

**Inland Transit Claim From**  
**إخطار حادث تأمين نقل داخلي (برى)**

التفاصيل الشخصية	
PERSONAL DETAILS	
Policy Number	رقم الوثيقة
Insurance Period	From من
	To إلى
Insured Name	إسم المؤمن له
Type of goods	نوع البضائعه
Responsible Person to communicate	إسم المسئول من جانبكم
Address	العنوان
Mobile Number	رقم الموبايل
Home/Office Tel.	رقم هاتف المنزل/المكتب
E-mail Address	عنوان البريد الإلكتروني

تفاصيل الحادث	
ACCIDENT DETAILS	
Location of accident	مكان وقوع الحادث
Date and time of accident	تاريخ ووقت الحادث
Cause of accident	كيفية وقوع الحادث
Losses and damages resulting from the accident	الخسائر والتلفيات الناتجة عن الحادث

\* Questions are welcomed through Phone: 02- 33323299Ext. 1192  
 Or via mail: mohamed.eltahawy@arope.com.eg

THE RECEIPT OF THIS FORM IS NOT TO BE TAKEN AS AN ADMISSION  
 OF LIABILITY

\* يسعدنا تلقى استفساراتكم من خلال التواصل معنا تليفونياً: 02/ 33323299  
 داخلى 1192  
 أو عبر البريد الالكتروني: mohamed.eltahawy@arope.com.eg

\*\* يرجى العلم بأن إسلام الشركة للإخطار لا يعد قبولاً للمطالبة

OTHER DETAILS	تفاصيل أخرى
Estimated claim amount	مبلغ المطالبة التقديرية
In addition to benefiting from other insurances concluded on all or some of the things subject to insurance, if any	فضلاً الإفادة عن التأمينات الأخرى التي أبرمت على الأشياء موضوع التأمين كلها أو بعضها، إن وجدت

DECLARATION		إقرار
I/We declare to the best of my/our knowledge & belief that the foregoing particulars are true & correct.		أقر/نفر لحد علمي/علمنا واعتقادي/اعتقادنا بأن التفاصيل المذكورة أعلاه هي حقيقة وصحيحة...
Signature of the insured		توقيع المؤمن له
Date		التاريخ
Stamp		الختم

\* Questions are welcomed through Phone: 02- 33323299 Ext. 1192  
 Or via mail: mohamed.eltahawy@arope.com.eg

THE RECEIPT OF THIS FORM IS NOT TO BE TAKEN AS AN ADMISSION  
 OF LIABILITY

\* يسعدنا تلقى استفساراتكم من خلال التواصل معنا تليفونياً: 02/ 33323299  
 داخلي 1192  
 أو عبر البريد الإلكتروني: mohamed.eltahawy@arope.com.eg

\*\* يرجى العلم بأن إسلام الشركة للإخطار لا يعد قبول للمطالبة\*