

استمارة مطالبة

يمكنكم أيضا تقديم مطالبتكم إلكترونيا عن طريق الخدمات الرقمية MyHealth: www.allianzcare.com/en/myhealth.html
لا تنسوا: يجب تقديم المطالبات بحسب الموعد النهائي المحدد في دليل المزايا الخاص بكم والموجود على الرابط: www.allianzcare.com/egypt

1 بيانات المتعاقد / حامل الوثيقة التأمينية

رقم الوثيقة التأمينية	
الاسم (الاسم الأول واسم الأب والجد)	
اسم العائلة	
تاريخ الميلاد (اليوم/الشهر/السنة)	
رقم مستند إثبات الشخصية	
عنوان المراسلة	
رقم الهاتف (رمز الدولة والمنطقة)	
البريد الإلكتروني	

هل لديكم تأمين صحي وطني عام أو أي تأمين صحي توفره الدولة في بلد إقامتكم أو في موطنكم الأصلي؟ نعم / لا
إذا أجبتم بنعم، يرجى توفير تفاصيل التغطية الموفرة ورمز أو رقم التأمين الصحي مع ذكر الدولة التي يتم توفير التغطية فيها.

2 بيانات المريض (إذا كان شخصًا آخر غير حامل الوثيقة التأمينية)

الاسم (الاسم الأول واسم الأب والجد)	
اسم العائلة	
تاريخ الميلاد (اليوم/الشهر/السنة)	
رقم مستند إثبات الشخصية	
الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	

3 تفاصيل دفع المطالبة

يرجى اختيار إما الخيار 1 أو اختيار واستكمال التفاصيل المتعلقة بالخيار 2.

خيار 1: الدفع إلى مقدمي الخدمات الطبية* (كالمستشفى، والأخصائي) (بيانات المصرف الموجودة أدناه غير مطلوبة لهذا الخيار)
أو

الخيار 2: الدفع إلى المتعاقد / حامل الوثيقة التأمينية عن طريق الحوالة المصرفية**

ننوه إلى أن الدفع سيتم عن طريق الحوالة المصرفية.

الرجاء تحديد العملة التي ترغبون أن يتم الدفع بها (يُرجى التأكد من إمكانية إيداع العملة المختارة في حسابكم المصرفي)	
اسم صاحب الحساب المصرفي كما هو مبين على كشف الحساب	
رقم الحساب	
رقم الحساب المصرفي الدولي IBAN (حيثما كان مطلوبًا)***	
رمز الفرع	
اسم المصرف	
عنوان المصرف	
رمز ACH/ABA (للمصارف الأمريكية فقط)	
عنوان المنتفع صاحب الحساب في الولايات المتحدة الأمريكية	
في حال وجود أية معلومات إضافية تتطلبها إجراءات التحويلات الدولية في بلدكم (مثل قانون الوكالة، والبطاقة الضريبية)، فيرجى إدراجها هنا:	
رمز Swift للبنك الوسيط (إن وُجد)	

*في حال لم يتم الدفع لمقدم الخدمات الطبية.

**يُرجى تزويدنا ببيانات المصرف للحوالة المصرفية كما هو موضح أعلاه.

***إذا كان مصرفكم داخل الاتحاد الأوروبي، أو إذا كان البلد الذي ترغبون في إرسال الحوالة إليه يتطلب رقم الحساب المصرفي الدولي (مثل قطر، والمملكة العربية السعودية، وأنغولا، وتونس، وتركيا)، فيرجى ذكر رقم الحساب المصرفي الدولي ورمز BIC/Swift الخاص بكم لتسهيل دفع مطالبتكم

يُرجى استكمال جميع أجزاء الجدول التالي مع ذكر تفاصيل كل فاتورة / إيصال. ننوه أنه يتعين تقديم فاتورة Fa Piao مع جميع المطالبات بالنسبة للتكاليف المتكبدة في الصين. في حالة عدم تضمين فاتورتكم / إيصالكم على التشخيص أو الحالة الطبية، وجب إيفادنا بهذه المعلومات أدناه. وإذا لم تتوفر مساحة كافية في الجدول، فيُرجى تقديم التفاصيل على صفحة منفصلة.

هل سددتم هذه الفاتورة؟	العملة	المبلغ المتكبد	اسم مقدم الخدمات الطبية	التشخيص / الحالة الطبية	تفاصيل النفقات / العلاج
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم					
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم					
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم					
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم					
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم					
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم					
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم					
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم					
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم					
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم					
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم					
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم					
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم					
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم					
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم					
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم					
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم					
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم					
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم					
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم					
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم					
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم					
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم					
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم					
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم					
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم					
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم					
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم					

مبلغ الدفع الكلي

(يرجى الملاحظة بأن مبلغ الدفع الكلي المشار إليه هنا لن يكون دقيقا صحيحا إلا في حال تم إصدار جميع الفواتير بنفس العملة). في حال تم إصدار الفواتير في عملات مختلفة، فيرجى عدم تعبئة قسم المبلغ الكلي.

في أي دولة تمت المعالجة؟

المطالبات الناجمة عن حادث أو إصابة

نعم لا

هل نجمت هذه المطالبة عن حادث أو إصابة؟

إذا اجبتم بنعم، يرجى استكمال التالية:

تاريخ الحادث أو الإصابة: (اليوم/الشهر/السنة)

تفاصيل متعلقة بالإصابة أو الحادث:

نعم لا

هل تمتلكون أي وثيقة تأمين أخرى (مثل تأمين السفر)؟

إذا اجبتم بنعم، يرجى إدراج رقم البوليصة هنا:

نعم لا

هل نجمت الإصابة أو الحادث عن طرف ثالث/شخص آخر؟

إذا اجبتم بنعم، يرجى استكمال التالية:

اسم الطرف الثالث:

شركة تأمين الطرف الثالث:

رقم بوليصة تأمين الطرف الثالث:

يجب إكمال الأقسام 5 و6 من قبل الطبيب المعالج في حال لم يتم ذكر هذه التفاصيل في المستندات المرفقة (مثل الإيصالات والفواتير).

5 بيانات مقدم الخدمة الطبية

اسم الطبيب / الأخصائي	
المؤهلات / الدرجة الجامعية	
اسم المستشفى / العيادة	
العنوان	
رقم الهاتف (رمز الدولة والمدينة)	
فاكس (رمز الدولة والمدينة)	
البريد الإلكتروني	

خاص بمطالبات العلاج الطبيعي / العلاج النفسي فقط. يُرجى إفادتنا بالبيانات الكاملة للتحويل.

اسم الطبيب المحوّل	
رقم الهاتف (رمز الدولة والمدينة)	
تاريخ التحويل (اليوم/الشهر/السنة)	

6 البيانات الطبية

نوع الحالة حادة مزمنة نوبة حادة لحالة مزمنة

يُرجى تقديم التفاصيل الكاملة للأعراض أو للحالة الطبية التي تتطلب العلاج، متضمنة التصنيف الدولي للأمراض (ICD9/10 code/DSM-IV)

تاريخ قدوم المريض لأول مرة بهذه الأعراض؟ (اليوم/الشهر/السنة)	
تاريخ ظهور الأعراض لدى المريض لأول مرة؟ (اليوم/الشهر/السنة)	
هل عانى المريض من هذه الحالة من قبل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
هل تعلمون إذا ما تمت معالجة هذه الحالة أو حالة أخرى ذات صلة بها في السابق؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
في حال الاجابة بنعم، يرجى ذكر التفاصيل.	
هل من المتوقع أن تتكرر هذه الحالة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
هل تستلزم هذه الحالة إعادة تأهيل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
هل هي حالة دائمة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
هل تتطلب هذه الحالة متابعة أو استشارات أو مراقبة طويلة الأجل، أو فحوصات وتحاليل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	

لحالات الحمل فقط

يُرجى ذكر الموعد المتوقع للولادة (اليوم/الشهر/السنة) هل من المتوقع ولادة طفل واحد: نعم لا

في حال كان من المتوقع ولادة توأم / عدة أطفال، يرجى الإشارة إذا ما كان الحمل نتيجة لإخصاب بمساعدة طبية نعم لا

إذا أجبتم بنعم، يرجى ذكر التفاصيل

لحالات علاج الأسنان فقط

هل كان المريض يعاني من ألم في الأسنان عند زيارتكم للعلاج؟ نعم لا

يُرجى التوقيع والتصديق بالختم الرسمي.

الختم الرسمي

توقيع الطبيب

التاريخ (اليوم/الشهر/السنة)

7 نحن نهتم لحماية خصوصيتكم وبياناتكم

يوضح إشعار حماية البيانات كيف تقوم Allianz Care، بصفتها معيد التأمين والشركة القائمة على إدارة خدمات تأمينكم، بتوفير الحماية لخصوصيتكم. وهو إشعار هام يوضح كيفية حمايتنا للبيانات الشخصية الخاصة بكم، ويجب أن تتم قراءته قبل تقديم أية بيانات شخصية إلينا. للاطلاع على إشعار حماية البيانات الخاص بنا، يرجى زيارة الرابط التالي: www.allianzcare.com/en/privacy. يمكنككم كذلك الاتصال بنا على خط المساعدة المحلي 19154 (لدى الاتصال من داخل مصر) أو 1301 630 353 + (لدى الاتصال من خارج مصر) لطلب نسخة مطبوعة من إشعار حماية البيانات. في حال وجود استفسارات لديكم تتعلق بالبيانات الشخصية واستخداماتها، يمكنككم مراسلتنا على البريد الإلكتروني التالي: AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

إقرارات:

أقر وأنا على يقين بأن استمارة المطالبة هذه لا تحتوي على أية معلومات خاطئة أو مضللة أو غير كاملة. كما وأنفهم بأنه في حال تبوت كون المطالبة مزورة، كلياً أو جزئياً، سيتم إلغاء عقد التأمين اعتباراً من تاريخ اكتشاف التزوير أو الاحتيال، مما سيجعلني عرضة للمساءلة والملاحقة القانونية.

كما وأنتازل عن حقوق السرية الطبية فيما يتعلق بالسجلات الطبية الخاصة بحالتي الصحية. وأخول المعالج، والطبيب، وطبيب الأسنان، وأخصائيي الرعاية الصحية، وموظفي المستشفى بإرسال معلومات تخص حالتي الصحية لشركة التأمين أو الخبراء الطبيين في الشركة أو لخبير خارجي (ضمن القيود القانونية) في حالة وقوع أية خلافات.

إذا كان الشخص المعالج قاصراً، فتعين على الوالدين أو الوصي التوقيع على هذا الفقرة.

توقيع المريض _____ التاريخ (اليوم/الشهر/السنة)

8 نحتاج لموافقتكم

تماشياً مع النظام الأوروبي لحماية البيانات العامة (GDPR)، نحتاج للحصول على موافقتكم من أجل معالجة بياناتكم الطبية ودفع نفقات علاجكم الطبي. إذا لم تقدموا موافقتكم إلينا، فيرجى القيام بذلك بالذهاب للرابط <https://my.allianzcare.com/myhealth/login>. ومن ثمّ الدخول إلى الخدمات عبر الإنترنت وتحديد الحقوق المطلوبة. يمكنككم كذلك تنزيل نموذج الموافقة المتوفر هنا www.allianzcare.com/en/consent-form. كما ويمكن توفير نسخة مطبوعة من النموذج عند الطلب. يرجى الملاحظة بوجوب تقديم كل عضو مشمول ضمن وثيقة التأمين، ويبلغ الثامنة عشر عام (18)، موافقته الخاصة به.

9 توكيل طرف ثالث / وسيط

أخول بصفتي صاحب المطالبة

اسم الطرف الثالث

للتصرف بالنيابة عني فيما يتعلق بإدارة هذه المطالبة، ما قد يؤول الى الافضاء بمعلومات طبية دقيقة وحساسة.

توقيع صاحب المطالبة _____ التاريخ (اليوم/الشهر/السنة)

اسم صاحب المطالبة _____

يرجى إرسال استمارة/ات المطالبة مكتملة مع الفواتير الأصلية كالتالي:

العلاج داخل مصر	العلاج داخل مصر
يرجى إرسال الاستمارة مكتملة عن طريق:	يرجى إرسال الاستمارة مكتملة عن طريق:
البريد الإلكتروني: claims@allianzworldwidecare.com	البريد الإلكتروني: AWCREIMB-EGP@nextcarehealth.com
أو الفاكس: + 353 1 645 4033	أو الفاكس: + 20222908220
أو البريد الي: Claims Department, Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Ireland	شركة NEXtCARE - مصر، قطعة 14B01، مبنى A1، مدينة كايرو فيستفال سيتي - التجمع الخامس، القاهرة الجديدة، مصر

وجب، وكجزء من مسؤوليتكم، الاحتفاظ بالمستندات الأصلية مثل الإيصالات الطبية حيثما تم تقديم نسخ إلينا، حيث أننا نحتفظ بحق المطالبة بالمستندات الداعمة الأصلية / الإيصالات خلال فترة 12 شهراً بعد تسوية المطالبات لأغراض تتعلق بتدقيق الحسابات. كما ونحتفظ بحق المطالبة بإثبات للدفع (مثل كشف مصرفي أو بيان بطاقة الائتمان) فيما يتعلق بالإيصالات الطبية التي قدمتموها. بالإضافة إلى ذلك، ننصح بالاحتفاظ بنسخ من جميع المراسلات معنا لأننا لا نتحمل المسؤولية عن المراسلات التي لم تصل إلينا لأسباب خارجة عن سيطرتنا.

هام: يرجى التأكد من التالي:

- كون عنوانكم صحيحاً في حال حصول أي تغيير على تفاصيل الاتصال الخاصة بكم، يرجى إخطارنا بذلك على استمارة المطالبة
- إرفاق جميع الفواتير والإيصالات والوصفات الطبية (الروشيّة)
- استكمال تعبئة استمارة المطالبة
- توقيع المطالبة وقسم الإقرارات

هل تعلم

أن غالبية أعضائنا تجد انه يتم التعامل مع استفساراتهم بشكل أسرع حين يتصلون بنا؟

إذا كانت لديكم أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخط المساعدة على الأرقام التالية: 19154 أو 20224632306 +

أو على البريد الإلكتروني: AWCREIMB-EGP@nextcarehealth.com

توفر شركة Allianz Health & Life SA الدعم الإداري والفني لتأمينكم. AWP Health & Life SA هي شركة محدودة خاضعة لقانون التأمين الفرنسي ومسجلة في فرنسا تحت الرقم RCS Bobigny 401 154 679. وتدار أعمالها من خلال فرعها الإيرلندي بعنوانه الكائن في: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12 Ireland والمسجل في مكتب تسجيل الشركات الإيرلندي تحت الرقم: 907619. AWP Health & Life SA هي معيد التأمين وتوفر الخدمات الإدارية والدعم الفني لتأمينكم. Allianz Care وAllianz Partners هي أسماء تجارية مسجلة تابعة لـ AWP Health & Life SA أليانز للتأمين - مصر هي الشركة القائمة على وثائق تأمينكم.

Allianz Life Assurance Company - Egypt (S.A.E) Registered Under No. 15/2001

Allianz Insurance Company - Egypt (S.A.E) Registered Under No. 13/2001

Address: Building (A1) - Cairo Festival City - 5th Settlement - New Cairo

Phone: (+202) 232 23000

Fax: (+202) 232 23001

HOTLINE
19909
www.allianz.com.eg

أليانز لتأمينات الحياة - مصر (ش.م.م) مسجلة تحت رقم 10 / 2001

أليانز للتأمين - مصر (ش.م.م) مسجلة تحت رقم 13 / 2001

العنوان: مبنى (A1) - كايرو فيستفال سيتي - التجمع الخامس - القاهرة الجديدة

تليفون: 2322 3000 (+202)

فاكس: 2322 3001 (+202)