



MOTOR CLAIM FORM

إستمارة بلاغ عن حادث السيارة

A. Insured Vehicle

أ - بيانات السيارة المؤمن عليها

Name of Insured :	إسم المؤمن له :	Name of Driver :	إسم سائق السيارة :
Contact Person :	الشخص المسؤول :	Phone No. :	هاتف رقم :
Mobile No. :	رقم الجوال :	Mobile No. :	جوال رقم :
Fax No. :	فاكس رقم :	Fax No. :	فاكس رقم :
E-Mail :	البريد الإلكتروني :	E-Mail :	البريد الإلكتروني :
Vehicle Make :	رقم اللوحة :	Occupation :	وظيفة السائق :
Insurance Policy No. :	رقم وثيقة التأمين :	Age of Driver :	عمر السائق :

B. Description of the Accident

ب - وصف الحادث

Please choose the type of claim :	نوع المطالبة :	Accident Details (Simple Illustration)	كيفية وقوع الحادث (مع رسم كروكي مبسط)
1. Own Damage	<input type="checkbox"/> ١. أضرار السيارة المؤمنة		
2. Third Party	<input type="checkbox"/> ٢. طرف ثالث		
3. Theft	<input type="checkbox"/> ٣. سرقة		
4. Fire	<input type="checkbox"/> ٤. حريق		
5. Overturning	<input type="checkbox"/> ٥. حادث إقلااب		
6. Natural Peril	<input type="checkbox"/> ٦. الكوارث الطبيعية		
Date of Accident :	تاريخ وقوع الحادث :		
Time :	الوقت :		
Place :	المكان :	Police Department :	قسم المرور المختص :
Insured share of fault :	نسبة الخطأ على المؤمن :	Police Reference No. :	رقم السجل في تقرير المرور :
Have the Police been Notified?	هل تم إبلاغ المرور بالحادث ؟	In what sence the vehicle was used at the time of accident?	ما الغرض الذي استخدمت له السيارة المؤمنة وقت الحادث ؟
Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا		شخصي <input type="checkbox"/> تجاري <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/>	Personal Commercial Others
Is the vehicle drivable?	هل السيارة قابلة للتحريرك ؟	Estimated cost of repair SR.	تقدير قيمة الإصلاح : ر. س
Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا			

C. Damage to Insured Vehicle

ج - أضرار السيارة المؤمن عليها

Present Location of Damaged Vehicle :	الموقع الحالي للسيارة المتضررة :
Description of Damage :	وصف الضرر (الأجزاء المتضررة بالسيارة) :
Please mark the area damaged	عين الأجزاء المتضررة على الرسم

