



الوطنية للتأمين

شركة البحيرة

Al-Buhaira National Insurance Co.

شركة مساهمة عامة خاضعة لأحكام القانون الاتصالي رقم (٦) لسنة ٢٠٠٧ ومقيدة في سجل شركات التأمين تحت رقم (١٥) وسجل الشركات التجارية تحت رقم (٣١) مركزها الرئيسي: الشارقة- رأس المال المدفوع بالكامل ٢٥٠ مليون درهم
المركز الرئيسي : برج البحيرة للتأمين - شارع الكورنيش- بحيرة خالد- الشارقة، ص.ب. ٦٠٠٠، تليفون ٥١٧٤٤٤٤ - ٠٦ - فاكس ٥٧٤٨٨٥٥ - ٠٦
Head Office : Abnic Tower - Corniche Road - Khalid Lagoon - Sharjah - P.O Box 6000, Tel. 06 - 5174444 - Fax 06 - 5748855

WORKMEN'S COMPENSATION
ACCIDENT REPORT FORM

تأمين العمال
اخطار حادث

Claim No. رقم الوثيقة Policy No. مطالبة رقم

Employer's Name اسم رب العمل
Business نوع العمل
Address العنوان

Name of Injured اسم المصاب
Occupation مهنة
Age عمره
Date of Joining Work تاريخ الالتحاق بالعمل
Is he in direct employment or in sub-Contracting هل يعمل مباشرة او مع متعهد فرعي
Basic Salary الراتب الاساسي
Daily/Monthly يومي / شهري

Date of accident تاريخ وقوع الحادث
Time الساعة
Place of Accident مكان وقوع الحادث
When did he stop working تاريخ الانقطاع عن العمل
Time الساعة
On what work was the employee engaged at the time of accident نوع العمل الذي كان يبشره العامل وقت وقوع الحادث

Give exact information as to the circumstances in which the accident happened تفاصيل وقوع الحادث

Nature and extent of injury نوع الاصابة الحاصلة

Probable Duration of Treatment مدة العلاج المحتملة

Name of witness if any اسماء الشهود عن الحادث

Who is liable for Accident من المسؤول عن الحادث

Name of Hospital where injured was taken اسم المستشفى الذي نقل اليه المصاب

Date التاريخ

Employer's Signature

توقيع رب العمل