



PROPERTY INSURANCE CLAIM FORM

نموذج أخطار حادث تأمين الممتلكات

PERSONAL DETAILS		التفاصيل الشخصية
Policy Number		رقم الوثيقة
Sum Insured		مبلغ التأمين
Insured Name		إسم المؤمن له
Address		العنوان
Mobile Number		رقم الموبايل
Home/Office Tel.		رقم هاتف المنزل/المكتب
E-mail Address		عنوان البريد الإلكتروني

LOSS OR DAMAGE DETAILS		تفاصيل الخسارة أو الضرر
Note: Please fill in the information below, where applicable. ملاحظة: يرجى إكمال المعلومات أدناه، عند الإقتضاء.		
Location where loss or damage occurred.		مكان وقوع الخسارة أو الضرر
Date and time of loss or damage		تاريخ ووقت الخسارة أو الضرر
Brief description of nature and cause of loss		إشرح بإيجاز تفاصيل عن طبيعة وسبب الخسارة
Brief description of property lost or damaged		إشرح بإيجاز تفاصيل الممتلكات المفقودة أو المتضررة
Year of manufacturing & serial		سنة الصنع والرقم المتسلسل

* Questions are welcomed through Hot Line: 19693

يسعدنا تلقي أسئسار اكم من خلال التواصل معنا الخط الساخن 19693

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

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
Were the Civil Defense called?	No <input type="checkbox"/> لا Yes <input type="checkbox"/> نعم	هل تم استدعاء الاطفاء؟
If NO, give details		إذا كان الجواب "لا"، أعط التفاصيل
Were the Police notified?	No <input type="checkbox"/> لا Yes <input type="checkbox"/> نعم	هل تم إبلاغ الشرطة
If NO, give details		إذا كان الجواب "لا"، أعط التفاصيل
Are you the sole owner of the property lost or damaged?	No <input type="checkbox"/> لا Yes <input type="checkbox"/> نعم	هل أنت المالك الوحيد للممتلكات المفقودة أو المتضررة؟
If No, give particulars of any other interest in the property.		إذا كان الجواب "لا"، أعط تفاصيل أية مصالح أخرى في الممتلكات
Is there any existing insurance, whether effected by the claimant/or any other person on the said property?	No <input type="checkbox"/> لا Yes <input type="checkbox"/> نعم	هل يوجد أي تأمين آخر، سواء كان مبرماً من قبل مقدم المطالبة أو أي شخص آخر على هذه الممتلكات؟
If YES, give brief details, including name of Insurer, policy number and amount insured		إذا كان الجواب "نعم" أعط تفاصيل موجزة، تتضمن إسم شركة التأمين، رقم وثيقة التأمين ومبلغ التأمين
Estimated value of loss or damage		القيمة التقديرية للخسارة أو الضرر
Salvage value		قيمة المستنقذات

* Questions are welcomed through Hot Line: 19693

يسعدنا تلقي أسئلتكم من خلال التواصل معنا الخط الساخن 19693

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

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*



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 أسئساراتكم 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 استلام الشركة للإخطار لا يعد قبولاً للمطالبة*