ﺑﺮوج ﻟﻠﺘﺄﻣﻴﻦ اﻟﺘﻌﺎوﻧﻲ

Buruj Cooperative Insurance

ﺔــﻴــﺒــﻄــﻟا ﺔــﻴـــﻨﻬــﻤـﻟا ءﺎـﻄــﺧﻷا ﺪـــﺿ ﻦـــﻴـــﻣﺄـﺗ

ﺔﺒﻟﺎﻄﻣ جذﻮﻤﻧ

ﺔﻛﺮﺸﻟا ماﺪﺨﺘﺳﻻ

:ﺔﺒﻟﺎﻄﻤﻟا ﻢﻗر

ﻻ ﻳﻤﺜﻞ إﺻﺪار ﻫﺬا اﻟﻨﻤﻮذج ﻗﺒﻮل اﻟﺸﺮﻛﺔ ﻟﻠﻤﺴﺆوﻟﻴﺔ ﺑﻤﻮﺟﺐ وﺛﻴﻘﺔ اﻟﺘﺄﻣﻴﻦ

ﻫﺎم

1 . ﻳﺮﺟﻰ ﻗﺮاءة ﻫﺬا اﻟﺘﺼﺮﻳﺢ ﺑﺘﻤﻌﻦ ﻗﺒﻞ اﻟﺮد ﻋﻠﻰ اﻷﺳﺌﻠﺔ.

2 . ﻳﺠﺐ ﻋﻠﻰ اﻟﻤﺆﻣﻦ ﻟ .ﻪ واﻟﻤﻄﺎﻟﺐ ﺗﻌﺒﺌﺔ وﺗﻮﻗﻴﻊ اﻟﺘﺼﺮﻳﺢ.

3 . ﻳﺠﺐ اﻹﺟﺎﺑﺔ ﻋﻠﻰ ﺟﻤﻴﻊ اﻷﺳﺌﻠﺔ ﺑﺎﻟﻜﺎﻣﻞ ﻗﺪر اﻟﻤﺴﺘﻄﺎع واﺳﺘﺨﺪام ﺻﻔﺤﺎت إﺿﺎﻓﻴﺔ ﻋﻨﺪ اﻟﻠﺰوم.

4 . ﻳﺠﺐ إرﻓﺎق ﻧﺴﺦ ﻣﻦ ﺟﻤﻴﻊ اﻟﻤﺴﺘﻨﺪات اﻟﻌﺎﺋﺪة ﻟﻠﻤﻄﺎﻟﺒﺔ.

# 1 . ﺑﻴﺎﻧﺎت اﻟﻤﺆﻣﻦ ﻟﻪ/ اﻟﻤﺰاول

اﻻﺳﻢ اﻟﻜﺎﻣﻞ:

رﻗﻢ اﻟﺘﺮﺧﻴﺺ: رﻗﻢ وﺛﻴﻘﺔ اﻟﺘﺄﻣﻴﻦ:

ص. ب:. اﻟﻤﺪﻳﻨﺔ: اﻟﺮﻣﺰ اﻟﺒﺮﻳﺪي:

رﻗﻢ ﻫﺎﺗﻒ اﻟﻌﻤﻞ: رﻗﻢ اﻟﺠﻮال:

اﻟﺒﺮﻳﺪ اﻹﻟﻜﺘﺮوﻧﻲ:

# 2 . ﺑﻴﺎﻧﺎت اﻟﻤﻄﺎﻟﺐ

)أ( اﻻﺳﻢ اﻟﻜﺎﻣﻞ ﻟﻠﻤﻄﺎﻟﺐ أو اﻟﻤﻄﺎﻟﺐ اﻟﻤﺤﺘﻤﻞ:

)ب( ﻋﻨﻮان اﻟﻤﻄﺎﻟﺐ:

ص. ب:. اﻟﻤﺪﻳﻨﺔ: اﻟﺮﻣﺰ اﻟﺒﺮﻳﺪي:

رﻗﻢ ﻫﺎﺗﻒ اﻟﻌﻤﻞ: رﻗﻢ اﻟﺠﻮال:

رﻗﻢ اﻟﻔﺎﻛﺲ: اﻟﻌﻨﻮان اﻹﻟﻜﺘﺮوﻧﻲ:

MMP Claim form Page 1 of 4

# 3 . ﺗﻔﺎﺻﻴﻞ اﻟﺨﺪﻣﺎت اﻟﻤﻘﺪﻣﺔ

)أ( ﻣﺎ ﻫﻲ اﻟﺨﺪﻣﺎت اﻟﺘﻲ ﻗﺪﻣﺘﻬﺎ إﻟﻰ اﻟﻤﻄﺎﻟﺐ؟

)ب( ﻫﻞ أن اﺗﻔﺎﻗﻚ ﻟﺘﻘﺪﻳﻢ اﻟﺨﺪﻣﺎت ﻣﻮﺛﻖ ﺧﻄﻴﺎ؟ً إذا ﻛﺎن ﻛﺬﻟﻚ، اﻟﺮﺟﺎء ذﻛﺮ اﻟﺘﻔﺎﺻﻴﻞ. إذا ﻟﻢ ﻳﻜﻦ ﻛﺬﻟﻚ ﻳﺮﺟﻰ إﻋﻄﺎء

اﻟﺘﻔﺎﺻﻴﻞ اﻟﻤﻨﺎﺳﺒﺔ.

)ت( ﻣﺘﻰ ﻗﺪﻣﺖ اﻟﺨﺪﻣﺎت اﻟﺘﻲ ﻧﺸﺄت أو ﻗﺪ ﺗﻨﺸﺄ ﻋﻨﻬﺎ اﻟﻤﻄﺎﻟﺒﺔ؟

)ث( اﻟﺮﺟﺎء إﻋﻄﺎء اﺳﻢ اﻟﺸﺨﺺ اﻟﺬي ﻗﺎم ﺑﺎﻟﻌﻤﻞ أو اﻟﺬي ﻗﺪﻣﺖ أو اﻟﺘﻲ ﻳﻤﻜﻦ أن ﺗﻘﺪم اﻟﻤﻄﺎﻟﺒﺔ ﺑﺤﻘﻪ:

# 4 . ﺗﻔﺎﺻﻴﻞ اﻟﻤﻄﺎﻟﺒﺔ أو اﻟﻈﺮوف

)أ(ﻣﺎ ﻫﻲ ﻋﻠﻰ وﺟﻪ اﻟﺘﺤﺪﻳﺪ ﻃﺒﻴﻌﺔ اﻟﻤﻄﺎﻟﺒﺔ أو اﻟﻈﺮف اﻟﺬي ﻳﻤﻜﻦ أن ﻳﺆدي ﻟﻠﻤﻄﺎﻟﺒﺔ

)ب(ﻣﺎﻫﻲ اﻹﺻﺎﺑﺎت اﻟﺘﻲ ﻳﺪﻋﻲ اﻟﻤﻄﺎﻟﺐ ﺑﺄﻧﻚ أﻟﺤﻘﺘﻬﺎ ﺑﻪ؟

)ت( ﻣﺘﻰ أﺻﺒﺤﺖ ﻋﻠﻰ ﻋﻠﻢ ﺑﺎﻟﻤﻄﺎﻟﺒﺔ أو اﻟﺤﻘﻴﻘﺔ أو اﻟﻈﺮف؟

)ث( ﻣﺘﻰ ﺗﻢ ﺗﻘﺪﻳﻢ اﻟﻤﻄﺎﻟﺒﺔ أو اﻹﺑﻼغ ﺑﻬﺎ ﺿﺪك؟

)ج( ﻫﻞ ﻛﺎن اﻟﺘﺒﻠﻴﻎ اﻷول ﻋﻦ ﻣﻄﺎﻟﺒﺔ ﺷﻔﻬﻴﺎ أو ﺧﻄﻴﺎ؟ً

MMP Claim form

ﺷﻔﻬﻴﺎ ﺧﻄﻲ

)أذا ﻛﺎن اﻟﺘﺒﻠﻴﻎ ﺧﻄﻴﺎ اﻟﺮﺟﺎء إرﻓﺎق ﻧﺴﺨﺔ ﻣﻨﻪ(

Page 2 of 4

)ح( إذا ﻛﺎن اﻟﺘﺒﻠﻴﻎ ﺷﻔﻬﻴﺎ ﻳﺮﺟﻰ ذﻛﺮ ﺗﻔﺎﺻﻴﻞ اﻟﻤﺤﺎدﺛﺔ اﻟﺘﻲ ﺟﺮت ﻣﻊ اﻟﺸﺨﺺ اﻷول؟

)خ( ﻣﺎ ﻫﻮ اﻟﻤﺒﻠﻎ اﻟﻤﻄﺎﻟﺐ ﺑﻪ إن وﺟﺪ؟

# 5 . ﺗﻔﺎﺻﻴﻞ رد اﻟﻤﺆﻣﻦ ﻟﻪ

)أ( ﻣﺎ ﻫﻲ ﺗﻌﻠﻴﻘﺎﺗﻚ رد ًاﻋﻠﻰ اﻟﻤﻄﺎﻟﺒﺔ أو اﻟﻮاﻗﻊ أو اﻟﻈﺮف اﻟﺬي ﻳﻤﻜﻦ أن ﺗﻨﺸﺄ ﻋﻨﻪ ﻣﻄﺎﻟﺒﺔ؟

)ب( ﻣﺎ ﻫﻲ ﺗﻌﻠﻴﻘﺎﺗﻚ ﺣﻮل ﻗﻴﻤﺔ اﻟﻤﻄﺎﻟﺒﺔ وﻣﺎ ﻫﻮ ﺗﻘﺪﻳﺮك ﻟﻤﺴﺆوﻟﻴﺘﻚ اﻟﻤﺎﻟﻴﺔ، إن وﺟﺪت، ﺗﺠﺎه اﻟﻤﻄﺎﻟﺐ؟

)ت( ﻫﻞ ﺛﻤﺔ ﺗﻔﺎﺻﻴﻞ إﺿﺎﻓﻴﺔ ﺗﺮﻏﺐ ﺑﺈﻋﻄﺎﺋﻬﺎ، أو ﻳﻤﻜﻦ أن ﺗﻜﻮن ذات إﻓﺎدة إﻟﻰ ﺑﺮوج، ﺑﺤﻴﺚ ﺗﺼﺒﺢ ﺑﺮوج أﻛﺜﺮ ﺗﻔﻬﻤﺎ

ﻟﻠﻤﻄﺎﻟﺒﺔ؟ إذا ﻛﺎن ﻛﺬﻟﻚ، اﻟﺮﺟﺎء إﻋﻄﺎء اﻟﺘﻔﺎﺻﻴﻞ ﻣﻊ إرﻓﺎق اﻟﻤﺴﺘﻨﺪات اﻟﺜﺒﻮﺗﻴﺔ.

MMP Claim form Page 3 of 4

# إﻗﺮارات

1 . أﺻﺮح / ﻧﺼﺮح ﺑﺄن اﻟﻤﻌﻠﻮﻣﺎت واﻷﺟﻮﺑﺔ اﻟﻤﻘﺪﻣﺔ أﻋﻼه ﻫﻲ ﺻﺤﻴﺤﺔ وﻛﺎﻣﻠﺔ ﺑﻜﻞ اﻟﺘﻔﺎﺻﻴﻞ.

2 . أﻓﻬﻢ / ﻧﻔﻬﻢ ﺑﺄن اﻟﻤﻄﺎﻟﺒﺔ ﻳﻤﻜﻦ أن ﺗﺮﻓﺾ إذا ﻛﺎﻧﺖ اﻟﻤﻌﻠﻮﻣﺎت ﻏﻴﺮ ﺻﺤﻴﺤﺔ أو ﺗﻢ اﻟﺘﺮاﺟﻊ ﻋﻨﻬﺎ أو ﺳﺤﺒﻬﺎ. 3 . أﻓﻮض/ ﻧﻔﻮض ﺑﻬﺬا ﺷﺮﻛﺔ ﺑﺮوج ﻟﻠﺘﺄﻣﻴﻦ اﻟﺘﻌﺎوﻧﻲ ﻹﻋﻄﺎء أو اﻟﺤﺼﻮل ﻣﻦ ﺷﺮﻛﺔ ﺗﺄﻣﻴﻦ أﺧﺮى أو ﻣﻜﺘﺐ ﻣﻌﻠﻮﻣﺎت ﺗﺄﻣﻴﻨﻴﺔ ووﻛﺎﻻت ﺗﻘﺎرﻳﺮ اﺋﺘﻤﺎﻧﻴﺔ، أﻳﺔ ﻣﻌﻠﻮﻣﺎت ﻣﺘﻌﻠﻘﺔ ﺑﺎﺋﺘﻤﺎن اﻟﻤﺆﻣﻦ ﻟﻪ أو ﺗﺎرﻳﺨﻪ اﻟﺘﺄﻣﻴﻨﻲ وﻛﺬﻟﻚ اﻟﻤﻄﺎﻟﺒﺎت اﻟﺘﺄﻣﻴﻨﻴﺔ اﻟﺘﻲ ُﻗﺪﻣﺖ

ﺧﻼل ﺳﺮﻳﺎن ﻫﺬا اﻟﻌﻘﺪ.

ﺗﻮﻗﻴﻊ اﻟﻤﺆﻣﻦ ﻟﻪ ﺗﻮﻗﻴﻊ اﻟﻤﻄﺎﻟﺐ

اﻟﺘﺎرﻳﺦ اﻟﺘﺎرﻳﺦ

اﻟــﺮﻳــﺎض: ﻫــﺎﺗــﻒ 2938383 ) 11 ( 00966 ﻓــﺎﻛــﺲ: 2172350 ) 11 ( 00966 ص.ب. 51855 اﻟــﺮﻳﺎض 11553 – ﺟــﺪه: ﻫــﺎﺗﻒ

00966 ( 13 ) 8947117 ﻫﺎﺗﻒ :اﻟﺨﺒﺮ – 21421 ﺟﺪة 742 .ب.ص 00966 ( 12 ) 6529136 :ﻓﺎﻛﺲ 00966 ( 12 ) 6529121

31952 اﻟﺨﺒﺮ 1961 .ب.ص 00966 ( 13 ) 8951662 :ﻓﺎﻛﺲ

اﻟﺮﻗﻢ اﻟﻤﺠﺎﻧﻲ : ٨٠٠١٢٤٠٢٠١

# burujinsurance.com

MMP Claim form Page 4 of 4