



# ني أورينتال انشورنس كومباني ليمند The Oriental Insurance Co. Ltd.

(Regd. Office : "ORIENTAL HOUSE" A 25/27, Asaf Ali Road, New Delhi, India)

Issuing Office : Chief Agents, Dubai, Sheikh Rashid Building, Above Bank of Baroda, Dubai Creek, Floor 3, Suite 303,  
Entrance from Rear, P.O. Box 478 DUBAI - U.A.E., Phone: +971 4 353 8688 / 353 7795, Fax : +971 4 353 1722,  
E-mail : ksm@oicgulf.ae, Cable : SOBHRAJ.  
"IN DUBAI SINCE 1960"

Celebrating  
55 Golden Years  
in U.A.E.

## Motor Claim Form

## استمارة مطالبة لحادث سيارة

Please Note  
issuing of this claim form and/or subsequent completion of  
survey formalities shall not constitute admission of liability by  
the Company

للعلم  
ان تقديم هذه الاستمارة والاجراءات الملاحقة للمعاينة  
لا يعني قبول المسؤولية من قبل الشركة.

Name of Insure :

اسم المؤمن

Address of Insured :

عنوان المؤمن

Vehicle Reg. No. :

رقم السيارة

Make and Year :

نوع السيارة وسنة الصنع

Telephone No :

رقم التليفون

For what purpose was the Vehicle  
being used at the time of the accident?

لاي غرض كانت تستعمل  
السيارة وقت الحادث

Driver at the time of accident:  
Name :

إلسائق وقت الحادث  
الاسم

Was he driving with Insured permission? Yes/No

هل كان يقود السيارة باذن من المؤمن؟ نعم / لا

Is driver employed by the insured?

هل يعمل السائق لد المؤمن؟

Was he under the influence of intoxicating drugs or liquid?

هل كان تحت تاثير المشروبات الكحولية أو المخدرات؟

Driving Licence No. :

رقم رخصة السوق

Licence Date of issue :

تاريخ اصدار رخصة السوق

Licence Date of Expiry :

تاريخ انتهاء رخصة السوق

Details of the accident :  
Place of accident :

تفاصيل الحادث  
مكان الحادث

Date of accident & time :

تاريخ الحادث والوقت

Did the accident occur on wrong side of the road?

هل كان موقع الحادث في الجانب الخطا من الطريق؟

Speed & Visibility :

حدود السرعة والرؤية

Please describe how the accident occurred :

ارجو ان توضح كيف تم الحادث

Please draw a rough plan of accident showing roads, direction of Vehicle etc, :

أرجو رسم مخطط للحادث موضحاً  
الطرق واتجاه السيارات

Details of damage to Insured Vehicle :

الأضرار التي لحقت بالسيارة المؤمنة

Estimated cost of repairs :

تقديرات تكاليف الإصلاح

Where is the Vehicle at present?

مكان تواجد السيارة حالياً؟

Was any passenger in Insured Vehicle injured? If so Name / Names :

هل أصيب أي من الركاب في سيارة المؤمن؟ اذكر الاسم  
الاسماء / الاسم

Details of injury/ies :

تفاصيل الاصابات

Details of damage to Third Party :  
Third Party Vehicle/s or other Property :

مدى اضرار سيارة الطرف الثالث أو ممتلكاته  
مدى اضرار الطرف الثالث

Estimated Loss : Dhs.

الخسارة المقدرة بالدرهم

Name of Insurance Company covering Third Party Vehicle if know :

اسم شركة تأمين سيارة الطرف الثالث

Bodily injury to any Third Party :

الاصابات الجسمانية لأي من الاطراف الثالثة

Have the Police witnessed the Accident? Or  
Has the Accident been reported to the Police?

هل شاهد الحادث أحد من رجل الشرطة؟ أو  
هل تم ابلاغ الشرطة بالحادث؟

Name of Police Station where reported?

في أي قسم من أو أقسام الشرطة تم التقدير

What action have the police taken?

ماهي اجراءات الشرطة تجاه الحادث؟

Does the Insured or the driver have any other Insurance Policy  
on this Vehicle?  
If so details please :

هل لدى المؤمن أو السائق اية بوليصة تأمين سارية للسيارة  
المعدنية أو اية سيارة اخرى؟ اذا كانت  
هناك ارجو ذكر التفاصيل

I/We \_\_\_\_\_  
declare that the statements given above are the true and that  
I/We have not withheld any information relating to this accident.  
I/We also affirm that the happening was unintentional

أقر بان كل البيانات والحقائق التي ذكرتها صحيحة ولا  
توجد هناك معلومات لم يتم اعلانها كم انني أقر بان الحادث  
كان بمحض الصدفة وليس عن عمد

Signature of Insured & Date

توقيع المؤمن والتاريخ