

LIABILITY INSURANCE CLAIM FORM
نموذج مطالبة تأمين حوادث المسؤولية المدنية

PERSONAL DETAILS		بيانات الوثيقة
Policy Number		رقم الوثيقة
Insured Name		إسم المؤمن له
Address		العنوان
Mobile Number		رقم الموبايل
Home/Office Tel.		رقم هاتف المنزل/المكتب
E-mail Address		عنوان البريد الإلكتروني
Period of Insurance		فترة التأمين
Limits of Indemnity under the policy		حدود التعويض بموجب الوثيقة

LOSS OR DAMAGE DETAILS		تفاصيل الحادث
Location of accident		مكان وقوع الحادث
Date and time of accident		تاريخ ووقت الحادث
Cause of accident		سبب وقوع الحادث
Did others sustain any injuries in the accident?		هل تسبب الحادث في وقوع أي ضرر للغير؟
No <input type="checkbox"/> لا Yes <input type="checkbox"/> نعم		
Brief description of property lost or damaged		أعط تفاصيل الأضرار التي لحقت بالغير (الأسماء، العناوين، والأضرار التي لحقت بهم)

* 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 أسئلتكم 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
Has any legal claim been filed against you?	No <input type="checkbox"/> لا Yes <input type="checkbox"/> نعم	هل تم رفع أي دعاوي قضائية ضدكم؟
What is the value of the financial claim against you for the accident?		ما هي قيمة المطالبة المالية ضدكم عن الحادث؟
Give details of other Insurances, if any, covering the present loss		الإفادة عن التأمينات الأخرى التي تغطي نفس الحادث
DECLARATION		إقرار
I/We, the above named, do hereby, to the best of my/our knowledge and belief, warrant the truth of the foregoing statements in every respect; and I/we agree that if I/we have made, or in further declaration the Company may require in respect of the said accident, shall make any false or fraudulent statement, or any suppression or concealment, my/our claim shall be absolutely forfeited and the Policy shall be null and void...		أقر/نقر لحد علمي/علمنا واعتقادي/اعتقادنا حقيقة البيانات السابقة من جميع النواحي؛ وأنا أوافق/نحن نوافق على أنه إذا قمت/قمنا بالإعلان، أو في إعلان آخر قد تطلبه الشركة فيما يتعلق بالحادث المذكور، فسوف نقدم أي بيان كاذب أو احتيالي، أو أي قمع أو إخفاء، فسيتم مصادرة مطالبتني/مطالبتنا تمامًا وتكون السياسة لاغية وباطلة....
Signature of the insured		توقيع المؤمن له
Date		التاريخ
Stamp		الختم