

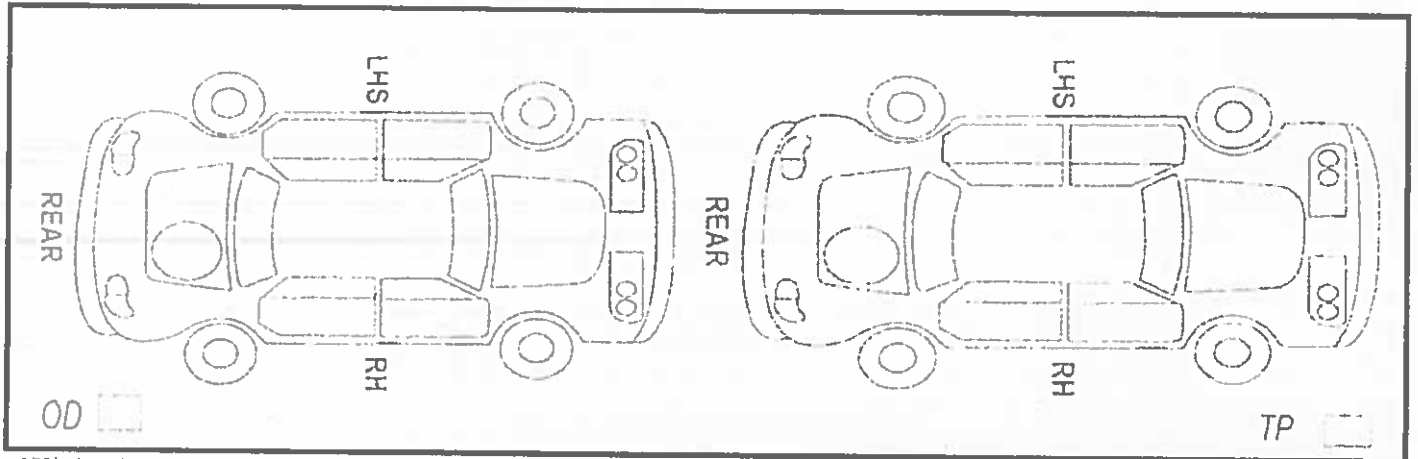


المدينة تكافل
Al Madina Takaful

OD: () TP: () Motor Department Accident Section دائرة تعويضات حوادث السيارات

Minor Road Traffic Accident () / ROP-report () () تقرير الشرطة ()

1. Policy No: _____ رقم الوثيقة: _____
2. Place /Date and Time of Accident: _____ موقع / تاريخ ووقت الحادث: _____
3. Driver name / Date of Birth /Relation : _____ اسم السائق / تاريخ الميلاد / صلة القرابة: _____
4. Contact No. & E-mail: _____ رقم الهاتف والبريد الإلكتروني: _____
5. Description how accident occurred: _____ تفاصيل كيفية وقوع الحادث: _____



I/We hereby declare that to the best of our knowledge and belief the above information is true and correct in all respects and I understand that this claim may be refused if information is untrue. I/We authorize AL MADINA INSURANCE CO. SAOG or any person they assign to act on our behalf in all matters arising from this accident for post-accident procedures.

أؤكد إن المعلومات التي أقدمها هي معلومات دقيقة ، وصحيحة ، وأعلم إنه سيتم رفض هذه المطالبة في حال إن المعلومات لم تكن صحيحة. كما إنني /إننا نخول شركة المدينة للتأمين ش.م.ع.ع أو أي شخص مكلف من قبلهم بالتصرف نيابة عنا في المسائل الناشئة عن هذا الحادث لغرض تسهيل إجراءات الحادث.

Date & Time /Signature: _____ التوقيع / التاريخ والوقت: _____

"to be completed by the Insured only"
تمن من قبل المؤمن فقط