

CONTRACTORS' ALL RISKS INSURANCE CLAIM FORM

إخطار حادث تأمين جميع أخطار المقاولين

PERSONAL DETAILS		التفاصيل الشخصية
Policy Number		رقم الوثيقة
Insurance Period	From من	مدة التأمين
	To الى	
Insured Name		إسم المؤمن له
Project Name		إسم المشروع
Responsible		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 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
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 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