



Liability Insurance Claim Form
نموذج مطالبة تأمين حوادث المسؤولية المدنية

PERSONAL DETAILS		بيانات الوثيقة
Policy Number		رقم الوثيقة
Insured Name		إسم المؤمن له
Address		العنوان
Mobile Number of Contact Person.		رقم موبايل الشخص المسئول للتواصل معه .
E-mail Address		عنوان البريد الإلكتروني

LOSS OR DAMAGE DETAILS		تفاصيل الحادث
Location of accident		مكان وقوع الحادث
Date and time of accident		تاريخ ووقت الحادث
Cause of accident		سبب وقوع الحادث
Did others sustain any injuries in the accident?		هل تسبّب الحادث في وقوع أي ضرر للغير؟
No <input type="checkbox"/> لا Yes <input type="checkbox"/> نعم		
<p>Brief description of property lost or damaged</p> <p style="text-align: right;">أعط تفاصيل الأضرار التي لحقت بالغير (الأسماء، العناوين، والأضرار التي لحقت بهم)</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		

* 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
داخلي 1192
أو عبر البريد الإلكتروني: mohamed.eltahawy@arope.com.eg

** يرجى العلم بأن إسلام الشركة للإخطار لا يعد قبولًا للمطالبة*


OTHER DETAILS
تفاصيل أخرى

Were the Police notified?	No <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	هل تم إبلاغ الشرطة؟
إذا كان الجواب "نعم"، أعط رقم المحضر					
Has any legal claim been filed against you?	No <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	هل تم رفع أي دعاوى قضائية ضدكم؟
ما هي قيمة المطالبة المالية ضدكم عن الحادث؟					
Give details of other Insurances, if any, covering the present loss					
الإفادة عن التأمينات الأخرى التي تغطي نفس الحادث					

DECLARATION
إقرار

I/We, the above named, do hereby, to the best of my/our knowledge and belief, warrant the truth of the foregoing statements in every respect; and I/we agree that if I/we have made, or in further declaration the Company may require in respect of the said accident, shall make any false or fraudulent statement, or any suppression or concealment, my/our claim shall be absolutely forfeited and the Policy shall be null and void...

أقر/نقر لحد علمي/علمنا واعتقادي/اعتقادنا
حقيقة البيانات السابقة من جميع النواحي ؛ وأنا
أوافق/نحن نوافق على أنه إذا قمت/قمينا بالإعلان،
أو في إعلان آخر قد تطلب الشركة فيما يتعلق
بالحادث المذكور ، فسوف نقدم أي بيان كاذب أو
احتياطي ، أو أي قمع أو إخفاء ، فسيتم مصادرة
مطالبتي/مطالبتنا تماماً وتكون السياسة لاغية
وباطلة....

Signature of the insured		توقيع المؤمن له
Date		التاريخ
Stamp		الختم

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

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

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

** يرجى العلم بأن إسلام الشركة للإخطار لا يعد قبولًا للمطالبة