="checkbox"/> Yes / <input type="checkbox"/> No</p> <p>3. Date of Report: _____</p> <p>Sickness:</p> <p>1. Nature of Sickness Diagnosed and Date : _____</p> <p>2. Name of Doctor and Hospital : _____</p> <p>3. Name of Critical Illness , Diagnosed (If Applicable) _____</p> <p>Involuntary Loss of Employment:</p> <p>1. Name of Employer : _____</p> <p>2. Last Working Day : _____</p> <p>3. Employers Contact Number : _____</p> <p>4. Last Salary Drawn : _____</p> <p>Other Insurance: Please Complete this section in full to avoid delaying your Claim Settlement.</p> <p>Do you have any other insurance that will cover this loss: <input type="checkbox"/> Yes/ <input type="checkbox"/> No</p> <p>If yes, please give the name and address of your insurance company: _____</p> <p>Declaration:</p> <p>I declare to the best of my knowledge and belief that the above statements are true. I understand that if I have provided any information that is not true, my claim will not be covered, and I may suffer consequences thereafter.</p> <p>Name & Signature of claimant : _____</p> <p>Date: _____</p> <p>Signed at : _____</p> <p>For assistance, please contact Watania Takaful General PJSC on +971 800 928 2642</p>	<p>اسم صاحب البطاقة: _____</p> <p>رقم البطاقة: _____</p> <p>تاريخ ميلاد حامل البطاقة : / / (يوم / شهر/سنة)</p> <p>نوع البطاقة: <input type="checkbox"/> كلاسيك <input type="checkbox"/> قولد <input type="checkbox"/> بلاتينيوم</p> <p>حد الائتمان بالدرهم: _____ الرصيد المستحق بالدرهم: _____</p> <p>اسم المطالب: _____</p> <p>العلاقة بحامل البطاقة : _____</p> <p>رقم الهاتف: _____ متحرك: _____</p> <p>عنوان البريد الإلكتروني: _____</p> <p>تفاصيل المزاي: يرجى وضع علامة (✓) حسب الاقتضاء</p> <p>(أ) الوفاة الطبيعية ()</p> <p>(ب) الوفاة العرضية ()</p> <p>(ت) العجز الكلي الدائم بسبب المرض / الحادث ()</p> <p>(ث) المرض الحرج ()</p> <p>(ج) فقدان القسري للوظيفة ()</p> <p>(ح) تغطية الحياة الإضافية ()</p> <p>(خ) مبلغ التأمين ()</p> <p>الحادثة:</p> <p>1. ظروف الحادث و تاريخه _____</p> <p>2. هل قمت بالتبليغ عن الحادث للشرطة المحلية <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>3. تاريخ التقرير: _____</p> <p>المرض:</p> <p>1. تشخيص طبيعة المرض وتاريخه _____</p> <p>2. اسم الطبيب والمستشفى _____</p> <p>3. اسم المرض الخطير ، المشخص (إن وجد) _____</p> <p>فقدان العمل غير الطوعي:</p> <p>1. اسم صاحب العمل: _____</p> <p>2. آخر يوم عمل: _____</p> <p>3. رقم الاتصال لأصحاب العمل: _____</p> <p>4. آخر راتب مسحوب: _____</p> <p>5. آخر راتب مسحوب _____</p> <p>تأمين آخر: يرجى إكمال هذا القسم بالكامل لتجنب تأخير تسوية مطالبتك</p> <p>هل لديك أي تأمين آخر سيغطي هذه الخسارة: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى ذكر اسم وعنوان شركة التأمين الخاصة بك: _____</p> <p>تصريح:</p> <p>أقر ، على حد علمي ومعرفتي، بصحة البيانات المذكورة أعلاه. وأدرك أنه في حال تقديمي أي معلومات غير صحيحة، فلن تُغطى مطالبتني، وقد أتحمّل عواقب ذلك.</p> <p>اسم وتوقيع المدعي: _____</p> <p>التاريخ : _____</p> <p>مكان التوقيع : _____</p> <p>للحصول على المساعدة ، يرجى الاتصال بشركة وطنية للتكافل العام على +971 800 928 2642</p>
--	---