

# نموذج بلاغ عن حادث سيارة Motor Claim Form

الإنماء طوكيو مارين  
Alinma Tokio Marine



للتأمين العام ، الصحي ، الحماية والإدخار  
General Insurance, Medical, Protection and Savings

## 1. Insurance Details

### 1. بيانات المؤمن

Insured Name: ..... Policy No: ..... Expiry Date .....  
إسم المؤمن له رقم الوثيقة تاريخ الإنتهاء  
Address: ..... P.O. Box ..... City .....  
العنوان ص.ب. المدينة  
Contact Details: ..... Mob No ..... Tel No ..... Email .....  
بيانات الإتصال رقم الجوال رقم الهاتف الإيميل

## 2. Driver's Details

### 2. بيانات السائق

Driver's Name ..... ID/Iqama No ..... Driver's Age .....  
إسم السائق رقم الهوية/الإقامة عمر السائق  
Contact Details: ..... Mob No ..... Tel No ..... Email .....  
بيانات الإتصال رقم الجوال رقم الهاتف الإيميل

## 3. Vehicle's Details

### 3. بيانات المركبة

Make ..... Mfg Yr ..... Plate No .....  
المركبة سنة الصنع رقم اللوحة

## 4. Accident Particulars

### 4. تفاصيل الحادث

Date of Accident ..... Time of Accident ..... AM / PM  
تاريخ الحادث وقت الحادث صباحا / مساء

Place of Accident: ..... City ..... Location .....  
مكان الحادث المدينة الموقع

Who was at fault as per Police Report (tick) ( ) Myself ( ) Third Party ( ) Other, specify .....  
من كان المخطئ وفقا لتقرير الحادث (ضع علامة صح) أنا ( ) الطرف الثالث ( ) أخرى ، يرجى التحديد ( )

How did the accident happen?  
يرجى وصف كيفية وقوع الحادث

.....  
.....  
.....

## 5. Third Party Liability

المسؤولية تجاه الغير

(Please fill this section in case you wish to provide details of Third Party/ies involved in the accident)  
(يرجى إكمال هذا الجزء في حال رغبتكم ذكر تفاصيل الطرف/الأطراف الأخرى في الحادث)

What damage was caused to the Third Party vehicle or property?  
ماهي الأضرار التي لحقت بمركبة أو ممتلكات الطرف الآخر؟  
.....  
.....

Give details of Third Party personal injuries, if any (use separate sheet if necessary)  
أذكر تفاصيل الإصابات الشخصية للأطراف الأخرى ، إن وجدت (استخدم ورقة منفصلة إذا لزم الأمر)

Name ..... Contact .....  
الإسم رقم الإتصال

I/We declare that the particulars mentioned in this Form are true and complete.  
أقر أنا الموقع/نقر نحن الموقعين أدناه بأن جميع المعلومات الواردة في هذا البلاغ صحيحة وتامة.

Name of Insured ..... Signature ..... Date .....  
إسم المؤمن التوقيع التاريخ

SAMA License No. TMN / 33 / 20129 - C.R. No.: 1010342527

www.atmc.com.sa

تصريح مؤسسة النقد رقم ت م ن / ٣٣ / ٩٢١٠٢ - س.ت: ١٠١٠٣٤٢٥٢٧

Head Office / Riyadh : P.O. Box 643 Riyadh 11421 - Tel.: (11) 4640256 - Fax: (11) 4640328

### Branches :

Riyadh : P.O. Box 643 Riyadh 11421 - Tel.: +966 11 4733488 - Fax: +966 11 4734779

Jeddah : P.O. Box 25 Jeddah 21411 - Tel.: +966 12 6433334 - Fax: +966 12 6457230

Al Khobar : P.O. Box 290 Al Khobar 31952 - Tel.: +966 13 8828484 - Fax: +966 13 8826322

المركز الرئيسي / الرياض : ص.ب. ٦٤٣ الرياض ١١٤٢١ - هاتف: ٤٦٤٠٢٥٦ (١١) فاكس: ٤٦٤٠٣٢٨ (١١)

### الفروع :

الرياض : ص.ب. ٦٤٣ الرياض ١١٤٢١ - هاتف: ٤٧٣٣٤٨٨ +٩٦٦ ١١ ٤٧٣٤٧٧٩ فاكس: ٤٧٣٤٧٧٩ +٩٦٦ ١١

جدة : ص.ب. ٢٥ جدة ٢١٤١١ - هاتف: ٦٤٣٣٣٣٤ +٩٦٦ ١٢ ٦٤٥٧٢٣٠ فاكس: ٦٤٥٧٢٣٠ +٩٦٦ ١٢

الخبير : ص.ب. ٢٩٠ الخبير ٣١٩٥٢ - هاتف: ٨٨٢٨٤٨٤ +٩٦٦ ١٣ ٨٨٢٣٣٢٢ فاكس: ٨٨٢٣٣٢٢ +٩٦٦ ١٣