



National Life & General Insurance Company SAOG

P.O. Box : 798, Postal Code 117 Wadi Kabir  
Sultanate of Oman  
(968) 24730999 natlife@nlicgulf.com  
(968) 24727453 www.nlicgulf.com  
C.R. No.: 1/48787/6 - ICR No. : 23

الشركة الوطنية للتأمين على الحياة والعام ش.م.ع.ع

ص.ب: ٧٩٨، البريدي ١١٧، الوادي الكبير، سلطنة عمان  
natlife@nlicgulf.com (٩٦٨) ٢٤٧٣٠٩٩٩  
www.nlicgulf.com (٩٦٨) ٢٤٧٢٧٤٥٣  
رقم س.ت: ١/٤٨٧٧/٦ - رقم التأمين: ٢٣

Motor Accident Claim Form

إستمارة مطالبة حادث مروحي: جسيم، بسيط، كوارث، عرضي

Customer Details مالك المركبة

الإسم Name	<input type="text"/>	رقم الوثيقة Policy No	<input type="text"/>
رقم الهاتف Contact No	<input type="text"/>	البريد الإلكتروني Email id	<input type="text"/>

Vehicle Details بيانات المركبة

رقم السيارة Vehicle No	<input type="text"/>	الرمز Reg Mark	<input type="text"/>	نوع المركبة Make	<input type="text"/>	موديل المركبة Model	<input type="text"/>
---------------------------	----------------------	-------------------	----------------------	---------------------	----------------------	------------------------	----------------------

Driver Details بيانات السائق

اسم السائق Driver Name	<input type="text"/>	رقم الرخصة License No	<input type="text"/>	تاريخ الإنتهاء Expiry date	<input type="text"/>
---------------------------	----------------------	--------------------------	----------------------	-------------------------------	----------------------

Accident Details بيانات الحادث

تاريخ الحادث Date of Accident	<input type="text"/>	وقت الحادث Time of Accident	<input type="text"/>	موقع الحادث Place of accident	<input type="text"/>
----------------------------------	----------------------	--------------------------------	----------------------	----------------------------------	----------------------

Cause of accident (Please narrate the accident) تفاصيل كيفية وقوع الحادث

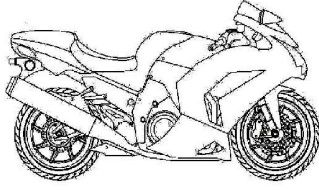
Injury / Death Details – Occupants of the insured vehicle / Third Party الإصابات - الوفيات

الرقم SI No	الإسم Name	رقم الهاتف Phone Number	الجنس Gender	العمر Age	راكب Passenger	سائق Driver	درجة الإصابة Degree of Injury	صلة القرابة بمالك المركبة Relationship to vehicle owner

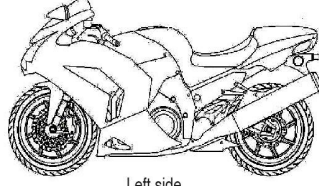
Ambulance service availed : Yes  No  لا  نعم  سيارة الاسعاف :

## Vehicle Damage

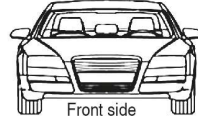
## توضيح الضرر بالمركبة



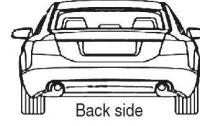
Right side



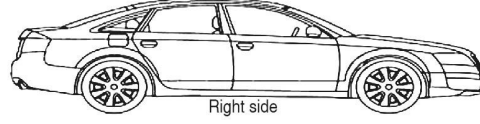
Left side



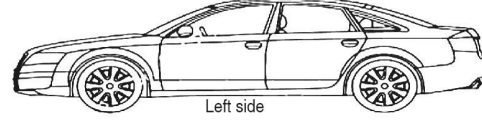
Front side



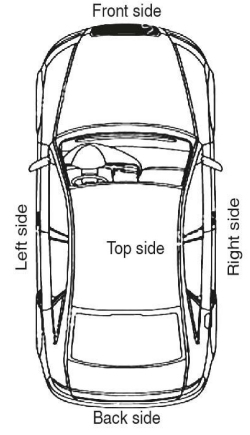
Back side



Right side



Left side



Front side

Top side

Left side

Right side

Back side

## Accident Sketch

## رسم توضيحي لكيفية وقوع الحادث وتفاصيل موقع الحادث

## DECLARATION:

## إقرار :

عليه أؤكد لكم بأن جميع المعلومات المقدمة في هذه الإستمارة للمطالبة صحيحة وكاملة وفي حالة الإدلاء بمعلومات غير صحيحة أو مغلوطة أو إخفاء لمعلومات تتعلق بالحادث فإنه يحق أسقاط حقي وأتحمّل المسؤولية القانونية ضدي ومقاضاتي إضافة لذلك أقر بأن أستلام هذه الإستمارة أو المستندات المؤيدة لها لا تعتبر بمثابة موافقة الشركة الوطنية للتأمين على الحياة والعاهة ش.م.ع.ع على ذلك ويحق للشركة قبول أو رفض أو طلب أي معلومات إضافية تتعلق بالمطالبة كما أؤكد بأنني على علم ودراية بشروط وأحكام وثيقة التأمين.

I Confirm that, all information furnished in this claim form are correct and complete. I agree that if I made or will make false statement or suppression or concealment, of material information relating to the claim, my right to claim shall stand forfeited. I hereby consent and authorize National Life & General Insurance to seek information and obtain documentary evidence related to this motor accident claim. I also agree that the receipt of this claim form / supporting documents etc does not constitute an agreement by National Life & General Insurance of the claim and National Life reserves the right to process or reject or require additional information in respect of the claim. I am also aware of the policy terms, conditions and exclusions

The name of the client:

اسم مقدم المطالبة

Date :

التاريخ :

Place :

المكان :

Signature/Stamp of the customer :

توقيع / ختم العميل :