

## DECLARATION OF MOTOR ACCIDENT



## تصريح عن حادث سير

FAULTY PARTY (O.D)   
FIRST PARTY (T.P)

الشركة العمانية المتحدة للتأمين ش.م.ع.ع  
OMAN UNITED INSURANCE CO. S.A.O.G.

المتسبب (الطرف الثاني)   
المتضرر (الطرف الأول)

DRIVER DETAILS		تفاصيل قائد المركبة
NAME OF INSURED		اسم المؤمن له
DRIVER'S NAME		اسم السائق
RELATION OF THE DRIVER TO INSURED		صلة السائق بالمؤمن له
PHONE NUMBER		الهاتف
ADDRESS		العنوان الدائم
DRIVER'S AGE		عمر السائق
LICENSE NUMBER		رقم الرخصة السياقة
DATE OF FIRST ISSUE		تاريخ الإصدار الأول

VEHICLE DETAILS		تفاصيل المركبة
INSURANCE COMPANY		شركة التأمين
POLICY NUMBER		رقم وثيقة التأمين
REG. NUMBER		رقم المركبة
MAKE & MODEL		نوع المركبة
CLASS OF THE VEHICLE	PRIVATE <input type="checkbox"/> خصوصي    COMMERCIAL/TAXI <input type="checkbox"/> تجاري    D.SCHOOL <input type="checkbox"/> تعليم    RENTAL <input type="checkbox"/> تاجير	درجة المركبة

ACCIDENT DETAILS		تفاصيل الحادث
PLACE OF ACCIDENT		مكان وقوع الحادث
DATE OF ACCIDENT		تاريخ الحادث
TIME OF ACCIDENT		وقت الحادث
HAS THE POLICE BEEN INFORMED?	YES / نعم <input type="checkbox"/> NO / لا <input type="checkbox"/>	هل تم إخطار الشرطة عن الحادث؟
HAS THE VEHICLE BEEN TOWED?	YES / نعم <input type="checkbox"/> NO / لا <input type="checkbox"/>	هل تم سحب المركبة بواسطة رافعه؟
HAS THE VEHICLE BEEN MECHANICALLY INSPECTED BY R.O.P?	YES / نعم <input type="checkbox"/> NO / لا <input type="checkbox"/>	هل تم فحص المركبة لدى مركز الفحص بالشرطة؟
DID THE VEHICLE HIT ANY STATIONARY OBJECTS?	YES / نعم <input type="checkbox"/> NO / لا <input type="checkbox"/>	هل اصطدمت المركبة بأي جسم ثابت؟

DAMAGES TO BOTH VEHICLES		الأضرار المتكوية في المركبتين
	<p>FAULTY PARTY (O.D) المتسبب (الطرف الثاني)</p>	<p>FIRST PARTY (T.P) المتضرر (الطرف الأول)</p>
<p>يرجى استخدام ورقة إضافية في حالة وجود أكثر من مركبتين PLEASE USE ANOTHER SHEET IF MORE THAN TWO VEHICLES INVOLVED</p>		

تفاصيل كيفية وقوع الحادث DESCRIPTION OF HOW THE ACCIDENT HAPPENED	اسم المصاب NAME OF INJURED (if any)	الجنس SEX	العلاقة بقائد المركبة RELATIONSHIP TO THE DRIVER	العلاقة بالمؤمن له RELATIONSHIP TO THE INSURED
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				

SKETCH PLAN OF THE ACCIDENT	رسم مخطط الحادث

Documents Must be Produced by the Claimant	المستندات التي يجب توفيرها من قبل العميل
1. Copy of Mulkiya <input type="checkbox"/>	1. نسخة من ملكية المركبة <input type="checkbox"/>
2. Copy of Driver License <input type="checkbox"/>	2. نسخة من رخصة القيادة <input type="checkbox"/>
3. Policy Excess <input type="checkbox"/>	3. مبلغ المساهمة <input type="checkbox"/>
4. ROP Inspection Report <input type="checkbox"/>	4. تقرير الفحص الفني الشرطة <input type="checkbox"/>
5. Any documents the Insurer requires mentioned it <input type="checkbox"/>	5. أي مستندات اذى يطلبها المؤمن ذكر ذلك <input type="checkbox"/>

I DECLARE THAT ALL THE INFORMATION AND STATEMENTS mentioned above are true and accurate as well as taking full responsibility towards it. I understand that this claim may be refused if the information provided are false.

أتعهد بأن التفاصيل والمعلومات المذكورة أعلاه صحيحة، وأتحمل كافة المسؤولية في حالة ثبوت مخالفة هذه التفاصيل والمعلومات للحقيقة، ويجوز لشركة التأمين رفض المطالبة في حال ثبوت الإدلاء بمعلومات غير صحيحة عن الحادث.

DRIVER'S Name, SIGNATURE & DATE : .....

اسم السائق، التوقيع و التاريخ .....