

استمارة مطالبة
CLAIM FORM NOTIFICATION

الطرف الثاني (المتسبب)
Second Party (Faulty Party)

الطرف الأول
First Party

POLICY NO.: رقم الوثيقة:

DRIVER DETAILS: تفاصيل قائد المركبة:

FULL NAME: DOB: الاسم بالكامل:
CONTACT NO.: رقم الهاتف:
ADDRESS: العنوان:
LICENSE NO. & TYPE: رقم الرخصة ونوعها:
RELATIONSHIP TO OWNER: العلاقة بالمالك:
E-MAIL ADDRESS: عنوان البريد الإلكتروني:

VEHICLE DETAILS: تفاصيل المركبة:

REGISTRATION NO.: رقم لوحة التسجيل:
MAKE & MODEL: نوع المركبة:
YEAR OF MANUFACTURE: سنة الصنع:
DATE OF REGISTRATION: تاريخ التسجيل الأول:
OWNER: المالك:
CONTACT NO.: رقم الهاتف:

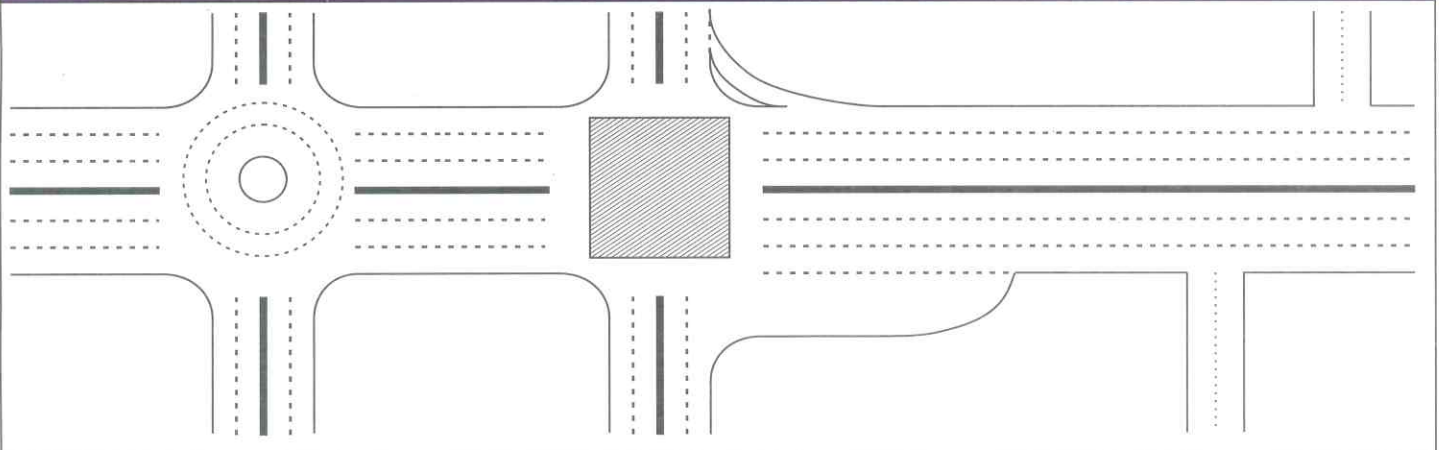
ACCIDENT DETAILS: تفاصيل الحادث:

DATE: التاريخ:
TIME: الوقت:
PLACE: المكان:

DESCRIPTION HOW ACCIDENT OCCURRED: تفاصيل كيفية وقوع الحادث:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

SKETCH PLAN OF ACCIDENT: رسم مخطط للحادث:

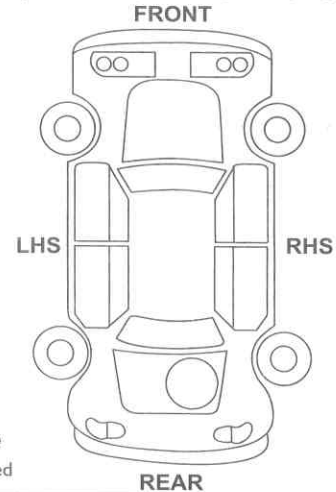
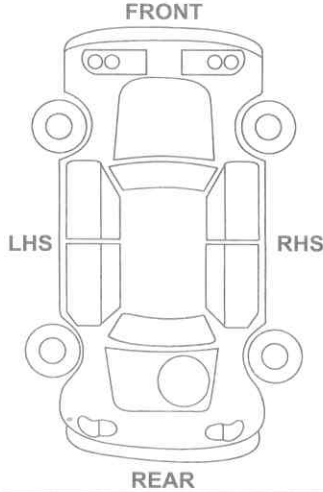


DAMAGES TO BOTH VEHICLES

الأضرار المتكونة في المركبتين

Your vehicle مركبتك

Other party vehicle مركبة الطرف الآخر



يرجى استخدام ورقة منفصلة في حالة وجود أكثر من مركبتين
Please use separate sheet if more than two vehicles involved

QUESTIONS

الأسئلة

- Can your vehicle be used ? Yes نعم No لا هل مركبتك صالحة للقيادة ؟
- Can other party vehicle be used ? Yes نعم No لا هل مركبة الطرف الآخر صالحة للقيادة ؟
- Was other party driver in normal condition at time of the accident ? Yes نعم No لا هل كان قائد المركبة الأخرى في حالة اعتيادية وقت الحادث ؟
- What was your speed at time of the accident ? km/p كم كانت سرعتك وقت الحادث ؟ كم
- What estimate speed of other party vehicle at time of the accident ? km/p كم كانت سرعة المركبة الأخرى وفق تقديرك كم
- How many passengers were in (a) Your vehicle ? (b) Other party vehicle ? كم راكبا كان في مركبتك مركبة الطرف الآخر.....

INJURY DETAILS

تفاصيل الإصابات

اسم المستشفى Name of Hospital	طبيعة الإصابة Nature of injury	العلاقة بقائد المركبة Relationship to Driver	رقم الهاتف Contact No.	الاسم المصاب Name of injured

IMPORTANT NOTES

ملاحظات مهمة

- To assist Al-Ahlia Insurance Company SAOG to process your claim kindly ensure your claim form is correctly completed and the following must be fully supplied: لمساعدة شركة التأمين الأهلية ش.م.ع. للموافقة على مطلبك الرجاء التأكد من تعبئة هذه الاستمارة بشكل صحيح وتام وتقديم الوثائق التالية :
 - ✓ Driving license رخصة قيادة
 - ✓ Registrations card ملكية المركبة
 - ✓ Vehicle photos صور المركبة
 - ✓ Accident spot photos صور لمكان الحادث
 - ✓ MRTA form or ROP report إستمارة حادث مروري بسيط أو تقرير حادث السير من شرطة عُمان السلطانية
- The supply or acceptance of this form is not an admission of liability on the parts of Al Ahlia Insurance company SAOG. إن استلام أو قبول هذه الاستمارة لا يعتبر موافقة على تحمل مسؤولية هذا الحادث من قبل شركة التأمين الأهلية ش.م.ع.
- No repairs or alterations to the damaged vehicle should be made unless approved by Al Ahlia Insurance Company SAOG. لن يتم القيام بأية إصلاحات أو تعديلات على المركبة المتضررة الا بعد موافقة شركة التأمين الأهلية ش.م.ع.

DECLARATION

الإقرار

I certify that the information given in this form is truthful and accurate to the best of my knowledge and information. I understand that this claim may be refused if information is untrue. I authorize Al Ahlia Insurance Company SAOG or repairer assigned by them to act on my behalf to carry out damage repair accepted as their liability.

أؤكد أن المعلومات التي أقدمها هي معلومات دقيقة، وصحيحة، وأعلم أن سيتم رفض هذه المطالبة في حال أن المعلومات لم تكن صحيحة. أفوض شركة التأمين الأهلية ش.م.ع. أو مصلح يتم إختياره من قبلها ليقوم بالإصلاحات التي تتحمل الشركة مسؤوليتها.

التاريخ Date	التوقيع Signature	رقم بطاقة الشخصية I.D. No.	اسم Name