



Motor claim form

إستمارة مطالبة السيارات

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.

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: / /
Expiry Date:	تاريخ الإنتهاء: / /	National ID :	الرقم القومي :
Phone No:	رقم الهاتف:		

3. Vehicle Details		٣. بيانات السيارة	
Registration No.:	رقم اللوحة :	Model:	الموديل:
Chassis:	شاسية:		

4. Accident details		٤. معلومات الحادث	
Date	التاريخ: / /	Time:	الوقت:
Place:	المكان:		
Cause of Damage:	<input type="checkbox"/> Collision تصادم	<input type="checkbox"/> Unknown ضد مجهول	<input type="checkbox"/> Off Road خارج الطريق
	<input type="checkbox"/> Windscreen الزجاج	<input type="checkbox"/> Natural Disaster العوامل الطبيعية	<input type="checkbox"/> Flood فيضانات
	<input type="checkbox"/> Theft السرقة	<input type="checkbox"/> Others أخرى	

Explain how the damage occurred: يرجى ذكر كيفية حدوث الضرر؟ مع ذكر التفصيلات

Was the accident reported to the police? Yes No هل تم تبليغ الشرطة عن الحادث؟ نعم لا
If no, Why? 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	
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:	التاريخ:
Signature:	التوقيع:

If you have any question regarding this form or any other aspect of the cover, please send you inquiry to our Claims Team at the email address MotorClaim@axa-egypt.com or contact us on 16363 or our Facebook page AXA Egypt

إذا كان لديك أي استفسار بخصوص المطالبة أو أي تغطية أخرى، برجاء ارسال طلبك الى قسم المطالبات على MotorClaim@axa-egypt.com أو تواصل معنا علي 36361 أو علي صفحتنا علي فيسبوك أكسا مصر

Please click on the below button to send the form to the claim team

رجاء الضغط على الزر أثناء إرسال الاستمارة إلى قسم المطالبات