



Inland Transit Claim From
إخطار حادث تأمين نقل داخلي (بري)

PERSONAL DETAILS		التفاصيل الشخصية
Policy Number		رقم الوثيقة
Insurance Period	From	من
	To	الى
Insured Name		إسم المؤمن له
Type of goods		نوع البضاعة
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

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 أستفساراتكم 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*



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 عن 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 Hot Line: 19693

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

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

يسعدنا تلقي استفساراتكم من خلال التواصل معنا الخط الساخن 19693

أو عبر البريد الإلكتروني: non-motor.claims@arope.com.eg

** يرجى العلم بأن إستلام الشركة للإخطار لا يعد قبولاً للمطالبة*