



بروج للتأمين التعاوني
Buruj Cooperative Insurance

نموذج مطالبة للمستفيد (التأمين الإلزامي على المركبات)

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

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					
البريد الإلكتروني	رقم الجوال					
صندوق البريد / الرمز						

2- *معلومات سائق المركبة

السائق هو المستفيد	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
اسم السائق	رقم هوية سائق المركبة	

3- معلومات وتفاصيل الحادث

مدينة وقوع الحادث	تاريخ وقت وقوع الحادث	صباحاً / مساءً
مباشرة الحادث من قبل	رقم تقرير الحادث	<input type="checkbox"/> نجم <input type="checkbox"/> أخرى
نسبة مسؤولية المستفيد/ السائق	*رقم لوحة مركبة المستفيد	
<input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 70%		

4- معلومات الحساب البنكي للمستفيد

أقر بأنه عند استلام مبلغ التعويض المستحق لي نظاماً وفقاً لتقديرات المرفقة ووفقاً لشروط الوثيقة وأحكامها من خلال تحويل المبلغ إلى حسابي المصرف الموضح أدناه في بنك . فإنني أذلي 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)
--

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

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

6- لاستعمال شركة التأمين

المستندات مكتملة	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	المستندات الناقصة
تاريخ	/ /	رقم / اسم الموظف	التوقيع

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

*خاص بأضرار المركبات