

حماية المشتريات	
نموذج طلب مطالبة	
حامل وثيقة التأمين:	
فيزا انترناشيونال سيرفيس اسوسيشن	
البريد الإلكتروني: customercare@sabbtakaful.com	
تعليمات	
يرجى الملاحظة بأن أول 6 أرقام مطلوبة من رقم البطاقة لتنفيذ المطالبة. ينبغي إخفاء الجزء المتبقي من رقم البطاقة.	
يرجى تعبئة نموذج المطالبة والتوقيع عليه	
يرجى إعادة هذه الاستمارة إلى:	
قسم المطالبات	
ص.ب: 9086، الرياض 11413	
المملكة العربية السعودية	
هاتف: +966114408686	
فاكس: +966112764463	
إضافة إلى نموذج المطالبة، تعتبر البنود التالية مطلوبة:	
1) صورة عن إيصال الشراء بحيث يظهر النقعة التي تم سدادها بالكامل عن طريق بطاقة مؤهلة؛	
2) صور مقررة عن كافة معلومات المعلومات بما فيها، على سبيل الذكر لا الحصر، ضمان المصنع الأصلي وضمن 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 البنود (التكلفة 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:	البريد الإلكتروني:
بيانات البنك والبطاقة:	
اسم البنك:	رقم تعريف البطاقة (أول ستة (6) أرقام من الحساب):
نوع البطاقة:	تاريخ انتهاء صلاحية البطاقة:
هل حساب بطاقتك مفتوح الآن وبحالة جيدة؟	نعم لا
بيانات المنتج	
العلامة التجارية/ نوع المنتج	الطراز / الرقم
مكان الشراء	مكان الشراء
المدينة	الدولة
بيانات الخسارة	
صف طبيعة الخسارة (الحادثة):	تاريخ الحادثة
مكان وقوع الحادثة	رقم تقرير الشرطة
نوع الخسارة:	تاريخ الحادثة
ضرر	
خسارة	
سرقة	
صف الضرر الذي لحق بالمنتج:	بيانات أخرى غير مشمولة:
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 وتفويض:	
معرض دفع قيمة هذه المطالبة، أوفض طبيبي أو المستشفى الخاص أو مزود الخدمات الطبية الخاص بي للتقديم إلى شركة ساب تكافل أو مندوبهم أي معلومات وبيانات تتعلق بسجلي الطبي وأعراضى وعلاجى ونتائج فحوصاتى أو تشخيصى وفواليرى. 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 تتنازل عن أي شرط من شروط عقد التأمين.	
التوقيع	التاريخ
للاستخدام الداخلي فقط	
رقم وثيقة التأمين:	