

نموذج طلب برنامج تكافل للسفر

البيانات الشخصية

الرجاء وضع علامة (✓) في الخانة الملائمة القابلة للتطبيق

الاسم الأول:	صندوق البريد:	المدينة:	الرمز البريدي:
الاسم الأوسط:	رقم المبنى:	الشارع:	الحي:
اسم العائلة:	رقم هاتف المكتب:	رقم الجوال:	
رقم بطاقة الأحوال / الإقامة:	رقم هاتف المنزل:		
الجنسية:	الحالة الاجتماعية:	عدد الأبناء:	
تاريخ الميلاد:	الجنس:	ذكر <input type="checkbox"/>	أنثى <input type="checkbox"/>
	البريد الإلكتروني:		

تفاصيل الرحلة

الرجاء وضع علامة (✓) في الخانة المناسبة وملء المعلومات المتعلقة بها

مدة السفر:	من:	إلى:
عدد أيام السفر:	تاريخ المغادرة:	
<input type="checkbox"/> 1 - 5 أيام	<input type="checkbox"/> 17 - 22 يوم	
<input type="checkbox"/> 6 - 9 أيام	<input type="checkbox"/> 10 - 16 يوم	
<input type="checkbox"/> 30 - 23 يوم	<input type="checkbox"/> 46 - 60 يوم	
<input type="checkbox"/> سنوي		
الحدود الجغرافية:		
<input type="checkbox"/> المنطقة 1 (على نطاق العالم ما عدا الولايات المتحدة الأمريكية وكندا)		
<input type="checkbox"/> المنطقة 2 (على نطاق العالم)		

بيانات المستفيد

الرجاء إكمال المعلومات التالية

اسم المستفيد	رقم الهوية/الإقامة	صلة القرابة	النسبة المئوية

تجديد تلقائي

يمكن لساب تكافل أن تقوم بتجديد برنامج تكافل للسفر الخاص بك تلقائياً عند الانتهاء، هل ترغب باختيار هذه الخدمة؟

نعم لا

تفاصيل الدفع

الرجاء وضع علامة (✓) في الخانة المناسبة وملء المعلومات المتعلقة بها

بطاقة الائتمان <input type="checkbox"/>	الخصم من حسابي <input type="checkbox"/>
رقم البطاقة:	رقم الحساب:
تاريخ انتهاء البطاقة:	اسم البنك:
نوع البطاقة (فيزا / ماستر كارد / أخرى)	

المسافرين الآخرين الذين تود إضافتهم للتأمين

الرجاء تزويدنا بمعلومات الأشخاص الذين تود إضافتهم إلى التأمين

الاسم الأول	اسم العائلة	صلة القرابة	الجنس	تاريخ الميلاد

معلومات أخرى

1 - هل جميع الأعضاء المسافرين على هذه الرحلة في حالة صحية جيدة

نعم لا إذا كانت الإجابة لا يرجى مراجعة ساب تكافل

2 - هل هذه الرحلة تتضمن أي رياضات مثل (الرياضات الشتوية، الغطس)

نعم لا إذا كانت الإجابة نعم يرجى مراجعة ساب تكافل

* هذه الوثيقة لا تغطي أي أضرار سابقة

إقرار

أوافق على الاشتراك في برنامج تكافل للسفر وأقر أنني قد قرأت وفهمت الشروط والأحكام والاستثناءات كما هي محددة في البرنامج. وأفوض شركة ساب تكافل بالخصم من رقم الحساب المصرفي المذكور أعلاه أو بطاقة الائتمان وذلك من أجل سداد مبلغ الاشتراك الخاص ببرنامجي.

التوقيع: _____ التاريخ: _____