

## نموذج مطالبة عن المصاريف الطبية ومصاريف السفر الطارئة ومصاريف اختصار الرحلة

2/1

### تفاصيل الرحلة

من رتب لرحلتك ؟  
 جهة الوصول النهائية :  
 الغرض من الرحلة :  
 تاريخ الحجز : تاريخ المغادرة : تاريخ العودة :

### تفاصيل طالب التعويض

اسم حامل الوثيقة : رقم الوثيقة :  
 اسم المتضرر : النوع : ذكر  أنثى  تاريخ الميلاد :  
 الوظيفة/العمل :  
 رقم الهوية/الإقامة : الهاتف : رقم الفاكس :  
**العنوان البريدي :**  
 **بريد واصل** المنطقة : المدينة : الحي : الشارع :  
 رقم المبنى : رقم الوحدة : الرمز البريدي : الرمز الإضافي :  
 **البريد العادي** المدينة : ص.ب : الرمز البريدي :  
 البريد الإلكتروني :

### تفاصيل المطالبة

فضلاً أشر على المربع ذو الصلة بمطالبتك : معالجة طبية  معالجة الأسنان  تكاليف العودة مبكراً إلى الوطن   
 تاريخ الإصابة/تاريخ المرض الأولي : وصف الإصابة/المرض :  
 هل عانيت من هذا المرض أو من مرض مرتبط به في السابق ؟ نعم  لا   
 إذا كانت الإجابة بنعم، فضلاً أعط التفاصيل :  
 يرجى إعطاء تفاصيل كاملة عن الممارس العام/الطبيب الاستشاري الخاص بك :  
 هل كان من الممكن في اعتقادك تفادي الحادث ؟ ، وإذا كان الأمر كذلك، كيف ؟  
 هل لنا الحق في الاتصال بهم ؟ نعم  لا   
 هل أدخلت المستشفى في الخارج كنتيجة لهذا المرض/الإصابة ؟ نعم  لا   
 إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى توضيح تاريخ الدخول وتاريخ الخروج ( مع ذكر الوقت ) :  
 تاريخ الدخول : الوقت : تاريخ الخروج : الوقت :  
 هل قمت بالاتصال المباشر مع مركز خدمات الطوارئ ( يوناييتد هيلث كير اسيسانت ) الذي يعمل على مدار 24 ساعة يومياً ؟  
 نعم  لا   
 إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى توضيح تاريخ ووقت الاتصال مع ذكر المرجع أو اسم الشخص المتصل عليه :  
 تاريخ الاتصال : الوقت : المرجع/اسم الشخص المتصل عليه :  
 هل تسلمت أية مبالغ كتعويض عن هذه المطالبة من أي مصدر آخر ؟ نعم  لا   
 إذا كانت الإجابة بنعم، فضلاً أعط التفاصيل :

### تفاصيل المطالبة عن اختصار مدة الرحلة

رجاء إعطاء التفاصيل الكاملة عن أسماء جميع الأشخاص الذين ألغوا تلك الرحلة وصلتهم بالشخص الذي تنطبق عليه الشهادة الطبية :  
(فضلاً استخدم ورقة منفصلة، عند الضرورة).

العمر	صلة القرابة	الاسم
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

لماذا كان من الضروري اختصار رحلتك ؟

هل رافقت أي شخص أثناء عودتك ؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، فضلاً أعط التفاصيل :

هل قمت أو أي شخص يقوم مقامك بأداء أية مبالغ على صلة بهذا الموضوع ؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، اذكر اسم الشخص المرافق :

إذا كان سبب اختصار الرحلة عائد إلى حالة وفاة/مرض في المملكة العربية السعودية، اذكر اسم الشخص وصلة القرابة بالموظف :

الاسم : \_\_\_\_\_ صلة القرابة : \_\_\_\_\_

( ملاحظة : سوف تطلب الشركة موافقتها بشهادة طبية/خطاب من الطبيب المعالج يصادق فيها على السجل الطبي الكامل الذي أدى إلى اختصار مدة الرحلة )

### التأمينات الأخرى وتفاصيل الخسائر السابقة

رجاء إعطاء تفاصيل عن أية مطالبات تأمين طبي خاص سابق مع تفاصيل أي مطالبات سفر أقيمت :

\_\_\_\_\_

هل هناك أي تأمين آخر يغطي هذه الخسارة ؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، رجاء إعطاء التفاصيل :

### تفاصيل مطالبة مصاريف السفر الطارئة

التاريخ	الوصف	المستفيد/المستحق للدفع	عملة المبلغ	سعر الصرف	هل تم سداد الفاتورة نعم/لا	لاستخدام الشركة فقط
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

### تفاصيل التسوية

اسم المستفيد الذي ترغب إصدار الشيك لصالحه :

\_\_\_\_\_

### إقرار

أقر بموجب هذا حسب أقصى علمي واعتقادي أن الإجابات والبيانات الواردة في هذا الطلب إضافة إلى المستندات المدعمة المؤيدة لها هي كاملة وصحيحة وأنني لم أحذف أو أكتتم أي حقيقة جوهرية. وبالرغم من ذلك، فإنه من المفهوم والمتفق عليه أنه يحق للشركة، إذا ما رغبت، طلب أي معلومات و/أو تفاصيل تتعلق بتلك المطالبة من مصادر أخرى حيث ستخضع للمراجعة بغرض تفادي أي عمل احتيالي.

كما ويحق للشركة بمجرد دفع قيمة هذه المطالبة الحلول محل المؤمن عليه للحصول على أية حقوق أو تعويض من الغير الذي يكون مسؤولاً عن هذه الخسارة أو الضرر.

توقيع حامل الوثيقة : \_\_\_\_\_ التاريخ : \_\_\_\_\_