

Paid Up Capital: Dhs. 500,000,000

Registered under Federal Law No. (6) of 2007
Certificate No. 14 dated 29th December 1984

Orient Insurance PJSC(Head Office)
P.O. Box 27966, Dubai, UAE
tel +971 4 253 1300 , fax +971 4 253 1500
e-mail orient@alfuttaim.ae
www.insuranceuae.com

رأس المال المدفوع: ٥٠٠,٠٠٠,٠٠٠ درهم
مسجلة طبقاً للقانون الإتحادي رقم (٦) لسنة ٢٠٠٧م
شهادة رقم ١٤ بتاريخ ٢٩/١٢/١٩٨٤م
اورينت للتأمين - شركة مساهمة عامة (المكتب الرئيسي)
ص.ب. ٢٧٩٦٦ دبي، إ.ع.م.
هاتف ١٣٠٠ ٢٥٣ ٩٧١٤، فاكس ١٥٠٠ ٢٥٣ ٩٧١٤
e-mail orient@alfuttaim.ae
www.insuranceuae.com

Accident Insurance Form

استمارة مطالبة لحادث سيارة

N.B.: The following are essentially required:

1. Completed claim-form (as below)
2. Vehicles Registration Card (Milkhiya)
3. Driving License of the Driver
4. Police Report and/or Traffic Court's Judgement
5. Copy of Passport ID of the driver showing the date of birth

ملاحظة: مستندات المطالبة المطلوبة:

١. استمارة المطالبة مكتملة البيانات
٢. صورة ملكية السيارة
٣. صورة من رخصة القيادة
٤. تقرير المرور وقرار محكمة المرور
٥. صورة من جواز السفر أو بطاقة الهوية توضح تاريخ الميلاد

Please Note:

Issuing of this claim form and/or subsequent completion of survey formalities shall not constitute admission of liability by the Company.

للعلم:
إن تقديم هذه الاستمارة والإجراءات اللاحقة للمعاينة لا يعني قبول المسؤولية من قبل الشركة.

Policy No.	رقم البوليصة
Vehicle Regn. No.	رقم السيارة
Make & Year	نوع السيارة وسنة الصنع
Name of Insured	اسم المؤمن
E-mail Address	البريد الإلكتروني
Telephone No./ Fax No. Office Res. منزل	رقم الهاتف/الفاكس عمل
Name of Driver at the time of the accident	اسم السائق وقت الحادث
Date of birth of the Driver	تاريخ ميلاد السائق
Was he driving with Insured's permission? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	هل كان يقود السيارة بإذن من المؤمن؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
Place, Date & Time of Accident	مكان وتاريخ ووقت الحادث

Please describe how the accident occurred أرجو أن توضح كيف تم الحادث

Details of Damage to Insured Vehicle الأضرار التي لحقت بالسيارة المؤمنة

Details of damage to Third Party Vehicle/s or other Property; if any مدى أضرار سيارة الطرف الثالث أو ممتلكاته

Name of Insurance Company covering Third Party Vehicle if known اسم شركة التأمين التي تغطي مركبة الطرف الثالث إن وجدت

Bodily Injury to any Third Party/ Passenger الإصابات الجسدية لأي طرف ثالث/راكب

If so, give details في حالة وجودها يرجى التوضيح

I/We أقر/تقر

declare that the statements given above are true and that I/We have not withheld any information relating to this accident. I/We also affirm that the happening was unintentional. بأن كل البيانات والحقائق التي ذكرتها صحيحة ولا توجد هنالك معلومات لم يتم الإفصاح عنها كما أنني أقر/أنتنا نقر بأن الحادث كان بمحض الصدفة وليس عن عمد.

Signature of Insured & Date توقيع المؤمن والتاريخ