



National Life & General Insurance Company SAOG

P.O. Box : 798, Postal Code 117 Wadi Kabir
Sultanate of Oman

(968) 24730999 natlife@nlicgulf.com

(968) 24727453 www.nlicgulf.com

C.R. No.: 1/48787/6 - ICR No. : 23

الشركة الوطنية للتأمين على الحياة و العام ش.ع.م.ع

ص.ب. ٧٩٨، البريدي ١١٧، الوادي الكبير، سلطنة عمان

natlife@nlicgulf.com (٩٦٨) ٢٤٧٣٠٩٩٩

www.nlicgulf.com (٩٦٨) ٢٤٧٢٧٤٥٣

س.ت: ٦/٤٨٧٨٧/١ رقم التأمين : ٢٣

Motor Claim Intimation / Claim Form

تفاصيل أضرار المركبة المؤمنة

The issue of this claim form is not to be taken as an admission of liability

لا يعتبر إكمال هذا النموذج بمثابة إقرار بالأحقية في المطالبة

Please ensure that this form is completed in all respects & submit the documents mentioned in Box No. 1, while submitting this form.

يرجاء التأكد من إكمال هذا النموذج بالشكل المطلوب وتقديم الوثائق المذكورة في الفقرة ١ أثناء تقديم النموذج

1. This box is to be completed by Insurance Company.

١. يتم إكمال هذا النموذج من جانب شركة التأمين.

تاريخ الإصدار Date of Issue	رقم المطالبة Claim Number
صورة من الملكية Vehicle Registration (Mulkiya) copy	نموذج حادث بسيط Minor RTA Form
أصل تقرير فحص الشرطة Police Vehicle Inspection Report - Original	تقدير ورشة الإصلاح () Repairer Estimates [Number ()]
صورة من رخصة وبطاقة هوية السائق Driver's License copy & ID card	أصل تقرير الشرطة Police Report - Original
أمر صادر من محكمة Court Order / Summons	

2. Policy Details

٢ - رقم الوثيقة

رقم الوثيقة Policy Number	من Period : From	إلى To
------------------------------	---------------------	-----------

3. Name & Address of the Insured

٣ - اسم وعنوان المؤمن له

رقم الهاتف أو الجوال Phone / GSM	رقم الفاكس Fax Number	البريد الإلكتروني e-mail
ص.ب. P.O. Box	الرمز البريدي Postal Code	

4. Vehicle Details

٤ - تفاصيل المركبة

رقم المركبة Vehicle No.	النوع Make	الموديل Model
رقم الشاصي Chassis Number	رقم المحرك Engine Number	تاريخ التسجيل الأول First Registration Date

5. Accident Details

٥ - تفاصيل الحادث

مكان الحادث Place of Accident	تاريخ وساعة الحادث Date & Time of Accident
----------------------------------	-----------------------------------------------

يرجاء ذكر تفاصيل الحادث (لا تكتب : كما ورد في تقرير الشرطة المرفق / وفقا لما ذكره تقرير الشرطة الخ) (Please do not write : "As per police report attached" / "As per the police report" etc.)

الغرض الذي تم من أجله استخدام المركبة وقت الحادث Purpose for which used at the time of accident	عدد الركاب في المركبة Number of people travelling in the vehicle
----------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------

طبيعة ووزن البضائع وقت الحادث (إن كانت المركبة للبضائع) Nature & weight of goods carried at the time of accident (Applicable for Goods Vehicles)

هل تم إبلاغ الشرطة ؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> إذا كان نعم اذكر اسم مركز الشرطة ورقم القضية Whether reported to Police ? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No. If yes Which police station & Case Number

أين يمكن معاينة المركبة ؟ Where is the vehicle available for Inspection ?

6. Insured Vehicle Driver's Details

٦ - تفاصيل سائق المركبة المؤمن له

اسم السائق Name of the Driver	تاريخ الميلاد Date of Birth
----------------------------------	--------------------------------

الجنس Gender	الجنسية Nationality	رقم الرخصة Licence No.	رقم الهاتف أو الجوال Phone / GSM
-----------------	------------------------	---------------------------	-------------------------------------

هل السائق هو المالك Is the driver Owner	سائق بأجر Paid Driver	شخص آخر Any other person	إذا كان شخص آخر حدد If any other person, please specify
--------------------------------------------	--------------------------	-----------------------------	------------------------------------------------------------

7. Damage / Injury Details

٧- تفاصيل التلف / الإصابة

تلف في الممتلكات الخاصة للمؤمن له Own Vehicle Damage	<input type="checkbox"/>	إصابة السائق المؤمن له Own Vehicle Driver Injury	<input type="checkbox"/>	تلف في مركبة الطرف الثالث Third Party Vehicle Damage	<input type="checkbox"/>
إصابة سائق الطرف الثالث Third Party Driver Injury	<input type="checkbox"/>	الاصابات الجسدية للطرف الثالث Third Party Bodily Injury	<input type="checkbox"/>	تلف في الممتلكات الخاصة لطرف ثالث Third Party Property Damage	<input type="checkbox"/>

8. Injury / Death details - Occupants of Insured Vehicle

٨- تفاصيل الإصابة / الوفاة - الركاب في المركبة المؤمن عليها

مسلسل SI No	الاسم ورقم الهاتف Name and Phone Number	العمر Age	الجنس Gender	طبيعة الإصابة Nature of Injury	الصلة بالمؤمن له Relationship with Insured
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

9. Third Party Injury / Death Details

٩- تفاصيل إصابة / وفاة الطرف الثالث

مسلسل SI No	الاسم ورقم الهاتف Name and Phone Number	العمر Age	الجنس Gender	طبيعة الإصابة Nature of Injury	بأي صفة In what Capacity *
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

* Friend / Relative / Employee / Passenger / Others

* صديق / قريب / موظف / راكب / آخرين

AMBULANCE SERVICE (Y/N) _____

10. Property Damage Details

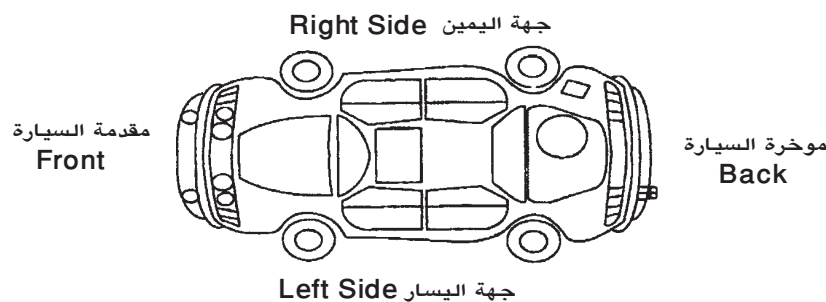
١٠- تفاصيل الممتلكات المتضرره

Property Owner & Contact Number

الاسم ورقم الهاتف

11. Insured Vehicle Damage

١١- التلف في المركبة المؤمن عليها



12. Accident Sketch

١٢- رسم الحادث

I confirm that

أؤكد بأن

كافة المعلومات المقدمة صحيحة ودقيقة وأن المركبة المؤمن عليها كانت تُستخدم في أغراض قانونية فقط. أنا / السائق المصرح لي والمرخص لقيادتها، ولم أكن تحت تأثير أي مواد مخدرة أو كحوليات. وليس هناك أي تأمين آخر علي أو على المركبة

All information furnished above are correct and true. The Insured vehicle was used as permitted for lawful purposes only. I / the driver was authorized and licensed to drive and was not under the influence of any intoxicant. There is no other applicable Insurance .

Date:

التاريخ:

Place:

المكان:

Signature :

توقيع: