

# استمارة بلاغ عن حادث ( طرف ثالث ) Motor Claim Form (Third Party)

## A. Particulars of Insured's Vehicle:

ا. بيانات المؤمن له :

Insured Share of Fault: نسبة الخطأ :	Insurance Policy No: رقم الوثيقة :	
Vehicle Make: نوع السيارة :	Vehicle Plate No: رقم لوحة السيارة :	Insured Name: اسم المؤمن له :
Date of coverage: تاريخ التغطية :	Date of Accident: تاريخ الحادث :	

## B. Third Party's Particulars (Vehicle/Property):

ب. بيانات الطرف الثالث ( سيارات / ممتلكات ) :

Owner Name: اسم المالك حسب الاستمارة :		
Copy of I.D. /Iqama/C.R.: رقم الهوية / الإقامة / السجل التجاري :		
Plate No: رقم اللوحة :	Vehicle Make: نوع السيارة :	
Mobile: جوال :	Fax: فاكس :	Tel: هاتف :
Is there any Death or Injury? هل يوجد أي إصابات أو وفيات : YES <input type="checkbox"/> نعم NO <input type="checkbox"/> لا	Compensation Amount: مبلغ التعويض :	

Description of the Accident: وصف كيفية وقوع الحادث : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* فضلاً استخدم المساحات الخالية خلف الصفحة لتدوين أية إيضاحات أو معلومات إضافية أو رسم كروكي . \* Please use the space provided on the back of this form for any further information/clarification.

## Payment Method:

ما هي طريقة الدفع التي ترغب استلام المبلغ بها :

Account No.: رقم الحساب :	Bank: اسم البنك :	تحويل على الحساب <input type="checkbox"/>	شيك <input type="checkbox"/>
Have you submitted any claim to Malath Cooperative Insurance and Reinsurance Co.?	YES <input type="checkbox"/> نعم	NO <input type="checkbox"/> لا	هل سبق وأن تقدمتم بمطالبة لشركة ملاذ للتأمين وإعادة التأمين التعاوني ؟

## C. Attachments:

ج. المرفقات :

صورة الهوية / الإقامة / السجل التجاري <input type="checkbox"/>	صورة استمارة الطرف الثالث <input type="checkbox"/>	أصل تقرير المرور <input type="checkbox"/>
Copy of I.D. /Iqama/C.R.	Copy of istimara (for TP)	Original Police report
صورة شهادة التأمين (للمؤمن له) <input type="checkbox"/>	تقديرات شيخ المعارض <input type="checkbox"/>	تقديرات الورش <input type="checkbox"/>
Copy of Insurance certificate	Chief auctioneer estimation	Workshops estimations
	أخرى : <input type="checkbox"/>	صورة بطاقة حساب البنك <input type="checkbox"/>
	_____ others	Copy of Bank Account card

## D. Declaration:

د. إقرار :

I declare to the best of my knowledge and belief that the above particulars are true and correct. أقر أنا الموقع أدناه حسب علمي واعتقادي التام أن البيانات المدونة أعلاه حقيقية وصحيحة .

Name: مقدم المطالبة : \_\_\_\_\_ Signature: التوقيع : \_\_\_\_\_ Date: التاريخ : \_\_\_\_\_

## E. For Company Use Only:

هـ. للاستعمال الرسمي فقط :

Claim Center – Branch _____	مكتب استقبال المطالبات - فرع _____
Notes: ملاحظات : _____	الموظف المستلم : _____
_____	التوقيع : _____
_____	التاريخ : _____ Date: _____
_____	إدخال المطالبة بواسطة : _____