

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"/> خارج منطقة العمل Off site <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 |