

MOTOR CLAIM FORM - SIMPLE ACCIDENT

تصريح بوقوع حادث بدون إصابات

ARE YOU?

صفة مقدم التصريح والمطالبة؟

- Insured
 Driver
 Others

- المؤمن له
 السائق
 الآخرين

DESCRIBE HOW ACCIDENT HAPPENED?

صف كيف حصل الحادث؟

We hereby declared and confirmed that all information's above are correct, and that we bear full legal responsibility for the correctness of this information, and we also authorized Islamic Arab Insurance Co " SALAMA"(PJSC) and/ or their legal consultants to proceed this accident and our names for any act or / procedure mentioned under this accident, and they may object to the accident report and they may submit petitions, appeals and all legal procedures that they deem appropriate in our name and on our behalf, and/ or to admit liability and/ or negligence on our part and / or by our agencies or employees.

نصرح ونؤكد بأن ما ذكر أعلاه صحيح حسب معرفتنا واعتقادنا وأنها نتحمل المسؤولية القانونية الكاملة عن صحة هذه المعلومات/ البيانات، كما أننا نفوض الشركة الإسلامية العربية للتأمين - سلامة (ش.م.ع.) و / أو مستشاريها القانونيين أن يتولوا موضوع هذا الحادث بأسمنا في كل ما ينشأ عنه حسب ما يرويه مناسبا ولهم أن يعترضوا على تقرير الحادث ولهم تقديم الإلتماسات والإستئنافات وكافة الإجراءات القانونية التي يرونها مناسبة بإسمنا ونياية عنا، كما لهم أن يعترفوا بالمسؤولية و/ أو الإهمال من قبلنا و / أو من قبل وكالاتنا أو موظفينا.

Date :

Name :

Signature :

P.O.Box No. :

Mobile No. :

التاريخ :

إسم مقدم الطلب :

التوقيع :

صندوق البريد :

رقم الموبايل :