



# تصريح عن حادث مسؤولية مدنية للمدارس

## SCHOOL LIABILITY CLAIM DECLARATION

Branch ..... الفرع

Agent ..... الوكيل

Name of Insured/School:

Policy No:

Inception:

Expiry:

Limit of Indemnity D/D:

per person:

per accident:

in the Aggregate

Limit of Indemnity MED:

per person:

per accident:

in the Aggregate

Maximum Liability of the Company for the Period:

Cover 24/24 h:

Place, Date & Time of Accident:

مكان, تاريخ وساعة الحادث:

Description of the Accident:

وصف الحادث:

Witnesses of the Accident:

شهود الحادث:

Name of the Injured Person:

اسم المصاب:

Status of Injured Person:

Student

Teacher

Staff

موظف

معلم

تلميذ

وضع المصاب:

Age of Injured Person:

عمر المصاب:

Nature of Injury:

نوع الإصابة:

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:

حرف في:

Signature & Stamp of the insured/School:

توقيع وختم المؤمن / المدرسة:

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