



Liability Insurance Claim Form
نموذج مطالبة تأمين حوادث المسؤولية المدنية

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

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

* 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 إستلام الشركة للإخطار لا يعد قبولاً للمطالبة*



OTHER DETAILS		تفاصيل أخرى
Were the Police notified?	No <input type="checkbox"/> لا Yes <input type="checkbox"/> نعم	هل تم إبلاغ الشرطة؟
If YES, give police report #		إذا كان الجواب "نعم"، أعط رقم المحضر
Has any legal claim been filed against you?	No <input type="checkbox"/> لا Yes <input type="checkbox"/> نعم	هل تم رفع أي دعاوي قضائية ضدكم؟
What is the value of the financial claim against you for the accident?		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/قمنا بالإعلان، أو في إعلان آخر قد تطلبه الشركة فيما يتعلق بالحادث المذكور، فسوف نقدم أي بيان كاذب أو احتيالي، أو أي قمع أو إخفاء، فسيتم مصادرة مطالبتنا/مطالبتنا تمامًا 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 إستلام الشركة للإخطار لا يعد قبولاً للمطالبة*