

إستمارة فتح مطالبة مركبات  
Motor claim Registrarion form

MOTOR CLAIMS DEPARTMENT  
CLAIM'S DETAILS

قسم مطالبات المركبات  
بيانات مقدم

CLAIMANT NAME:	-----	اسم مقدم الطلب:
C.P.R.:	-----	الرقم السكاني:
CAR REGISTRATION:	-----	رقم السيارة:
MODEL OF VEHICLE:	-----	سنة الصنع:
PHONE NO.	-----	رقم الهاتف:
GARAGE NAME:	-----	اسم الكراج:

في حال إعتبار المركبة في حكم الخسارة الكلية أتعهد بإستكمال إجراءات تحويل الملكية في غضون ثلاثون يوماً من تاريخ موافقتي على عرض شركة سوليدرتي البحرين.

I / We hereby Agreed in case of declaring the vehicle as total loss to finalize the transfer of ownership within days from receiving the offer from Solidarity Bahrain 30

SIGNATURE:	-----	التوقيع:
DATE:	-----	التاريخ:

نود إفادتكم علماً بأنه في حالة عدم رضاكم عن الخدمات المقدمة، فإن الدليل الإرشادي لشكاوى العملاء متاح على موقعنا الإلكتروني:  
<http://www.solidarity.com.bh/complaints>  
كما أنه متوفر أيضاً في جميع فروع الشركة.

We wish to inform you that a simple and easy-to-use guide on customer complaints procedures is available on our website (<http://www.solidarity.com.bh/complaints>) and in all of our branches in the event you are not satisfied with the services provided.