



بروج للتأمين التعاوني  
Buruj Cooperative Insurance

Product ID  
A-BURJ-1-B-16-002

## نموذج مطالبة للمستفيد (التأمين الإلزامي على المركبات)

رقم المطالبة	يعبأ النموذج بشكل كامل
ريال سعودي	رقم وثيقة تأمين المؤمن له

1- معلومات المستفيد							
نوع المطالبة	<input type="checkbox"/> مركبة	<input type="checkbox"/> إصابات	<input type="checkbox"/> حريق	<input type="checkbox"/> ممتلكات	<input type="checkbox"/> وفيات	<input type="checkbox"/> أخرى	
الاسم	رقم الهوية <input type="text"/>						
البريد الإلكتروني	رقم الجوال <input type="text"/>						
صندوق البريد / الرمز							

2- *معلومات سائق المركبة							
السائق هو المستفيد	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا					
اسم السائق	رقم هوية سائق المركبة <input type="text"/>						

3- معلومات وتفاصيل الحادث							
مدينة وموقع الحادث	تاريخ ووقت وقوع الحادث	/ /	:	<input type="checkbox"/> صباحاً <input type="checkbox"/> مساءً			
مباشرة الحادث من قبل	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> أخرى	رقم تقرير الحادث					
نسبة مسؤولية المستفيد/ السائق	<input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75%	*رقم لوحة مركبة المستفيد					

4- معلومات الحساب البنكي للمستفيد							
أقر بأنه عند استلامي لمبلغ التعويض المستحق لي نظاماً وفقاً لتقديرات المرفقة ووفقاً لشروط الوثيقة وأحكامها من خلال تحويل المبلغ إلى حسابي المصرف الموضح أدناه في بنك ..... فإنني أهلي وأبرئ شركة التأمين بشكل تام ونهائي من جميع المسؤوليات التي قد تترتب على هذه المطالبة حالياً أو مستقبلاً. كما أقر بأنه قد تم تعويضني عن جميع المطالبات المتعلقة بهذه الواقعة.							
رقم الحساب البنكي الخاص بالمستفيد (IBAN)	<input type="text"/>						
أي خطأ في كتابة رقم الحساب (IBAN) تكون مسؤولية مُقدم المطالبة							

0- إقرار وقبول							
وفق قواعد جمع وتبادل المعلومات التأمينية للمركبات، أوافق على منح شركة التأمين الحق في الاستعلام والإفصاح وتبادل المعلومات التأمينية مع شركة نجم لخدمات التأمين فيما يخص المطالبة التأمينية المقدمة أو المطالبات السابقة وذلك للحصول على السجل التأميني، وكذلك أوافق على منح شركة نجم لخدمات التأمين الحق بالإفصاح والاستعلام وتبادل المعلومات التأمينية على كافة المعلومات التأمينية الخاصة بي مع الأعضاء.							

### أقر أنا الموقع أدناه أن البيانات المدونة أعلاه صحيحة

<input type="checkbox"/> المستفيد	<input type="checkbox"/> شخص آخر	رقم هوية مقدم المطالبة:	<input type="text"/>
اسم مقدم المطالبة	رقم جوال مقدم المطالبة:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
الصفة النظامية	التاريخ	/ /	التوقيع

1- لاستعمال شركة التأمين							
المستندات مكتملة	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	المستندات الناقصة				
التاريخ	/ /	رقم/ اسم الموظف	التوقيع				

(تكون المعاينة خلال 3 أيام من استلام المطالبة مكتملة المستندات)

\*خاص بأضرار المركبات