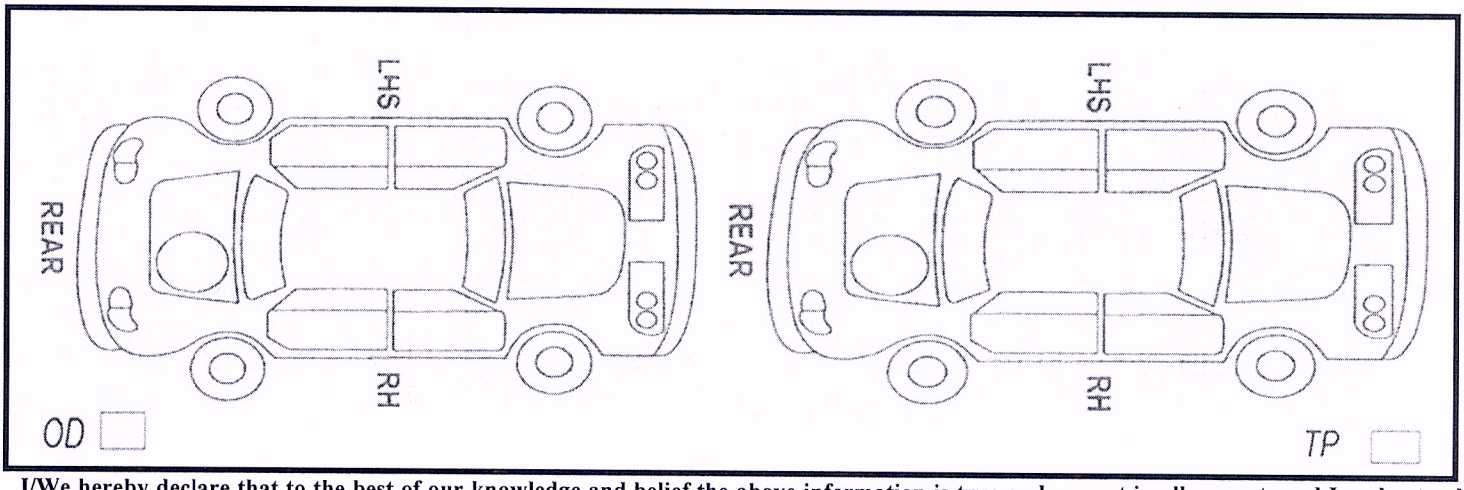
المدينة تكافل
Al Madina Takaful

OD: ( ) TP: ( )

Motor Department Accident Section دائرة تعويضات حوادث السيارات

Minor Road Traffic Accident ( ) / ROP-report ( ) إستمارة حادث مروري بسيط ( )/ تقرير الشرطة ( )

1. Policy No: _____ 1. رقم الوثيقة:
2. Place /Date and Time of Accident: _____ 2. موقع / تاريخ ووقت الحادث:
3. Driver name / Date of Birth /Relation : _____ 3. إسم السائق/ تاريخ الميلاد /صلة القرابة:
4. Contact No. & E-mail: _____ 4. رقم الهاتف والبريد الالكتروني:
5. Description how accident occurred: 5. 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 ، وصحيحه ، وأعلم إنه سيتم رفض هذه المطالبة في حال إن المعلومات لم تكن صحيحه. كما إنني /إننا نخول شركة المدينة للتأمين ش.م.ع.ع أو أي شخص مكلف من قِبلهم 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"
" تعبئ من قبل المؤمن فقط"

شركة المدينة للتأمين ش.م.ع.ع، ص.ب ١٨٠٥، العذيبة، الرمز البريدي ١٣٠، سلطنة عمان. • هاتف: ٢٢٠٣٣٨٨٨ ٩٦٨+ • فاكس: ٢٢٠٣٣٨٣٣ ٩٦٨+ • س.ت رقم: ١/٨١٥٠٠/٨
Al Madina Insurance Company SAOG, PO Box 1805, Athaiba, PC 130, Sultanate of Oman. • T: +968 22033888 • F: +968 22033833 • C.R. No. 1/81500/8
reachus@almadinatakaful.com • www.almadinatakaful.com