

استمارة مطالبة

يمكنكم أيضا تقديم مطالبكم 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

<input type="text"/>	رقم الوثيقة التأمينية
<input type="text"/>	الاسم (الاسم الأول واسم الأب والجد)
<input type="text"/>	اسم العائلة
<input type="text"/>	تاريخ الميلاد (اليوم/الشهر/السنة)
<input type="text"/>	رقم مستند إثبات الشخصية
<input type="text"/>	عنوان المراسلة
<input type="text"/>	رقم الهاتف (رمز الدولة والمنطقة)
<input type="text"/>	البريد الإلكتروني
<input type="checkbox"/> لا / <input type="checkbox"/> نعم	هل لديكم تأمين صحي وطني عام أو أي تأمين صحي توفره الدولة في بلد إقامتكم أو في موطنكم الأصلي؟
إذا أجبتكم بنعم، يرجى توفير تفاصيل التغطية الموفرة ورمز أو رقم التأمين الصحي مع ذكر الدولة التي يتم توفير التغطية فيها.	

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

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

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**

نوه الى أن الدفع سيتم عن طريق الحوالة المصرفية.

<input type="text"/>	الرجاء تحديد العملة التي ترغبون أن يتم الدفع بها (يُرجى التأكد من إمكانية إيداع العملة المختارة في حسابكم المصرفي)
<input type="text"/>	اسم صاحب الحساب المصرفي كما هو مبين على كشف الحساب
<input type="text"/>	رقم الحساب
<input type="text"/>	رقم الحساب المصرفي الدولي IBAN (حيثما كان مطلوباً)***
<input type="text"/>	رمز الفرع
<input type="text"/>	رمز BIC/Swift***
<input type="text"/>	اسم المصرف
<input type="text"/>	عنوان المصرف
<input type="text"/>	رمز ACH/ABA (للمصارف الأمريكية فقط)
<input type="text"/>	عنوان المنتفع صاحب الحساب في الولايات المتحدة الأمريكية
<input type="text"/>	في حال وجود أية معلومات إضافية تتطلبها إجراءات التحويلات الدولية في بلدكم (مثل قانون الوكالة، والبطاقة الضريبية)، فُتُرجى إدراجها هنا:
<input type="text"/>	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، وأнгولا، وتونس، وتركيا)، فُتُرجى ذكر رقم الحساب المصرفي الدولي ورمز BIC/Swift الخاص بكم لتسهيل دفع مطالبكم

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 الإجابة 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: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
في حال كان من المتوقع ولادة توأم / عدة أطفال، يرجى الإشارة إذا ما كان الحمل نتيجة لإخصاب بمساعدة طبية <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
إذا أجبتم بنعم، يرجى ذكر التفاصيل	

--

لحالات علاج الأسنان فقط

هل كان المريض يعاني من ألم في الأسنان عند زيارتكم للعلاج؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> 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 لكم، 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. يمكنك كذلك الاتصال بنا على خط المساعدة المحلي 19154 (لدى الاتصال من داخل مصر) أو 353 1 630 1301+ (لدى الاتصال من خارج مصر) لطلب نسخة مطبوعة من إشعار حماية البيانات. في حال وجود استفسارات لديكم تتعلق بالبيانات الشخصية واستخداماتها، يمكنك 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 ثبوت 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 الحقول المطلوبة. يمكنك 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 أخول بصفتي صاحب المطالبة، ما قد يؤول الى الافضاء بمعلومات طبية دقيقة وحساسة، للتصرف بالنيابة عني فيما يتعلق بإدارة هذه المطالبة.

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

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 (الروشيتة)
- 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 Partners وAllianz Care هي أسماء تجارية مسجلة تابعة لـ AWP Health & Life SA. أمانز للتأمين - مصر هي الشركة القائمة على وثائق تأمينكم. 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 الأيرلندي بعنوانه الكائن في: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12 Ireland والمسجل في مكتب تسجيل الشركات الأيرلندي تحت الرقم: 907619. AWP Health & Life SA هي معيد التأمين وتوفر الخدمات الإدارية والدعم الفني لتأمينكم.

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+)