



نموذج مطالبة السيارة - ضرر ذاتي / Motor Claim Form - Own Damage

Policy No		رقم الوثيقة
Insured Name		اسم المؤمن عليه
Phone No		رقم الجوال
Driver Name		اسم السائق
Phone No		رقم الجوال
Make & Model		الماركة والموديل
Vehicle No		رقم المركبة
Chassis No		رقم الشاسيه
Accident Date & Time		تاريخ ووقت الحادث
Accident Place		مكان الحادث
Police Case No		رقم قضية الشرطة
Police Station		المخفر
Narration of accident		شرح الحادث
I/We hereby declare that the above statements and facts are true, copies of documents are identical with the original one, and that I/We have not withheld from the Company, any information within my/our knowledge connected with the accident.		
أقر / نُقر بموجب هذا أن البيانات واولقائع المذكورة أعلاه حقيقية وأن نسخ المستندات مطابقة للبيانات الأصلية وأني / وأننا لم نحجب عن الشركة أي معلومات في حدود معرفتي / معرفتنا المرتبطة بالحادث		
Signature of the Insured	توقيع المؤمن عليه	Date
		التاريخ