

## ACCIDENTS INSURANCE CLAIM FORM

### نموذج مطالبة تأمين حوادث شخصية

PERSONAL DETAILS		التفاصيل الشخصية
Policy Number		رقم الوثيقة
Insured Name		إسم المؤمن عليه
Address		العنوان
Mobile Number		رقم الموبايل
Home/Office Tel.		رقم هاتف المنزل/المكتب
E-mail Address		عنوان البريد الإلكتروني
DETAILS OF INJURED/DECEASED (INSURED)		بيانات الشخص المصاب / المتوفي (المؤمن عليه)
Full Name		الأسم بالكامل
Age		السن
Profession		المهنة
Nature of Accident	<input type="checkbox"/> Injury أصابة <input type="checkbox"/> Death وفاة	طبيعة الحادث
Brief description of Accident		إشرح بإيجاز تفاصيل الحادث

LOSS OR DAMAGE DETAILS		تفاصيل الحادث
Location of accident		مكان وقوع الحادث
<input type="checkbox"/> Off site خارج منطقة العمل <input type="checkbox"/> On site داخل منطقة العمل		
Date and time of accident		تاريخ ووقت الحادث
Cause of accident		سبب وقوع الحادث

\* Questions are welcomed through Phone: 02-33377997  
Ext. 201 or 445

Or via mail: NonMotorClaims@esih.com.eg

\*\* Receipt of Form is not equivalent to approval of Claim

\* يسعدنا تلقي استفساراتكم من خلال التواصل معنا تليفونياً: ٠٢/ ٣٣٣٧٧٩٩٧ داخلي  
٤٤٥ أو ٢٠١

أو عبر البريد الإلكتروني: NonMotorClaims@esih.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
Nature of work carried out at the time of the accident		
طبيعة العمل الذي كان يمارسه وقت وقوع الحادث		

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