

ضمان ممدد	
نموذج طلب خدمة	
حامل وثيقة التأمين: فيزا انترناشيونال سيرفيس اسوسيشن	
البريد الإلكتروني: visa.services@anbinsurance.com.sa	
التعليمات	
يرجى الملاحظة بأن أول 6 أرقام مطلوبة من رقم البطاقة لتنفيذ المطالبة. ينبغي إخفاء الجزء المتبقي من رقم البطاقة.	
يرجى تعبئة نموذج طلب الخدمة والتوقيع عليه يرجى إعادة هذه الاستمارة إلى:	
شركة المجموعة الأمريكية الدولية والبنك العربي الوطني للتأمين التعاوني قسم المطالبات برج المنجم- شارع الملك فهد، منطقة العليا ص.ب: 56437، الرياض 11554 المملكة العربية السعودية هاتف: +966115109300 فاكس: +966115109396	
إضافة إلى نموذج المطالبة، تعتبر المواد التالية مطلوبة:	
1) صورة عن إيصال الشراء بحيث يظهر الدفعة التي تم سدادها بالكامل عن طريق بطاقة مؤهلة؛	
2) صور مقروءة عن كافة معلومات المعلومات بما فيها، على سبيل الذكر لا الحصر، ضمان المصنع الأصلي و ضمان محل البيع أو أي ضمان ممدد آخر مطبق.	
3) كشف حساب حامل البطاقة يظهر الحساب مفتوح وبحالة جيدة في وقت رفع طلب الخدمة.	
* قد يطلب من حاملي البطاقة إرسال البند (البند) التالفة على حسابهم الخاص لإجراء المزيد من التقييم.	
بيانات حامل البطاقة	
اسم حامل البطاقة:	تاريخ الميلاد:
رقم الهاتف أثناء النهار:	رقم هاتف بديل:
عنوان حامل البطاقة:	الجنس:
البريد الإلكتروني:	
بيانات البنك والبطاقة:	
اسم البنك:	رقم تعريف البطاقة (أول ستة (6) أرقام من الحساب):
نوع البطاقة:	تاريخ سريان مفعول البطاقة:
تاريخ انتهاء صلاحية البطاقة:	
هل حساب بطاقتك مفتوح الآن وبحالة جيدة؟	نعم لا
بيانات المنتج	
العلامة التجارية/ النوع/ الشكوى بشأن المنتج	الطراز / الرقم التسلسلي
مكان الشراء	تاريخ الشراء
المدينة	
الدولة	
نود عند توقيعك على هذا الطلب أن نشكرك على الموافقة على قيامنا بمعالجة البيانات المتعلقة بك لغرض توفير منتجات وخدمات التأمين وللأغراض القانونية والإدارية وخصوصاً معالجة أي بيانات شخصية حساسة تتعلق بك. توافق، بصفتك المؤمن له، على قيام شركة التأمين، عند الضرورة، بتوفير هذه البيانات والمعلومات لأطراف أخرى بما فيها، على سبيل الذكر لا الحصر، أي شركة من شركات المجموعة والشركات التي توفر المنتجات أو الخدمات إلى شركة التأمين أو أي شركة من شركات المجموعة وأي سلطات تنظيمية داخل وخارج بلد إقامة المؤمن له.	
إقرار وتغويض:	
نرض تنفيذ هذه المطالبة، أفوض طبيبي أو المستشفى الخاص أو مزود الخدمات الطبية الخاص بي لتقديمي إلى شركة المجموعة الأمريكية الدولية والبنك العربي الوطني للتأمين التعاوني أو مندوبهم أي معلومات وبيانات تتعلق بسجلي الطبي وأعراضى وعلاجى ونتائج فحوصاتى أو تشخيصى وفوائدى. وسيتم اعتبار الصورة الضوئية عن هذا التفويض بمثابة دليل ساري وصحيح أثناء مدة المطالبة، ولكن لا يتجاوز مدة عام واحد اعتباراً من تاريخ التوقيع على هذه الوثيقة. وأقر حسب أفضل معلومات لدي بأن المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة.	
يجب ألا يفسر تقديم هذا النموذج أو قبول الشركة له بمثابة إقرار وقبول أي مطالبة من جانب الشركة ولا تنازل عن أي شرط من شروط عقد التأمين.	
التوقيع	التاريخ
للاستخدام الداخلي فقط	
رقم وثيقة التأمين:	