




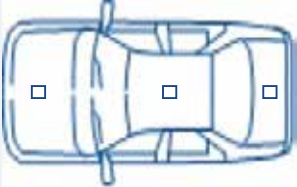



أكسا للتأمين مصر (أكسا للتأمين) ش.م.م.
أبراج النابيل سيتي - البرج الشمالي - الدور ١٨
٢٠٠٥ كورنيش النيل رملة بولاق
القاهرة - مصر
ص.ب.: ١٤٦ الجزيرة س.ج.: ٨٣٩٧٠
تليفون: ٣٦١٣ ٢٤٦١ (٢٠٢)+
فاكس: ٢٤٦١ ٩٩٤٠ (٢٠٢)+
شركة أكسا للتأمين مصر (أكسا للتأمين) ش.م.م.
خاضعة لأحكام القانون ١٠ و ١٥٩٩ لسنة ١٩٨١
مقيدة بسجل الهيئة العامة للرقابة المالية تحت رقم ٣٥

Motor claim form

All questions must be answered and the Policyholder must not admit liability to any person and any written or verbal claims must be passed immediately to the Company for attention.

إستمارة مطالبة سيارات

يرجى الإجابة عن جميع الأسئلة، ويجب أن لا يعترف حامل الوثيقة بالمسؤولية لأي شخص كما يجب تسليم أي مطالبات كتابية أو شفوية إلى الشركة على الفور.

1. Insured Information		١. بيانات المؤمن له				
Name:	الإسم:	Policy Number:	رقم الوثيقة:			
Phone No:	رقم الهاتف:	Email Address:	البريد الإلكتروني:			
2. Driver at the time of the accident		٢. بيانات السائق في وقت الحادث				
Name:	الإسم:	Date of Birth:	تاريخ الميلاد:			
Relationship to insured:	العلاقة بالمؤمن له:	Occupation:	المهنة:			
Was he / she driving with permission? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		هل كان السائق يقود السيارة بتصريح منك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا				
Driving License No.:	رقم رخصة القيادة:	Date of Issue:	تاريخ الإصدار:			
Phone No:	رقم الهاتف:	National ID :	الرقم القومي :			
3. Vehicle Details		٣. بيانات السيارة				
Registration No.:	رقم اللوحة :	Model:	الموديل:			
4. Accident details		٤. معلومات الحادث				
Date	/ /	التاريخ:	Time:	الوقت:	Place:	المكان:
Cause of Damage:	<input type="checkbox"/> Collision	تصادم <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Unknown	ضد مجهول <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Off Road	خارج الطريق <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Windscreen	الزجاج <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Natural Disaster	العوامل الطبيعية <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Flood	فيضانات <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Theft	السرقه <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Others	أخرى	<input type="checkbox"/>	
Explain how the damage occurred:		يرجى ذكر كيفية حدوث الضرر؟ مع ذكر التفاتيات				
Was the accident reported to the police? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If no, Why?		هل تم تبليغ الشرطة عن الحادث؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا لم يتم ذلك، أذكر السبب؟				
5. Damages description / Accident scenario		٥. الأضرار على المركبة / مخطط وقع الحادث				
						
						
Please mention the repair location		يرجى ذكر مكان الإصلاح				
6. Policyholder Declaration		٦. إعلان حامل الوثيقة				
I/We hereby declare that the above mentioned particulars are true to the best of my/our knowledge and beliefs.		أنا / نحن نقر بأن التفاصيل المذكورة أعلاه صحيحة.				
Date:	Signature:	التوقيع:		التاريخ:		

If you have any question regarding this form or any other aspect of the cover, please send you enquiry to our Motor Claims Team at the email address [16363](mailto:16363@axa.com) or by phone on 16363

إذا كان لديك أي استفسار بخصوص المطالبة أو أي تغطية أخرى . برجاء ارسال طلبكم الى قسم مطالبة السيارات عن طريق البريد الإلكتروني [16363](mailto:16363@axa.com) أو الاتصال على رقم 16363