



Your Reliable Partner

Paid Up Capital: Dhs. 100,000,000

Registered under Federal Law No. (9) of 1984

Certificate No. 14 dated 29th December 1984

P.O. Box 27966, Dubai, UAE

tel 2953425, fax 2955701

e-mail aoi@alorfutaim.ae - www.insuranceuae.com

شريك يعتمد عليه

رأس المال المدفوع: ١٠٠.٠٠٠.٠٠٠ درهم

مسجلة طبقاً للقانون الاتحادي رقم (٩) لسنة ١٩٨٤م

شهادة رقم ١٤ بتاريخ ٢٩/١٢/١٩٨٤م

ص.ب ٢٧٩٦٦ - دبي. ا.ع.م.

هاتف: ٢٩٥٣٤٢٥ - فاكس: ٢٩٥٥٧٠١

e-mail aoi@alorfutaim.ae - www.insuranceuae.com

استمارة مطالبة لحادث سيارة

N.B. : The following are essentially required :

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

ملاحظة : مستندات المطالبة المطلوبة

- ١) استمارة المطالبة مستوفاه
- ٢) صورة ملكية السيارة
- ٣) صورة من رخصة القيادة
- ٤) تقرير المرور وقصر 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 الإستمارة والإجراءات اللاحقة للمعاينة لا يعني قبول المسؤولية من قبل الشركة

Policy No.	رقم الوثيقة
Vehicle Regn. No.	رقم السيارة
Make & Year	نوع السيارة وسنة الصنع
Name of Insured	إسم المؤمن
Address of Insured	عنوان المؤمن
Employer's name & address	جهة وعنوان عمل المؤمن
Telephone No./Fax No. Office Res. منزل	رقم التليفون/الفاكس عمل
Name of Driver at the time of the accident	إسم السائق وقت الحادث
Date of birth of the Driver	تاريخ ميلاد السائق
Was he driving with Insured's permission? Yes/No	هل كان يقود السيارة بإذن من المؤمن نعم/لا
Place, Date & Time of Accident	مكان ، تاريخ 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 ممتلكات
Name of Insurance Company covering Third Party Vehicle if known	إسم شركة تأمين سيارة الطرف الثالث
Bodily Injury to any Third Party/Passenger	الإصابات الجسدية لأي طرف ثالث/راكب
If so, give details	في حالة وجودها برجا، التوضيح

I/We

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.

أقر/نقر

بأن كل البيانات والحقائق التي ذكرتها صحيحة ولا توجد هنا لك معلومات لم يتم الإفصاح عنها كما أنني أقر/أنا مقر بأن الحادث كان بمحض الصدفة وليس عن عمد

Signature of Insured & Date

توقيع المؤمن والتاريخ