

# 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\*   علاقة مقدّم الشكوى بالمتعاقّد/المؤمن\*

Address   العنوان

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

Email\*  البريد الإلكتروني\*

## Policy Information

## معلومات حول عقد التأمين

Policyholder/Insured Full Name\*   إسم المتعاقّد/المؤمن بالكامل\*

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

Agent/Broker Name   إسم المندوب/الوسيط

Insurance Type\*   نوع التأمين\*

## Complaint Information

## معلومات حول الشكوى

Complaint Subject is about\*   موضوع الشكوى يتعلّق بـ\*

Concerned Allianz SNA Branch   فرع اليانز سنا 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 SNA about the same complaint.

إتصلت سابقاً بـ أليانز سنا 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 قيمة للغاية في سعينا لإعطائك أفضل خدمة.

Date

التاريخ

Submit E-Complaint

Print Copy

Reset

\* Mandatory Fields

\* خانات إلزامية