

Claim Ref No:

Resolution Insurance Motor Windscreen Claim Form

NOTE: ALL QUESTIONS MUST BE ANSWERED IN FULL & IN BLOCK LETTERS

Please attach the following documents: -

- Original ETR receipt for replacement of the windscreen
- Photo of the damaged windscreen before replacement and photo after replacement
- Copy of ID / Passport

Broker / Agent		

INSURED																						
Title				Surnam	ne					F	irst Na	me						Mic	ddle N	lame		
Name																						
	Code	!			Numb	er								Code	e -		·		N	umber		·
Telephone No									ı	Mobil	e Phor	ne No.										
		Address	s			Postal C	Code	_						'	Tow	/n		'				•
Postal Address																						
Email Address										Occi	upatio	n										
VEHICLE AN	ID AC	כוטו.	FNT	DFT	ΓΔΙΙ	ς																
				DL 1																		
Reg. No. of Vehicle							Polic	y No.														
Date of the Accident	D D	M	A Y	Y	Υ	Time			a.n	n/p.m		Place										
State the EXACT PURP	OSE for w	which the	o vobic	lo was h	oina u	cod at	the time	of the	accidon	.+												
State the EXACT FOR	OSL IOI W	mich the	e veriici	ie was i	Jenig u	seu at	the time	or the a	accidei	ıı												
•••••	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	•••••	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	•••••	• • • • • • • •	•••••	•••••	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •		• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	• • • • • • • •		• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	••••		• • • • • •	•••••		•••••	•••••	•••••
Give a description of t	he incide	nt																				
	•••••	•••••			• • • • • • • •		•••••	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	• • • • • • • • •			• • • • • • • • •		• • • • • • • • •				• • • • • • • •		•••••		•••••
		•••••	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	•••••	• • • • • • • •		•••••	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •			• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •			• • • • • • • •	••••	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	• • • • • •	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •		•••••	•••••	•••••
					• • • • • • • •																	
Type of road surface .								Visibili	ty								Wet	t or Di	rv			
Estimated speed befo	re accide	nt	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	•••••	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	•••••	••••	Weath	er Con	dition	•••••	•••••	• • • • • •	•••••	• • • • •					•••••	•••••	
Has any damage beer	caused t	o the ve	hicle o	ther tha	n the l	oreaka	ge of the	windso	reen /	windo	ows?								Yes		No	,
If yes, state the dam																						
	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •				• • • • • • •	•••••	•••••	•••••		•••••	• • • • • • • •	• • • • • • • •	• • • • • •	• • • • • • • •	••••		• • • • • •	• • • • • • •		•••••	• • • • • • • •	•••••
					• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •																	
Do you wish that the	claim be s	ettled le	ess the r	reinstat	ement	premi	um and	cover to	be reir	nstate	d?								Yes		No)

June 2015 RI/GB/FM/04 Rev.0 1

If Yes, give the value and applicable, pay the premium: Ksh

DECLARATION

I/we DECLARE that these particulars are true and correct and undertake to forward immediately (and answered) any correspondence to his accident.

Date of Completion: Name:
Signature of Insured (and stamp):



HEAD OFFICE: Parkfield Place, Muthangari Drive, Off Waiyaki Way, Westlands | Address: P O Box 4469 – 00100, Nairobi, Kenya Telephone: +254 20 2894 000 | Mobile: +254 709 990 000, +254 730 199 000 | Email: gbclaims@resolution.co.ke | Website: www.resolution.co.ke