

INSURANCE DETAILS:

تفاصيل الوثيقة:

Policy Number:*

رقم البوليصة:

Type of Insurance:*

نوع التأمين:

TYPE:

النوع:

Report Classification:*

تصنيف التقرير:

Number of Vehicle Involved:

عدد المركبات الموجودة

Type of Accident:*

نوع الحادث:

DRIVER DETAILS:

تفاصيل قائد المركبة:

Full Name:*

الاسم بالكامل:*

Contact Number:*

رقم الهاتف:*

Address:*

العنوان:*

License Number:*

رقم رخصة القيادة:*

Vehicle Type:*

نوع الرخصة:*

Sex:*

الجنس:*

Nationality:

الجنسية:

Date of Birth:*

تاريخ الميلاد:*

Relationship to Owner:*

العلاقة بالمالك:*

E-Mail Address (optional):

البريد الالكتروني (اختياري)

VEHICLE DETAILS:

تفاصيل المركبة :

Registration Number:*

رقم لوحة التسجيل

Vehicle Make:*

نوع الصنع:*

Vehicle Model:*

طراز المركبة:*

VEHICLE DETAILS :**تفاصيل المركبة :**

Year of Manufacture:

سنة الصنع :

Date of First
Registration:*

تاريخ التسجيل الأول :

Owner:*

المالك :

Contact Number:*

رقم الهاتف:

ACCIDENT DETAILS:**تفاصيل الحادث:**

Date:*

التاريخ:*

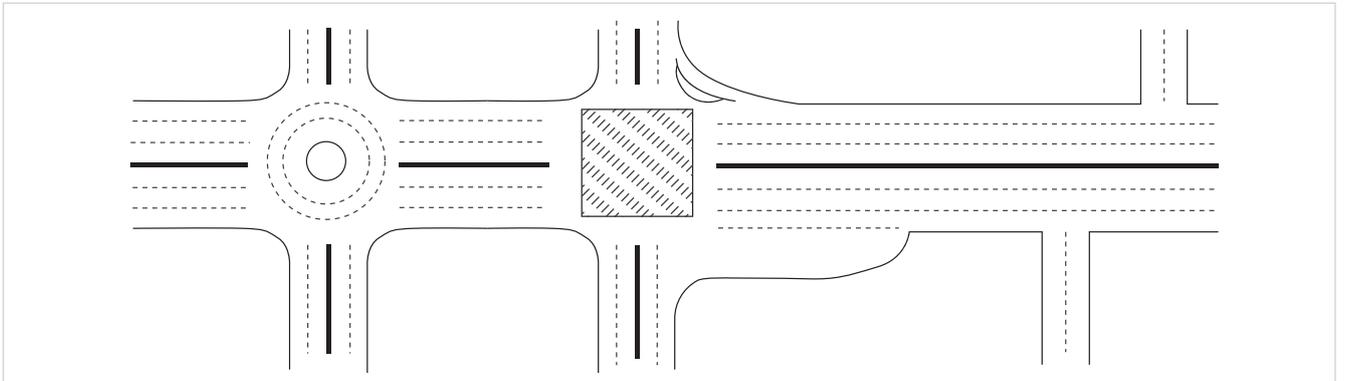
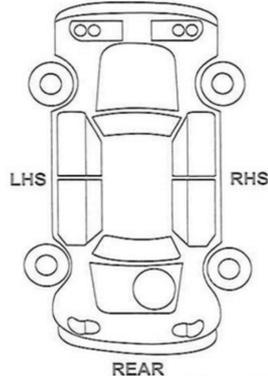
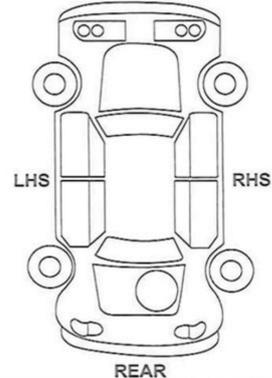
Time:*

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
FRONTOther party vehicle
مركبة الطرف الآخر
FRONT

QUESTIONS:

الأسئلة:

Can your vehicle be used?	لا/No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> نعم/Yes	هل مركبتك صالحة للقيادة؟
Can other party vehicle be used?	لا/No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> نعم/Yes	هل مركبة الطرف الآخر صالحة للقيادة؟
Was other party driver in normal condition at time of the accident?	لا/No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> نعم/Yes	هل كان قائد المركبة الأخرى في حالة اعتيادية وقت الحادث؟
What was your speed at time of the accident?	<input type="text"/>	KM/h	كم كانت سرعتك وقت الحادث؟
	سرعة/كم		
What estimate speed of other party vehicle at time of the accident?	<input type="text"/>	KM/h	كم كانت سرعة المركبة الأخرى وقت الحادث في تقديرك؟
	سرعة/كم		
How many passengers were in			كم راكباً كان في
(a) Your vehicle(مركبتك)?	<input type="text"/>	(b) Other party Vehicle(مركبة الطرف الآخر)?	<input type="text"/>
Cause of Accident*			سبب الحادث،

ACCIDENT DETAILS:

تفاصيل الحادث:

To assist Liva Insurance to process your claim kindly ensure your claim form is correctly completed and the following must be fully supplied:

Driving license
Registrations card
Vehicle photos
Accident spot photos
Police Report

The supply or acceptance of this form is not an admission of liability on the parts of Liva Insurance .

No repairs or alterations to the damaged vehicle should be made unless approved by Liva Insurance

لمساعدة شركة ليڤا للتأمين للموافقة على مطلبك الرجاء التأكد من تعبئة هذه الاستمارة بشكل صحيح وتام وتقديم الوثائق التالية:
رخصة القيادة
دفتر المركبة
صور المركبة
صور لمكان الحادث
تقرير الشرطة

إن استلام أو قبول هذه الاستمارة لا يعتبر موافقة على تحمل مسؤولية هذا الحادث من قبل شركة ليڤا للتأمين
لن يتم القيام بأية إصلاحات أو تعديلات على المركبة المتضررة إلا بعد موافقة شركة ليڤا للتأمين

DECLARATION:

الإقرار:

I certify the the information giver in this form is truthful and accurate to the best of my knowledge and information. I understand the this claim may be refused if information is untrue. I authorize Liva Insurance 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 الطالبة في حال أن المعلومات لم تكن صحيحة. أؤوض شركة ليڤا للتأمين أو مصلح يتم اختياره من قبلها ليقوم بالإصلاحات التي تتحمل الشركة مسؤوليتها.

الشاهد الأول - Witness - 1

الشاهد الثاني - Witness - 2

Name

Address

Tel. No.

الاسم بالكامل

العنوان

رقم الهاتف

Date & Time(التاريخ والوقت)

* Signature(التوقيع)

** I.D. No.(رقم البطاقة المدنية)

* Name(الاسم)