



نموذج مطالبة التأمين الإلزامي للمركبات (الطرف الثالث)

رقم المطالبة

١. معلومات مقدم المطالبة (الطرف الثالث) - الرجاء تعبئة النموذج بشكل كامل للإلزامية جميع الخانات ادناه

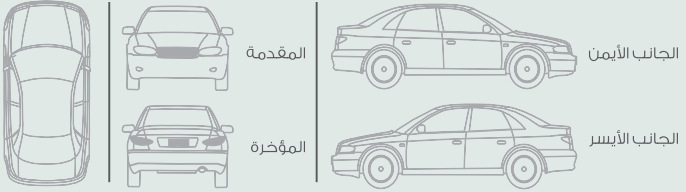
| | | |
|---------------------------|--|------------|
| رقم وثيقة تأمين المؤمن له | مبلغ التعويض | ريال سعودي |
| نوع المطالبة | <input type="checkbox"/> مركبة <input type="checkbox"/> إصابات <input type="checkbox"/> حريق <input type="checkbox"/> ممتلكات <input type="checkbox"/> وفيات <input type="checkbox"/> أخرى | |
| اسم المالك | رقم هوية المالك | |
| البريد الإلكتروني | رقم جوال المالك | |
| صندوق البريد/ الرمز | رقم هوية سائق المركبة | |
| اسم السائق | السائق هو مالك المركبة <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> تاريخ ميلاد السائق | / / |

٢. معلومات ووصف تفاصيل الحادث

| | | | |
|----------------------------|--------------------------------|--|---|
| مدينة / موقع الحادث | تاريخ و وقت وقوع الحادث | / / | صباحا <input type="checkbox"/> مساء <input type="checkbox"/> |
| مباشرة الحادث من قبل | رقم تقرير الحادث | | نجم <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/> |
| نسبة مسؤولية مقدم المطالبة | رقم لوحة مركبة الطرف الثالث | 75 % <input type="checkbox"/> 50 % <input type="checkbox"/> 25 % <input type="checkbox"/> 0 % <input type="checkbox"/> | |

ضع علامة (X) لإظهار منطقة الضرر في المركبة بسبب الحادث

يرجى وصف كيفية وقوع الحادث



| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |

٣. إقرار وقبول - خاص بمطالبة الطرف الثالث

رقم الحساب البنكي الخاص بمالك المركبة (IBAN)

أقر بأنه عند استلام مبلغ التعويض المستحق لي نظاماً وفقاً للتقديرات المرفقة ووفقاً لشروط الوثيقة وأحكامها من خلال تحويل المبلغ إلى حسابي المصرفي الموضح أعلاه في بنك أو بواسطة شيك، فإنني أخلي 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.

أوافق على منح شركة التأمين، ولغرض دراسة المطالبة، الحق في الاستفسار من شركة نجم لخدمات التأمين أو الجهات المختصة الأخرى أو أي شركة مرخصة/معتمدة من قبل مؤسسة النقد العربي السعودي ووفقاً لقواعد العمل المقررة الخاصة بتبادل المعلومات، عن جميع المعلومات المتعلقة بهذا الحادث أو حوادث سابقة سواءً تعلقت بالمركبة أو سائقها. كما أوافق على منح شركة التأمين الحق في تزويد تلك المعلومات والمطالبات الخاصة بي إلى الجهات الحكومية أو الشركات الأخرى المرخصة من قبل مؤسسة النقد العربي السعودي

أقر أنا الموقع أدناه أن البيانات المدونة أعلاه صحيحة

مقدم المطالبة مالك المركبة شخص آخر

| | | |
|-------------------|------------------------|-------------|
| اسم مقدم المطالبة | رقم هوية مقدم المطالبة | |
| تاريخ | رقم جوال مقدم المطالبة | التوقيع / / |

للاستعمال الرسمي

المستندات مكتملة نعم لا المستندات الناقصة

هل يتطلب معاينة المركبة نعم لا تاريخ

(تكون المعاينة خلال ٣ أيام من استلام المطالبة مكتملة المستندات)

Compulsory Vehicle Insurance Claim Form (Third Party)

Claim No.

1. Applicant Information (third party) - please fill the form in full. It is obligatory to fill in all boxes.

Insurance policy No.: Amount of indemnity: | SR

Type of claim Vehicle Injuries Fire Properties Death Other

Owner's Name Owner's ID No.

E-mail Owner's mobile No.

P.O. Box Driver's ID No.

Driver's Name Driver is the vehicle's owner: Yes No Driver's date of birth / /

2. Accident Description and Details

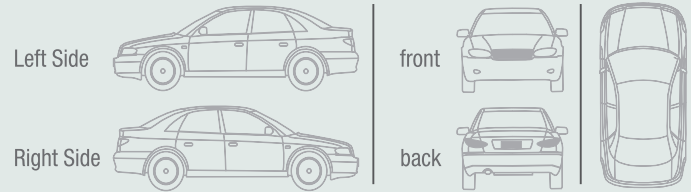
City / location of accident Date and time of accident / / in the morning in the evening

Accident is followed up by Najm Other Accident report No.

Applicant's liability 0 % 25 % 50 % 75 % Third party's vehicle registration plate No.

Please describe how the accident happened:

Put (X) to show the damage spot of the vehicle due to the accident



3. Acknowledgement Acceptance – Third Party Claim

Bank account No. of vehicle's owner (IBAN)

Any error in the bank account No. (IBAN) shall be the liability of the applicant

I acknowledge that upon receipt of the indemnity amount legally due to me according to the attached estimates and pursuant to the terms and conditions of the Policy through transferring the amount to my bank account hereinabove mentioned in Bank or by a cheque, I do hereby hold the Insurance Company fully and ultimately harmless and free from all liabilities which may arise out of this claim now and in the future. I also acknowledge that I have been fully indemnified for all claims related to this accident.

I agree to give the Insurance Company, for the purposes of examining the claim, the right to ask Najm for Insurance Services, other relevant authorities or any company licensed/approved by the Saudi Arabian Monetary Agency (SAMA), according to the applicable work rules related to the exchange of information, about all information relevant to this accident or past accidents, whether related to the vehicle or its driver. I do also agree to give the Insurance Company the right to present my information and claims to the government agencies or other companies approved by SAMA.

I, the undersigned, acknowledge that the data hereinabove stated are true.

Applicant Vehicle's owner Another person

Name of applicant Applicant ID No.

Date / / Signature Applicant's mobile No.:

For Official Use

Complete Documents Yes No Missing Documents

Vehicle Inspection Required Yes No Date / / Employee No. Signature

(Inspection shall be conducted within three days from receipt of application with complete documents)