



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		بيانات المؤمن له	
Name:	الإسم:	Policy Number:	رقم الوثيقة:
Phone No:			رقم الهاتف:
2. Driver at the time of the accident		بيانات السائق في وقت الحادث	
Name:	الإسم:	Phone No:	رقم الهاتف:
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: / /
3. Vehicle Details		بيانات السيارة	
Registration No.:	رقم اللوحة:	Model:	الموديل:
		Chassis:	شاسية:
4. Accident details		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"/> Flood فيضانات <input type="checkbox"/> Windscreen الزجاج <input type="checkbox"/> Natural Disaster العوامل الطبيعية <input type="checkbox"/> Theft السرقة <input type="checkbox"/> Others أخرى		أسباب الحادث:
Explain how the damage occurred:			يرجى ذكر كيفية حدوث الضرر؟ مع ذكر التلقيات
Was the accident reported to the police? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		هل تم تبليغ الشرطة عن الحادث؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	إذا لم يتم ذلك، أذكر السبب؟
If no, Why?			
5. Damages description / Accident scenario		هـ. 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 نفر بأن التفاصيل المذكورة أعلاه صحيحة.	
Date:	Signature:	التوقيع:	التاريخ:

أوافق وأصرح لشركة أكسا مصر بجمع واستخدام ومعالجة المعلومات والبيانات الخاصة بي - إذا دعت الحاجة - لأية متطلبات قانونية أو معاهدات دولية أو طبقاً للسياسات الملزمة للشركة طوال فترة التغطية التأمينية وكذلك أصرح للشركة بنقل والإفصاح عن البيانات الشخصية المقدمة مني أو من الغير إلى أي طرف ثالث متعاقد مع شركة أكسا لتنفيذ التزامات الشركة موضوع العقد وأصرح لها باستخدامها لخدمة أي علاقات أخرى داخل شركة أكسا .

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 16363 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 أدناه لإرسال الاستمارة إلى قسم المطالبات