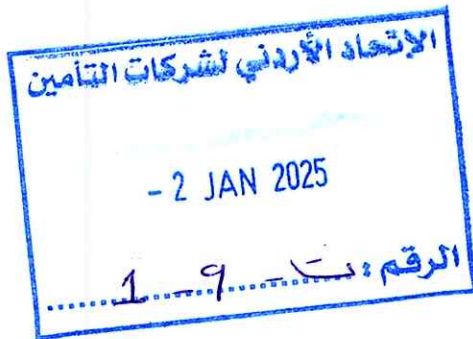




الرقم: 17/3 ٢٠٢٤

التاريخ: 30 جمادى الثانية 1446 هـ

الموافق: 31 كانون الأول، 2024 م

السادة شركات التأمين المحترمين السادة الاتحاد الأردني لشركات التأمين المحترمين الموضوع: قرار نماذج المطالبات الناجمة عن حوادث المركبات

تحية طيبة وبعد،

استناداً لأحكام الفقرة (ب) من المادة (109) من قانون تنظيم أعمال التأمين رقم (12) لسنة 2021 وأحكام الفقرة (أ) من المادة (11) والفقرة (ب) من المادة (15) والفقرة (ب) من المادة (19) من نظام التأمين الإلزامي للمركبات رقم (52) لسنة 2024 والبند (1) والبند (2) والبند (3) والبند (4) والبند (5) من الفقرة (أ) والبند (1) من الفقرة (ب) من المادة (4) والمادة (22) من تعليمات أسس وإجراءات تسوية وتسديد المطالبات الناجمة عن حوادث المركبات رقم (27) لسنة 2024، أقرر ما يلي:

أ- اعتماد النماذج التالية:

- 1- مطالبة شركة التأمين عن حادث والكشف الحسي على المركبة والكشف الحسي على الأضرار المادية الأخرى وإفصاح الوكيل عن معلومات وفق النموذج رقم (1) المرفق بهذا القرار.
- 2- استلام شركة التأمين لمطالبة المتضرر عن حادث وفق النموذج رقم (2) المرفق بهذا القرار.
- 3- طلب أوراق أو وثائق إضافية عن حادث وفق نموذج رقم (3) المرفق بهذا القرار.
- ب- يحظر على شركة التأمين إضافة أو تعديل أو حذف أي من البيانات أو الشروط أو الأحكام الواردة في النماذج المعتمدة بموجب أحكام الفقرة (أ) من هذا القرار.
- ج- تعتبر النماذج المرفقة بهذا القرار جزءاً لا يتجزأ منه وتقرأ معه.
- د- يعمل بهذا القرار اعتباراً من تاريخ 2025/1/1.


المحافظ

د. عادل الشركس

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،

اسم الشركة وشعارها

نموذج رقم (1): مطالبة شركة التأمين عن حادث

رقم عقد التأمين:	رقم الحادث / السنة:	تاريخ مراجعة الشركة:
تاريخ فتح الحادث:	رقم الطرف المتضرر:	تاريخ الحادث:
نوع الضرر: ☐ ضرر مادي / مركبة ☐ الوفاة ☐ الإصابات الجسمية ☐ نفقات العلاج الطبي ☐ الخسائر والأضرار التي تلحق بالملكات ☐ أخرى		
صفة مقدم المطالبة: ☐ المتضرر ☐ الوكيل القانوني ☐ المتسبب ☐ الممثل القانوني للشخص الاعتباري ☐ الغير		

التوجيهات:

- ❖ لا يعتبر إصدار هذا النموذج بمثابة إقرار بالمسؤولية.
- ❖ يجب إبراز ما يثبت تمثيل أو تفويض الأشخاص الاعتبارية بالإضافة إلى ختم الشركة المعنية في حال كان مالك المركبة شخص اعتباري أو مؤسسة.
- ❖ يرجى عدم ترك أي خانة دون إجابة.
- ❖ يجب ركن المركبة المتضررة في مكان آمن واتخاذ جميع الاحتياطات والإجراءات الضرورية لتجنب تفاقم الضرر الناجم عن الحادث أو زيادته - لن تكون الشركة مسؤولة عن ذلك.
- ❖ يجب تمكين شركة التأمين من إجراء الكشف الحسي على الأضرار المادية وتزويدها بجميع الوثائق المتعلقة بالحادث عند تسلمها بما في ذلك المراسلات والمطالبات والتبليغات.
- ❖ يرجى قراءة قائمة المستندات المرفقة المطلوبة بعناية لمعالجة مطالبك بشكل أسرع.

بيانات المتضرر:

الاسم:	الرقم الوطني:
المحافظة:	رقم الإثبات الشخصي / رقم الجواز لغير الأردنيين:
اسم الحي:	رقم المبنى:
البريد الإلكتروني:	رقم الهاتف:
هل يوجد معلومات اتصال أخرى ترغب تزويد الشركة للتواصل عن طريقها؟	

بيانات المركبة المتضررة:

رقم المركبة:	سنة الصنع:
رقم تسجيل المركبة:	صفة التسجيل:
بلد المنشأ:	فئة المركبة:
رقم الشاصي:	رقم المحرك:
هل المركبة مرهونة / المستفيد:	نوع الوقود:

تفاصيل الحادث:

التاريخ:
عدد الركاب وقت وقوع الحادثة:
عنوان المركبة لغايات الكشف الحسي عليها:
هل يوجد إصابة جسمية أو وفاة؟ ☐ نعم ☐ لا

بيانات سائق المركبة المتسببة:

الاسم:	درجة القرابة مع المتضرر - إن وجد :-
--------	-------------------------------------

الوفاة أو الأضرار الجسمية: (يعبأ في حال وجود إصابة جسمية أو وفاة)

اسم المتضرر:	صفة مقدم الطلب:
نسبة العجز:	
نوع العجز:	
العجز المؤقت (التعطل):	
نفقات العلاج الطبي المطالب بها:	
هل تم قبض أية مبالغ؟ ☐ نعم ☐ لا	
الشخص الذي تم قبض المبلغ منه: ☐ مالك المركبة المتسببة بالحادث ☐ سائق المركبة المتسببة بالحادث ☐ آخر:	

نموذج تفويض طريقة دفع المطالبة:

اسم الوكيل: (إن وجد):
تفاصيل حساب البنك:
اسم البنك:
فرع البنك:
رقم الأيبان:
رقم الحساب:
عنوان البنك:

طرق الدفع الأخرى: ☐ حوالة صرافة ☐ المحافظ الإلكترونية ☐ CLIQ ☐ أخرى.....
تفاصيل بياناتك لطريقة الدفع المختارة:.....
- أقر وأتعهد أن جميع بيانات ومعلومات الدفع الإلكترونية التي قدمتها في هذا الطلب المرفق صحيحة وكاملة، وأتحمل المسؤولية الكاملة عن أي معلومات خاطئة أو غير دقيقة قد تؤثر على الإجراءات المتخذة بناءً عليها. - أوافق على تحديث أو تصحيح أي بيانات إذا طرأ عليها أي تغيير في المستقبل، وأتعهد بإبلاغ الجهات المعنية بذلك فور حدوث أي تعديل.
التوقيع:
التاريخ:

نموذج التصريح عن معلومات الوكيل والموكل:

معلومات الوكيل		
اسم الوكيل:		
رقم الوكالة ومكان إصدارها:		
تاريخ الإصدار:		
الرقم النقابي (خاص بالمحامين):		
المحافظة:		
اسم الحي:	اسم الشارع:	رقم المبنى:
البريد الإلكتروني:		

معلومات الموكل:		
اسم الموكل:		
المحافظة:		
اسم الحي:	اسم الشارع:	رقم المبنى:
البريد الإلكتروني:		
معلومات اتصال إضافية للموكل:		

- أقر وأتعهد أنا وكيلى المتضرر بأن جميع البيانات والمعلومات التي قدمتها في هذا الطلب المرفق صحيحة وكاملة، وأتحمل المسؤولية الكاملة عن أي معلومات خاطئة أو غير دقيقة قد تؤثر على الإجراءات المتخذة بناءً عليها.
- أوافق على تحديث أو تصحيح أي بيانات إذا طرأ عليها أي تغيير في المستقبل، وأتعهد بإبلاغ شركة التأمين بذلك فور حدوث أي تعديل.

اسم وتوقيع الوكيل:

التاريخ:

تفاصيل الحادث ونقاط الضرر وأوصافه (يعبأ من قبل الشركة):

Circle the numbers closest to the damaged areas:

نقاط الضرر	
Your Motor:	Your Vehicle:

أوصاف الضرر - مركبة أو أضرار مادية أخرى (يعبأ من قبل الشركة):

البند	القطع المتضررة	البند	الإصلاحات المطلوبة

القيمة التقديرية للتعويض عن المركبة المتضررة:

العطل والضرر المادي	
بدل نقصان القيمة	
أجور الإصلاح	
بدل فوات المنفعة	
بدل نسبة الاستهلاك	
بدل القطع المستبدلة	
مبالغ أخرى	
المجموع	

تقدر شركة التأمين قيمة التعويض لإعادة المركبة المتضررة الى ما كانت عليه قبل وقوع الحادث مباشرة بمبلغ..... دينار.

ملاحظات:

تمت المعاينة بواسطة مندوب الشركة

الاسم: التوقيع: التاريخ / ____ / ____

تأمينات أخرى:هل يوجد تأمين آخر للمركبة المتضررة؟ ☐ نعم ☐ لاإن كانت الإجابة نعم، هل تمت مطالبة شركة التأمين الأخرى عن ذات الضرر؟ ☐ نعم ☐ لا

اسم شركة التأمين :	نوع عقد التأمين:
رقم عقد التأمين :	مدة عقد التأمين:

تاريخ المطالبة السابقة:هل تم التعويض عن أي مطالبة في الماضي على ذات المركبة؟
☐ نعم ☐ لا

في حالة كانت الإجابة نعم/ عدد الحوادث السابقة خلال السنة التأمينية:

ما طبيعة الضرر؟

الإقرار:

- أقر وأتعهد أنا الموقع أدناه بأن جميع البيانات والمعلومات التي قدمتها في هذا الطلب المرفق صحيحة وكاملة، وأتحمل المسؤولية الكاملة عن أي معلومات خاطئة أو غير دقيقة قد تؤثر على الإجراءات المتخذة بناءً عليها.
- أوافق على تحديث أو تصحيح أي بيانات إذا طرأ عليها أي تغيير في المستقبل، وأتعهد بإبلاغ شركة التأمين بذلك فور حدوث أي تعديل.
- أقر بأنني قرأت هذا الإقرار بعناية وفهمت محتواه، وأوقع عليه من باب القبول الكامل.
- أوافق على أن الشركة غير مسؤولة عن أي تأخير في تسوية المطالبة بسبب عدم الوفاء في تقديم المستندات كما هو مطلوب.
- أوافق على تقديم أي معلومات / مستندات إضافية إلى الشركة، إذا ومتى لزم الأمر.
- أقر بأنني لم أتنازل للغير عن أية حقوق قد تستحق لي من هذه المطالبة ولم أقبض أي مبالغ من الغير عن الأضرار الناجمة عن الحادث باستثناء من تم التصريح عنه في هذا النموذج.

توقيع مقدم الطلب:

التاريخ:

• مخطط الحادث الكروكي أو قسيمة الحادث الصادرة عن المركز الأمني.

- رخصة المركبة المتضررة.
- صورة عن الاثبات الشخصي (هوية الأحوال المدنية، جواز سفر لغير الأردنيين، بطاقة أبناء الاردنيات،....).
- صورة طبق الأصل عن قرار الحكم الجزائي بإدانة المتضرر مكتسب الدرجة القطعية.
- صورة طبق الأصل عن شهادة الوفاة للمتضرر.
- صورة طبق الأصل عن حجة الإرث لورثة المتوفي.
- صورة طبق الأصل عن تقرير العجز والعطل الصادر عن الجهات الطبية المختصة.
- صورة طبق الأصل عن الوكالة الصادرة من المتضرر تخوله مراجعة شركة التأمين.
- صورة طبق الأصل عن تقرير الكشف عن جثة المتوفي.
- الفواتير الطبية المدفوعة من المتضرر أو عنه الصادرة عن الجهات الطبية.
- أية أوراق أو وثائق إضافية:

[illegible]

اسم الشركة وشعارها

نموذج رقم (2): استلام شركة التأمين لمطالبة المتضرر عن حادث

تم استلام مطالبة المتضرر المدرجة أدناه:

رقم عقد التأمين:	رقم الحادث / السنة:	تاريخ مراجعة المتضرر:
تاريخ فتح الحادث:	رقم الطرف المتضرر:	تاريخ الحادث:

نوع الضرر: ☐ ضرر مادي / مركبة ☐ الوفاة ☐ الأضرار الجسدية ☐ نفقات العلاج الطبي ☐ الخسائر والأضرار التي تلحق بالملكات ☐ أخرى ☐

مقدم المطالبة: ☐ المتضرر ☐ الوكيل القانوني ☐ المتسبب ☐ الممثل القانوني للشخص الاعتباري ☐ الغير

اسم الطرف المتضرر:
اسم الوكيل (إن وجد):
رقم المركبة المتضررة:
نوع المركبة:
سنة الصنع:

تقرر شركة التأمين باستلام مطالبتك مرفقاً بها الأوراق والوثائق التي قمت بتقديمها وفق " نموذج مطالبة شركة التأمين عن حادث " وسيتم إعلامك بكافة الأوراق والوثائق الناقصة لاستكمال مطالبتك خلال ثلاثة أيام عمل من تاريخ مراجعتك وبالوسائل التي صرحت عنها، كما سيتم الكشف على مركبتك أو على الأموال المتضررة خلال ثلاثة أيام عمل قبل الإصلاح لتحديد الأضرار الناجمة جراء الحادث وتقدير قيمتها، وعليك إعلام شركة التأمين بمكان وجود المركبة الفعلي أو مكان وجود الأموال المتضررة أو إحضارها للمكان الذي تحدده الشركة.

اسم المفوض عن الشركة وتوقيعه:
التاريخ وختم الشركة:

التوجيهات:

- ستقوم شركة التأمين بتدقيق مطالبتك والرد عليها بالموافقة أو الرفض مع بيان أسباب الرفض خلال أربعة عشر يوماً من تاريخ استلامها مكتملة الأوراق.
- عليك أن تقوم بتزويد شركة التأمين بمعلومات وسائل الدفع الإلكترونية بصورة صحيحة ولا تتحمل شركة التأمين أي بيانات خاطئة قمت بالتصريح عنها.
- على شركة التأمين تسديد مبلغ التعويض النهائي خلال خمسة أيام عمل من تاريخ الموافقة على المطالبة للمبالغ التي لا تزيد عن ثلاثة آلاف دينار وعشرة أيام عمل من تاريخ الموافقة على المطالبة للمبالغ التي تزيد عن ثلاثة آلاف دينار.
- تدفع شركة التأمين المبالغ المقطوعة الواردة أدناه للمتضرر وذلك في الحالات التالية:

نوع الضرر	المبلغ المقطوع الذي تلتزم شركة التأمين بدفعه
1- الوفاة	(17000) دينار عن الشخص الواحد تدفع للورثة الشرعيين ووفقاً للأصلبة الشرعية.
2- العجز الكلي الدائم	(17000) دينار للشخص الواحد.
3- العجز الجزئي الدائم	(17000) دينار مضروبة بنسبة العجز - للشخص الواحد.
4- العجز المؤقت	(100) دينار أسبوعياً لمدة أقصاها (39) أسبوع - للشخص الواحد.
5- الأضرار المعنوية الناجمة عن الوفاة	(3000) دينار عن الشخص الواحد تدفع للورثة الشرعيين حتى الدرجة الثانية.
6- الأضرار المعنوية الناجمة عن العجز الكلي الدائم	(3000) دينار للشخص الواحد.
7- الأضرار المعنوية الناجمة عن العجز الجزئي الدائم	(3000) دينار مضروبة بنسبة العجز - للشخص الواحد.

- تكون حدود مسؤولية شركة التأمين في التعويض عن نفقات العلاج الطبي والخسائر والأضرار التي تلحق بالمتلكات وفقاً لما يلي:

نوع الضرر	حدود مسؤولية شركة التأمين
نفقات العلاج الطبي	(7500) دينار كحد أقصى للشخص الواحد
الخسائر والأضرار التي تلحق بالمتلكات وتشمل: 1- بدل الأضرار المادية 2- بدل فوات المنفعة 3- بدل نقصان القيمة	(75000) دينار كحد أقصى عن الحادث الواحد

نموذج رقم (3): طلب أوراق أو وثائق إضافية عن حادث

رقم عقد التأمين:	رقم الحادث / السنة:	تاريخ مراجعة الشركة:
تاريخ فتح الحادث:	رقم الطرف المتضرر:	تاريخ الحادث:

This image shows a blank sheet of white paper designed for handwriting practice. It features a series of horizontal dashed lines spaced evenly down the page. A single solid vertical line runs parallel to the left edge, creating a narrow margin. The paper is otherwise completely empty of any text or markings.

نموذج (۱ / ۱ / ۰۹)