

Branch الفرع Agent الوكيل

Hospital: Please call Doctor:
Hospital: Please call Doctor:

Name of Insured/Company:
Policy No: Inception: Expiry:
Limit of Indemnity D/D: per person: per accident: in the Aggregate
Motorbike Extension: Class of Hospital Confinement:

Name of the Injured Person: إسم المصاب:
Age of Injured Person: عمر المصاب:
His Occupation: مهنة المصاب:
Wage of Injured Person: أجره المصاب:
Date & Time of discontinuing work: تاريخ وساعة بدء الانقطاع عن العمل:
Place, Date & Time of Accident: مكان، تاريخ وساعة الحادث:
Nature of Injury: نوع الإصابة:
Description of the Accident: وصف الحادث:

Witnesses of the Accident: شهود الحادث:

Nature of Work performed at time of Accident: نوع العمل الذي كان يزاوله عند وقوع الحادث:

Was the injured, prior to the accident, handicapped or ill? Yes نعم No لا هل كان المصاب قبل الحادث عاجزاً أو مصاباً بمرض؟

Name & Address of treating Doctor/Hospital: إسم المستشفى والطبيب المعالج:

أنا الموقع أدناه أؤكد، وعلى مسؤوليتي، صحة المعلومات المبينة أعلاه وأصرح بأن الوقائع المدرجة صحيحة وكاملة.
I, the Undersigned, confirm at my own responsibility the truth of the above statements and declare that the facts mentioned are true and complete.

Written in: Date: بتاريخ: حرر في:

Signature & Stamp of the insured/Company: توقيع وختم المؤمن / الشركة:

عند حصول حادث، الرجاء تعبئة التصريح بالكامل وتقديمه إلى المستشفى مع نسخة إلى نكست كير، إن عدم التقيد بهذه الخطوات يمكن أن يؤدي إلى رفض المطالبة.

NextCare Phone Number: 01/504040 رقم هاتف نكست كير: 01/504040

FIDELITY Phone Number: 1575 رقم هاتف فيدلتي: 1575