



CONTRACTORS' EQUIPMENT & MACHINERY INSURANCE CLAIM FORM

إخطار حادث تأمين معدات وآليات المقاولين البرية

PERSONAL DETAILS		التفاصيل الشخصية
Policy Number		رقم الوثيقة
Insurance Period	From	من
	To	الى
Insured Name		إسم المؤمن له
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
Losses and damages resulting from the accident		الخسائر والتلفيات الناتجة عن الحادث

* Questions are welcomed through Hot Line: 19693

via mail: non-motor.claims@arope.com.eg

يسعدنا تلقي أسئفساراتكم من خلال التواصل معنا الخط الساخن 19693

أو عبر البريد الإلكتروني: non-motor.claims@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*



Details of damaged equipment and machinery (mentioned in the insurance policy)						تفاصيل المعدات والآليات المتضررة (المذكورة في وثيقة التأمين)					
القوة بعدد الأحصنة/ الكيلوات	سنة الصنع	الرقم المتسلسل	الموديل	النوع	الماركة						

OTHER DETAILS		تفاصيل أخرى	
Is the damaged equipment currently under warranty or annual maintenance contract?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No نعم لا	هل تخضع الآلية المتضررة حالياً للضمان أو عقد صيانة سنوي؟	
If the answer is "yes", provide details of the terms and duration of the contract or guarantee		إذا كان الجواب "نعم"، أذكر تفاصيل أحكام ومدة العقد أو الضمان	
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 الأفادة 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 Hot Line: 19693

via mail: non-motor.claims@arope.com.eg

يسعدنا تلقي أسئلتكم من خلال التواصل معنا الخط الساخن 19693

أو عبر البريد الإلكتروني: non-motor.claims@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*