

Is there any Third Party Damages : YES / NO

هل توجد اية أضرار لمركبة طرف الثالث؟ نعم / لا

1- Vehicle Reg.No :

Make :

Model :

Details of Damage :

1- رقم لوحة المركبة:

النوع :

الصنع :

تفاصيل الأضرار:

2- Vehicle Reg.No :

Make :

Model :

Details of Damage :

2- رقم لوحة المركبة:

النوع :

الصنع :

تفاصيل الأضرار:

Is there any Property Damages : YES / NO

هل توجد اية أضرار في الممتلكات الخاصة أو العامة؟ نعم / لا

Details of Damage :

تفاصيل الأضرار :

Was any Person(s) injured in this accident: YES / NO

هل من إصابات بشرية في الحادث؟ نعم / لا

1- Name :

Relation to the

insured/driver :

GSM No :

Details of Injury :

2- Name :

Relation to the

insured/driver :

GSM No :

Details of Injury :

1- الإسم :

العلاقة بالمؤمن له /

السائق:

رقم النقال :

تفاصيل الإصابة :

2- الإسم :

العلاقة بالمؤمن له /

السائق :

رقم النقال :

تفاصيل الإصابة :

I / We hereby declare and agree that all the above particulars are true to the best of my/our knowledge and information. I / We understand that I / We are not supposed to repair any of the damaged vehicles prior to the written approval from Vision Insurance SAOC.

أنا / نحن نقر بأن كل ما سبق كان صحيحاً حسب معرفتنا ومعلوماتنا. أنا / نحن نقر أنه لا يمكن لنا إصلاح أي ضرر من الأضرار الناتجة عن الحادث قبل أخذ الموافقة الكتابية من الرويه للتأمين.

Date: ___/___/___ Time: _____ AM/PM

التاريخ: ___/___/___ م. الوقت: _____ ص/م

Signature of Insured/Driver

توقيع المؤمن له/السائق

MOTOR CLAIM FORM

إستمارة مطالبة حوادث السيارات

(The issue of this form is not to be taken as an admission of any liability)

(تعينة هذه الإستمارة لا تعني أي قبول وأي مسؤوليه تتحملها الشركة تجاه المؤمن له)

Policy No	:	_____	:	رقم الوثيقة:
Period of Insurance	:	_____	:	فترة التأمين:
Insured Name	:	_____	:	إسم المؤمن له:
Address	:	_____	:	العنوان:
P.O BOX	:	_____	:	صندوق البريد:
Post Code	:	_____	:	الرمز البريدي:
Office No.	:	_____	:	هاتف المكتب:
Mobile No.	:	_____	:	النيقال:
Fax No.	:	_____	:	الفاكس:

Vehicle Reg.No	:	_____	:	رقم اللوحة:
Make	:	_____	:	النوع:
Model	:	_____	:	الاصنع:
Engine No	:	_____	:	رقم المحرك:
Chassis No	:	_____	:	رقم القاعدة:
Date of First Reg	:	_____	:	تاريخ التسجيل الأول:
Type of Vehicle	:	Commercial / Private	:	تجاري / خصوصي
			:	درجة المركبة:

Driver Name	:	_____	:	إسم السائق
Date of Birth	:	____/____/____	:	تاريخ الميلاد
Age	:	_____ Years	:	العمر
Driving Licence No	:	_____	:	رقم رخصة القيادة
Date of first Issue	:	____/____/____	:	تاريخ الإصدار الأول
Date of Expiry	:	____/____/____	:	تاريخ الإنتهاء
Type of Licence	:	_____	:	فئة الرخصة

Accident Details	:	Date: ____/____/____	:	التاريخ
	:	Place: _____	:	المكان
	:	Time: _____ AM/PM	:	الموقت
Speed of the Vehicle at the time of accident	:	_____ KM/H	:	سرعة المركبة وقت وقوع الحادث
Brief description of the accident:	:	_____	:	صف كيفية وقوع الحادث:

Please list out the damages sustained to your vehicle.	:	_____	:	ما هي الأضرار التي لحقت بمركبتك جراء الحادث؟

Where the vehicle can be inspected?	:	_____	:	أين من المتوقع الحصول على المركبة؟
