



Work Accident Declaration Form

تصريح عن حادث العمل

Validity of the Policy صلاحية البوليصة		Claim No. حادث رقم	
From من	Till الى	Policy No. بوليصة رقم	
Policy Holder اسم المتعاقد		Address عنوانه	
Address عنوانه		Nature of Work نوع العمل	
Name of the Injured Person اسم المصاب		Address عنوانه	
Widow <input type="checkbox"/> أرمل	Married <input type="checkbox"/> متزوج	Single <input type="checkbox"/> أعزب	Age عمره
Kind of Job مهنة	Working enrolment date التحاق بالعمل بتاريخ	Nationality جنسيته	
Nationality جنسيته		Salary راتبه	
Date & Time of the accident تاريخ وساعة وقوع الحادث		Date & Time of Work Suspension تاريخ وساعة الانقطاع عن	
Place of the accident مكان وقوع الحادث		Kind of work done at the time of the accident نوع العمل الذي كان يقوم به عند وقوع الحادث	
Causes & Circumstances of the accident اسباب الحادث وظروفه		Referred to Hospital حول إلى مستشفى	
Employer's Signature توقيع رب العمل		Date التاريخ	

* ملاحظة: ترسل جميع النسخ الى المستشفى

Specialized to Emergency department in the Hospital خاص بقسم الطوارئ في المستشفى	
Date of Admission تاريخ دخول المصاب	Time of Admission ساعة دخول المصاب
Brief Description of the case ملخص عن الحالة	
Treatment العلاج	
Number of Non- working days مدة التعطيل عن العمل	
Name of the Hospital اسم المستشفى	
Name of the attending Doctor اسم الطبيب المشرف	
Signature الامضاء	

Remark: The last 2 copies of this declaration should be given to the Insured after being completed by the E.R. in the Hospital

ملاحظة: تعطى آخر نسختين من هذا التصريح الى المؤمن بعد املائه من قبل الطوارئ في المستشفى