



CONTRACTORS' ALL RISKS CLAIM FORM

إخطار حادث تأمين جميع أخطار المقاولين

PERSONAL DETAILS		التفاصيل الشخصية
Policy Number		رقم الوثيقة
Insurance Period	From	مدة التأمين
	To	
Insured Name		إسم المؤمن له
Project Name		إسم المشروع
Responsible Person		إسم المسئول من جانبكم
Address		العنوان
Mobile Number		رقم الموبايل
Home/Office Tel.		رقم هاتف المنزل/المكتب
E-mail Address		عنوان البريد الإلكتروني

ACCIDENT DETAILS		تفاصيل الحادث
Location of accident		مكان وقوع الحادث
Date and time of accident		تاريخ ووقت الحادث
Cause of accident		كيفية وقوع الحادث وسببه
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

* يسعدنا تلقي استفساراتكم من خلال التواصل معنا تليفونيا: 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 قبولا للمطالبة*



OTHER DETAILS	تفاصيل أخرى
Estimated claim amount	مبلغ المطالبة التقديري
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/نقر لحد علمي/علمنا واعتقادي/اعتقادنا بأن التفاصيل المذكورة أعلاه هي حقيقية وصحيحة...
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 تلقي 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*