



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

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 ال شرطة
Police Station		المخفر
Narration of accident		شرح الحادث
<p>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.</p> <p>أقر / نُقر بموجب هذا أن البيانات واولقائع المذكورة أعلاه حقيقية وأن نسخ المستندات مطابقة للبيانات الأصلية وأن .ين / وأننا لم نحجب عن ال رشكه أي معلومات .يف حدود معرف .ين / معرفتنا المرتبطة بالحادث</p>		
Signature of the Insured	توقيع المؤمن عليه	Date
		التاريخ