

الوطنية للتأمين



شركة البحيرة

Al-Buhaira National Insurance Co.

المركز الرئيسي: بناية الشركة - ساحة البرج - الشارقة - ص.ب : 6000 - تليفون : 5684000 - تليكس : 68610 - تيلفاكس : 5685000
Head Office : Co's Bldg. Al - Boorj Avenue - Sharjah - P.O.Box : 6000 - Tel : 5684000 - Telex : 68610 - Telefax : 5685000

WORKMEN'S COMPENSATION
ACCIDENT REPORT FORM

تأمين العمال
اخطار حادث

Claim No. مطالبة رقم Policy No. رقم الوثيقة

Employer's Name اسم رب العمل

Business نوع العمل

Address العنوان

Name of Injured اسم المصاب

Occupation Age عمره مهنة

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 : Daily/Monthly يومي/شهري الراتب الاساسي

Date of accident Time الساعة تاريخ وقوع الحادث

Place of Accident مكان وقوع الحادث

When did he stop working Time الساعة تاريخ الانقطاع عن العمل

On what work was the employee engaged at the time of accident نوع العمل الذي كان يباشره 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