

Complaint Form

إستمارة شكوى

Ref. No. مرجع رقم

Dear Complainant,
In order to respond to your complaint, please complete the form below and submit it to us.

حضرة مقدّم الشكوى،
من أجل الاستجابة لشكواك، الرجاء ملء الإستمارة أدناه وإرسالها لنا.

Complainant Contact Information

معلومات للإتصال بمقدّم الشكوى

Complainant Full Name* الإسم الكامل لمقدّم الشكوى*

Relation to Policyholder/Insured* Agent مندوب Broker وسيط Employee موظف Insured Dependent المؤمن التابع

Policyholder Himself المتابع نفسه Third Party Insured Allianz S.A.L. طرف ثالث مؤمن أليانز ش.م.ل. Third Party not Insured Allianz S.A.L. طرف ثالث غير مؤمن أليانز ش.م.ل. Other غير

Address العنوان

Phone No.* رقم الهاتف* Mobile No.* رقم الخليوي*

Email* البريد الإلكتروني*

Policy Information

معلومات حول عقد التأمين

Policyholder/Insured Full Name* إسم المتعاقد/المؤمن بالكامل*

Policy No رقم البوليصة Claim No. (if any) رقم المطالبة (إذا وجد)

Agent/Broker Name إسم المندوب/الوسيط

Insurance Type* General العام Health الصحة Life الحياة Motor السيارات Other غير

Complaint Information

معلومات حول الشكوى

Complaint Subject is about* موضوع الشكوى يتعلّق بـ*

Categorization of Complaint تصنيف الشكوى

Concerned Allianz S.A.L. Branch فرع البانز ش.م.ل. المعني

Concerned Administrative Department القسم الإداري المعني

Complaint Summary (Description and dates*) ملخص الشكوى (الشرح مع التواريخ*)

Suggestions (Your proposed solution)

إقتراحات (الحل المقترح من قبلك)

Please check tick ✓ in case you have

الرجاء وضع علامة ✓ في حال

Attached copies of supporting documentation.

أرفقت نسخ عن المستندات ذات الصلة.

Previously contacted Allianz S.A.L. about the same complaint.

إتصلت سابقاً بـ"أليانز" ش.م.ل. بخصوص الشكوى ذاتها.

If yes, please give details _____ إذا نعم، الرجاء إعطاء التفاصيل _____

We thank you for your feedback, which we consider extremely valuable in our pursuit to give you the best service.

شكراً لملاحظاتك، والتي نعتبرها قيّمة للغاية في سعينا لإعطائك أفضل خدمة.

Signature

التوقيع

Date _____ التاريخ

* Mandatory Fields

* حانات إلزامية