

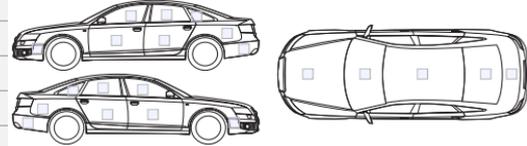
استمارة المطالبة للمركبة - تصادم - ACCIDENT Motor Claim Form

All questions must be answered, and the Policyholder must refrain from admitting liability to any individual. Any written or verbal claims should be promptly forwarded to the Company for attention

يجب الإجابة على جميع الأسئلة ، ويجب على حامل البوليصة الامتناع عن الاعتراف بالمسؤولية تجاه أي فرد. يجب إرسال أي مطالبات مكتوبة أو شفوية على الفور إلى الشركة للانتباه إليها

1. Personal Details of Claimant (Owner)		Driver	
Policy Number	رقم الوثيقة		
Name	الإسم		
Phone No	رقم الهاتف		
Email Address	البريد الإلكتروني		
Relationship to insured	العلاقة بالمؤمن له		
Driving License No.	رقم رخصة القيادة		
	Date of Issue	Expiry Date	Date of Issue
			Expiry Date
Date of Birth	تاريخ الميلاد		

2. Incident Details			
Accident Date	تاريخ الحادث	City	المدينة
Accident Time	وقت الحادث	Area	المنطقة
Landmark	اقرب معلم معروف	Street	الشارع
Vehicle was Parked / Driven?	Parked وقوف	Driven سير	Faulty party المتسبب بالحادث
			Insured's Vehicle
			TP's Vehicle

3. Vehicles Insured		1 st TP	2 nd TP / Body Injury
Plate No.	رقم المركبة		
Make	الصنع		
Model	الطراز		
Year	السنة		
Chassis Number	رقم الشاسي		
Damage Description [Description of Incident] الأضرار على المركبة			
			

4. Additional Documents:	مستندات إضافية
Attach copies of Police Report, driving license, vehicle registration, insurance policy, Photos of the Incident, and any other relevant documents.	إرفاق نسخ من تقرير الشرطة، رخصة القيادة، بطاقة تسجيل المركبة، وثيقة التأمين، صور الحادث وأي مستندات أخرى ذات صلة

5. Policyholder Declaration	تصريحات
I hereby declare that the information provided in this claim form is true and accurate to the best of my knowledge and belief. I understand that any false or misleading information may affect the processing of my claim. I agree to cooperate fully with the investigation conducted by the insurance company and provide any additional information or documentation as required. I authorize the insurance company to obtain and verify any necessary information related to this claim, including, but not limited to, medical records and police reports.	أقر بموجب هذا بأن المعلومات المقدمة في نموذج المطالبة هذا صحيحة ودقيقة على حد علمي واعتقادي. أفهم أن أي معلومات خاطئة أو مضللة قد تؤثر على معالجة مطالبتني. أوافق على التعاون الكامل مع التحقيق الذي تجريه شركة التأمين وتقديم أي معلومات أو وثائق إضافية كما هو مطلوب. أوافق شركة التأمين بالحصول على أي معلومات ضرورية تتعلق بهذه المطالبة والتحقق منها، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، السجلات الطبية وتقارير الشرطة

Signature:	التوقيع	Date:	التاريخ: