

THE NEW INDIA ASSURANCE
COMPANY LTD.

P.O. Box No. 2907, Ruwi, P.C. 112, Sultanate of Oman
Tel. : 24838800, Fax : 24838899
E-mail : niamct@omantel.net.om
Website : www.newindiaoman.com



NEW INDIA
ASSURANCE

الشركة الهندية الجديدة
للتأمين المحدودة

ص.ب : ٢٩٠٧، روي - الرمز البريدي : ١١٢، سلطنة عمان
تليفون : ٢٤٨٣٨٨٠٠، فاكس : ٢٤٨٣٨٨٩٩
بريد الإلكتروني : niamct@omantel.net.om
الموقع الإلكتروني : www.newindiaoman.com

استمارة مطالبة MOTOR CLAIM FORM

(اصدار هذه الاستمارة لا يجب ان تعتبر تحملا للمسؤولية)

(THE ISSUE OF THIS FORM IS NOT TO BE TAKEN AS AN ADMISSION OF LIABILITY)

رقم الوثيقة
Policy No : فترة التأمين
Period of Insurance : / to /

اسم المؤمن له
Insured Nam :

رقم النقال
Mobile No. : البريد الإلكتروني
email :

رقم المركبة
Reg. No. نوع المركبة
Vehicle Make : موديل
Model :

هل المركبة كانت في وضع تسمح لها بالسير
Was the vehicle in proper working condition :

تفاصيل الأضرار
Full details of damages :

تفصيل السائق DRIVER DETAILS

اسم السائق
Name of driver at the time of accident :

تاريخ الميلاد
Date of birth : / / العمر
Age :

رقم رخصة القيادة
Driving License No. : تاريخ الصدار
Date of issue : / /

تاريخ الانتهاء
Date of expiry : / / جهة الاصدار
Issuing Authority :

قائد المركبة هو : ١- المالك ٢- سائق مدفوع له (يستلم راتب) ٣- صديق المالك أو صلة قرابه
Is the driver 1 - Owner 2 - Paid Driver 3 - Owner's relative or friend

إذا كان قائد المركبة مدفوع له منذ متى يعمل لديكم
If paid driver, how long has been in your employment

هل تسبب في حادث سابق ؟
Has he been involved in any accident before ?

نوع الرخصة
Type of vehicles authorized to drive


ACCIDENT DETAILS تفاصيل الحادث

تاريخ / / الوقت / الموقع
Date : / / Time : Location:

سرعة مركبتك وقت وقوع الحادث؟
Speed of your vehicle at the time of accident?

تفاصيل الحادث
Give a short description of the accident:

THIRD PARTY DAMAGE أضرار في الغير

رقم المركبة Vehicle No.	نوع اللوحة Type of Plate	نوع المركبة Type of Vehicle	رقم النقال Mobile No.

تفاصيل الجسم الثابت المتضرر :
Full details of property damaged :

INJURY LIST كشف المصابين

هل اصيب السائق / الركاب
Was driver / any occupant injured:

الاسم Name	الجنس Gender	رقم الهاتف Contact No.	صلة بالسائق Relation to driver	درجة الإصابة Injury graveness

I / We the above named do hereby, to the best of my / our knowledge and belief, warrant the truth of the foregoing statement in every respect, and I / We if I / We have made, or in any further declaration the company may require in respect of the said accident, shall make any false or fraudulent statement, or any suppression or concealment the policy shall be void and all rights to recover there under in respect of past or future accidents shall be fortified.

تاريخ /
Date :

توقيع المؤمن له - ختم الشركة
Signature of insured / Company Stamp