

نموذج مطالبة لتأمين السفر			
لا يلزم إصدار هذا النموذج الشركة بأي نوع من أنواع المسؤولية:			
تفاصيل حامل الوثيقة ورقم الوثيقة:			
الاسم:	رقم الوثيقة:		
الجنسية:	تاريخ انتهاء الوثيقة:		
البريد الإلكتروني:	هاتف رقم:		
العنوان:			
تفاصيل السفر			
تاريخ السفر:	المغادرة:	/	/
		العودة:	/
الخسارة / الضرر / التأجيل			
التاريخ:	/	الوقت:	المكان:
يرجى وصف كيفية وقوع الخسارة / الضرر بالتفصيل. (ملاحظة: في حال عدم مراقبة الممتلكات، يرجى ذكر السبب والمدة. في حال السرقة من المركبة، يرجى تحديد مكان الممتلكات وكيفية الدخول وتفصيل الضرر المصاحب للواقعة).			
اسم نقطة الشرطة أو غيرها من السلطات التي تم إخطارها:			
رقم التقرير:	وقت الإخطار:	التاريخ:	
عنوان نقطة الشرطة:			
في حال وقوع الخسارة أو التأجيل أو الضرر أثناء النقل، يرجى ذكر اسم الناقل (شركة الطيران أو الشحن)			
صيغة التقرير: شفهي / خطي			
يرجى إرفاق محضر الشرطة و تقرير عدم انتظام الممتلكات، مع ذكر الأسباب في حال عدم وجوده:			
قل فمت بالتقدم بمطالبة واستلام تعويض من قبل أي طرف ثالث (مثل شركة الطيران أو الفندق) بخصوص الخسارة / الضرر؟			
في حال تأخر الحقايب، يرجى ذكر موعد وتاريخ وصولها:			
التاريخ:	/	الموعد:	
عدد ساعات التأخير:	ما عدد الحقايب المتأخرة؟		

قائمة عمليات الشراء الطارئة				
الوصف	مكان الشراء	تاريخ الشراء	سعر الشراء	مبلغ المطالبة

يرجى إرفاق قائمة كاملة بعمليات الشراء الطارئة التي تمت بسبب التأخير في الجدول الموضح أدناه، بالإضافة إلى إيصالات الشراء.

المتطلبات الشخصية والحقائب			
تفاصيل البنود وطبيعة الضرر في حال تضررها	تاريخ الشراء	التكلفة الأصلية	المبلغ المطلوب

يرجى إرفاق وصف الممتلكات المتضررة / المفقودة / المسروقة مع تاريخ الشراء والتكلفة الأصلية والمبلغ المطلوب. ويرجى كذلك إرفاق تقدير الإصلاح / التبديل.

مطالبة الإلغاء	
تاريخ حجز السفر:	تاريخ إلغاء السفر:
عدد الأشخاص الذين ألغيت رحلتهم	هل تم إخطار وكيل السفر؟ نعم / لا
إجمالي تكاليف العطلة:	قيمة تكاليف الإلغاء:
اسم الشخص المتسبب في الإلغاء وعلاقته بالشخص المؤمن له:	

يرجى ذكر سبب الإلغاء (مثل: المرض والإصابة أو التكرار إلخ) مع توضيح سبب المنع من السفر.

إختصار السفر	
تاريخ العودة للموطن:	
سبب العودة المبكرة، يرجى إعطاء التفاصيل	
هل استعدت أو تتوقع استعادة أي جزء من المبلغ المدفوع سواء من شركة الطيران / السفرات؟ نعم / لا	
المسؤولية	
في حالة إصابة أفراد أو تضرر ممتلكات تابعة للطرف الثالث ، يرجى ذكر كافة التفاصيل في صفحة منفصلة.	
الحادث أو المرض	
مكان وقوع الحادث:	التاريخ: / /
تفاصيل الحادث وطبيعة الإصابات:	
طبيعة المرض:	تاريخ ظهور المرض: / /
هل سبق أن أصبت بنفس المرض / الإصابة أو ما يشبهها؟ نعم / لا	
في حال كانت الإجابة نعم، يرجى الإيضاح و توفير كافة التفاصيل	
هل لديك تأمين طبي شخصي؟ نعم / لا	
في حال كانت الإجابة نعم، يرجى ذكر كافة التفاصيل (رقم الوثيقة وشركة التأمين والعنوان)	
هل تواصلت مع خط مساعدة الطوارئ الطبية؟ نعم/لا	

التكاليف الطبية المطلوبة				
اسم المستشفى / الطبيب / الطوارئ	التاريخ	نوع التكاليف العلاج أو الإقامة أو السفر أو غيرها	المبلغ (العملة)	هل تم الدفع؟ نعم / لا

يرجى ذكر كافة تفاصيل المصاريف الطبية المطلوبة وإرفاق الفواتير الأصلية أو غيرها من الوثائق بما في ذلك التقرير الطبي وتقرير التسريح (يرجى إرفاق النسخة المعتمدة الإنجليزية أو العربية المترجمة في حال لم تكن هذه الوثائق باللغة العربية أو الإنجليزية).

الشهادة الطبية	
اسم المريض:	تاريخ الميلاد: / /
فترة العلاج مع الطبيب العام:	تاريخ الإحالة إلى المستشفى / الوضع على قائمة الانتظار: /
التاريخ المرضي وتاريخ الاستشارة:	
هل قام المريض بالسفر خلافا للنصائح الطبية المقدمة له؟ نعم / لا	
هل قام المريض بالسفر بغرض العلاج في الخارج؟ نعم / لا	
هل حصل المريض على تشخيص نهائي؟ نعم / لا	
هل كان الإلغاء ضروريا وحتميا بناء على أسس طبية؟ نعم / لا	
تاريخ المعرفة بضرورة الإلغاء:	
في حال كان الإلغاء بناء على الحمل يرجى التوضيح:	
تاريخ تأكيد الحمل:	التاريخ المتوقع للولادة:
أية معلومات أخرى ذات صلة	
توقيع الطبيب والختم المعتمد:	

يتعين تعبئة الشهادة الطبية من قبل الطبيب المعالج وتوقيعها من قبل السلطات المختصة. يرجى ذكر تفاصيل الحالة التي استدعت استشارة الطبيب وتاريخ تلك الاستشارة.

إقرار		
أقر أنا وأشهد، على حد علمي واعتقادي، بصحة كافة البيانات الواردة أعلاه وبالصفحة الأخرى. في حال تورط طرف ثالث في الخسارة / الضرر، يتم الحل في حق التسوية فيما يتعلق بهذه المطالبة. في حال وجود تغطية تأمينية تحت وثيقة أخرى، أمنح الشركة التحويل للمطالبة بالتشارك في التسوية. وأنفهم أن بعض المعلومات التي أدليت بها سوف يتم توفيرها لشركات التأمين وذلك لأغراض إدارة عمليات الاكتتاب و المطالبات. وأوافق على طلب المعلومات من شركات التأمين الأخرى للتأكد من الأجوبة المقدمة وأصرح باستخدام تلك المعلومات.		
الاسم بالكامل:	توقيع المؤمن له:	التاريخ:

قائمة مراجعة المطالبات

تعتبر قائمة المراجعة التالية للإرشاد فقط، و قد نقوم بطلب المزيد من المعلومات في بعض الحالات. ونحتاج إلى الوثائق الأصلية في جميع المطالبات.

1. نموذج المطالبة الذي تم ملؤه.
2. نسخة من جواز السفر مع ختم الدخول / الخروج.
3. تذاكر الطيران وخط سير الرحلة.
4. غيرها من الوثائق التي قد تكون مطلوبة.

مطالبات الحقايب والنقود الشخصية:

- ☐ فواتير الشراء الأصلية للبنود المطالب بها.
- ☐ محضر الشرطة وتقرير عدم انتظام الممتلكات، وفقا لما هو معمول به.
- ☐ تقديرات الاستبدال.
- ☐ فواتير شبكات المسافرين ومعاملات العملة / وبيانات السحب النقدي و ما شابه.

مطالبات تأجيل السفر:

- ☐ يجب إرفاق تأكيد خطي من شركة الطيران.
- ☐ موعد المغادرة والوصول وفقا للجدول.
- ☐ الموعد النهائي للمغادرة والوصول.
- ☐ سبب التأجيل.

مطالبات الإلغاء:

- ☐ استخدام الشهادة الطبية المرفقة ضمن هذا النموذج.
- ☐ في حالات الوفاة، يجب إرفاق شهادة الوفاة الأصلية أو نسخة معتمدة منها من قبل المحامي.
- ☐ فواتير الوكيل التي تثبت الحجز والإلغاء.
- ☐ يرجى إرفاق تذاكر الطيران الأصلية و/أو إخطار رد المبلغ من قبل شركة الطيران، في حالات السفر بالطيران الجوي.
- ☐ في حالات ترتيبات السفر / الإقامة الخاصة، تطلب الشركة تأكيد خطي من مقدم الخدمة بالمبلغ المدفوع وتكاليف الإلغاء ونسخة من شروط العقد، إن وجدت.

مطالبات المصاريف الطبية الطارئة – تصل التعويضات إلى 1,875 ريال سعودي فقط لا غير.

- ☐ الفواتير الأصلية من المستشفى.
- ☐ الشهادة / التقرير الطبي الأصلي.
- ☐ تقرير التسريح الأصلي.

مطالبات الاختصار:

- ☐ تأكيد الطبيب المعالج بالخارج على الضرورة الطبية لإنهاء الرحلة والعودة مبكرا عما هو محدد.
- ☐ يرجى إرفاق فواتير لأية تكاليف إضافية للسفر. في حال تمت العودة نتيجة وفاة أو إصابة أو مرض أي من الأقارب، يرجى إرفاق شهادة الوفاة أو الشهادة الطبية التي تدعم المطالبة.

(ملاحظة: في حال لم تكن وثائق المطالبات باللغة الإنجليزية أو العربية، يرجى إرفاق نسخة مترجمة معتمدة لها)