

## استمارة مطالبة

لا تنسوا: يجب تقديم المطالبات بحسب الموعد النهائي المحدد في دليل المزايا الخاص بكم  
والموجود على الرابط: [my.allianzcare.com/myhealth/login](http://my.allianzcare.com/myhealth/login)

يرجى تعبئة هذه الاستمارة بخط واضح.  
يمكنكم أيضاً تقديم مطالبكم إلكترونياً عن طريق الخدمات الرقمية MyHealth  
[www.allianzcare.com/en/myhealth.html](http://www.allianzcare.com/en/myhealth.html)

## 1 بيانات المريض

رقم وثيقة التأمين:									
تاريخ الميلاد (اليوم/الشهر/السنة)									
الاسم									
اسم العائلة									
أحدث عنوان للمراسلة									
رقم الهاتف (رمز الدولة والمدينة)									
البريد الإلكتروني:									
اسم الشخص حامل الوثيقة التأمينية:									
هل لديكم تأمين صحي وطني عام أو أي تأمين صحي توفره الدولة في بلد إقامتكم أو في موطنكم الأصلي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا									
إذا أجبتم بنعم، يرجى توفير تفاصيل التغطية الموفرة ورمز أو رقم التأمين الصحي مع ذكر الدولة التي يتم توفير التغطية فيها.									

## 2 بيانات مقدم المطالبة (إذا كان شخصاً آخر غير المريض المذكور في قسم 1)

الاسم									
اسم العائلة									
تاريخ الميلاد (اليوم/الشهر/السنة)									
الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى									

## 3 تفاصيل الدفع

يرجى اختيار أحد الخيارات واستكمال بنوده.

**الخيار الأول:**  الدفع إلى مقدمي الخدمات الطبية\* (مثلاً المستشفى، والأخصائي)

(بيانات المصرف الموجودة أدناه غير مطلوبة لهذا الخيار).

**الخيار الثاني:**  الدفع إلى العضو

طريقة الدفع المفضلة:  حوالة مصرفية \*\*  شيك\*\*\*

الرجاء إدراج العملة التي تريدون أن يتم الدفع بها (يرجى التأكيد من إمكانية إيداع العملة المختارة في حسابكم المصرفي)

الخيار الثالث:  الدفع إلى طرف ثالث

اسم حامل الحساب المصرفي المدفوع له كما يظهر على كشف الحساب المصرفي

رقم الحساب									
رقم الحساب المصرفي الدولي IBAN (حيثما كان مطلوباً)****									
رمز الفرع									
اسم المصرف									
عنوان المصرف									
رمز ABA/ACH (للمصارف الأمريكية فقط)									

إذا كنتم على علم بأي معلومات إضافية مطلوبة من أجل تنفيذ المعاملات الدولية في بلدكم (مثل رمز الوكالة، والرقم الضريبي)، فيرجى إدراجه أدناه:

رمز Swift للبنك الوسيط (إن وجد)									

\*\*\*\* 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 توفير رقم الحساب المصرفي الدولي ورمز BIC/Swift الخاص بكم لتسهيل دفع مطالباتكم.

\* إذا لم تتفعلوا مقدم الرعاية الطبية.  
\*\* بالنسبة للحوالة المصرفية، يرجى تزويدنا ببيانات المصرف كما هو موضح أدناه.  
\*\*\* ترسل الشيكات لحامل الوثيقة التأمينية على عنوان المراسلة المدرج في الفقرة 1.

## 4 تفاصيل المطالبة

يُرجى إكمال جميع أجزاء الجدول التالي مع تفاصيل كل فاتورة وإيصال. ننوه هنا إلى أنه يتعين تقديم فاتورة Fa Piao مع جميع المطالبات الخاصة بالتكاليف المتكبدة في الصين. إذا لم تتضمن فاتورتكم أو إيصالكم على التشخيص أو الحالة الطبية، فيرجى إيفادنا بهذه المعلومات أدناه. وإذا لم تكن هناك مساحة كافية في الجدول أدناه، فيرجى تقديم التفاصيل على صفحة منفصلة.

هل سددتم هذه الفاتورة؟	العملة	المبلغ المتكبد	اسم مقدم الخدمة	التشخيص والحالة الطبية	تفاصيل التكاليف والعلاج
<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					

مبلغ الدفع الكلي  
(يرجى الملاحظة بأن مبلغ الدفع الكلي لن يكون دقيقاً صحيحاً 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؟

حالات الحمل فقط:

يُرجى تقديم الموعد المقدر للولادة (اليوم/الشهر/السنة)

المطالبة نتيجة حادث أو إصابة

هل نجمت هذه المطالبة عن حادث أو إصابة؟

نعم  لا

إذا أجبت بنعم، يرجى استكمال التالية:

تاريخ الحادث أو الإصابة: اليوم/الشهر/السنة

تفاصيل الإصابة أو الحادث:

هل لديكم تأمين آخر مثل تأمين السفر:  نعم  لا

إذا أجبت بنعم، يرجى ذكر

اسم شركة التأمين

رقم وثيقة التأمين

هل نجم هذا الحادث أو الإصابة بسبب شخص آخر؟  نعم  لا

إذا أجبت بنعم، يرجى استكمال التالية:

اسم الشخص أو الطرف الثالث:

اسم شركة تأمين الشخص أو الطرف الثالث:

يرجى ارسال نسخة عن تقرير الشرطة (إذا وجد) الى: [claims.recoveries@allianzworldwidecare.com](mailto:claims.recoveries@allianzworldwidecare.com)

## 5 بيانات مقدم الخدمة الطبية

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

خاص بالمطالبات الخاصة بالعلاج الطبي/العلاج النفسي فقط. يُرجى تزويدنا 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 علاجًا، بما في ذلك التصنيف الدولي

ICD9/10 code/DSM-IV

التفاصيل الكاملة للأعراض أو الحالة الطبية


تاريخ قدوم المريض لأول مرة بهذه الأعراض؟ (اليوم/الشهر/السنة)

تاريخ ظهور الأعراض لدى المريض لأول مرة؟ (اليوم/الشهر/السنة)

يُرجى التوقيع والتصديق بالختم الرسمي

الختم الرسمي
--------------

توقيع الطبيب

التاريخ (اليوم/الشهر/السنة)

## 7 البيانات الشخصية الخاصة بكم

يوضح إشعار حماية البيانات كيف تقوم شركتنا بتوفير الحماية لخصوصيتكم. وهو إشعار هام يوضح كيفية إدارتنا لبياناتكم، ويجب قراءته قبل تقديم أية بيانات شخصية إلينا. للاطلاع على إشعار حماية البيانات الخاص بنا، يرجى زيارة الرابط التالي: [www.allianzcare.com/en/privacy](http://www.allianzcare.com/en/privacy).

يمكنكم كذلك الاتصال بنا على الرقم 1301 630 1353 + لطالب نسخة مطبوعة من إشعار حماية البيانات. في حال وجود استفسارات لديكم تتعلق بالبيانات الشخصية واستخداماتها، يمكنكم مراسلتنا على البريد الإلكتروني التالي: [AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com](mailto:AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com)

## 8 التصريح والإقرار

أشهد 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، كليًا أو جزئيًا، سيتم إلغاء عقد التأمين اعتباراً من تاريخ اكتشاف التزوير أو الاحتيال، مما سيجعلني عرضة للمساءلة والملاحقة القانونية.

أوافق على التنازل عن حقوق السرية الطبية فيما يتعلق بالسجلات الطبية الخاصة بحالتي الصحية، وأخول الطبيب والمعالج وأخصائيي الرعاية الصحية وموظفي المستشفى بإرسال معلومات تخص حالتي الصحية للخبراء الطبيين في شركة Allianz Care أو لخبير خارجي في حالة وقوع أية خلافات. ويخضع ما سبق للقانون المعمول بها.

إذا كان الشخص المعالج قاصرًا، فيتعين على الوالدين أو الوصي توقيع وتدوين هذه الفقرة.

توقيع المريض

التاريخ (اليوم/الشهر/السنة)

## 9 نحتاج لموافقتكم

تماشياً مع النظام الأوروبي لحماية البيانات العامة (GDPR)، نحتاج للحصول على موافقتكم لأجل تناول بياناتكم الطبية ودفع نفقات علاجكم الطبي. إذا لم تقدموا موافقتكم إلينا، فيرجى القيام بذلك بالذهاب للرابط [www.allianzcare.com/en/consent-form](http://www.allianzcare.com/en/consent-form). كما ويمكن توفير نسخة مطبوعة من النموذج عند الطلب. يرجى الملاحظة بوجود تقديم كل عضو مشمول ضمن وثيقة التأمين ويبلغ الثامنة عشر عام (18) موافقته الخاصة به.

## 10 توكيل طرف ثالث

(اسم الطرف الثالث)

أخول بصفتي صاحب المطالبة

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

توقيع صاحب المطالبة

اسم صاحب المطالبة

التاريخ (اليوم/الشهر/السنة)

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

## يرجى إرسال استمارة المطالبة مكتملة مع الفواتير الأصلية إلى العنوان التالي:

البريد الإلكتروني: [claims@allianzworldwidecare.com](mailto:claims@allianzworldwidecare.com)

أو عبر إرسالها بالفاكس إلى: + 353 1 645 4033

Claims Department, Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus,  
Nangor Road, Dublin 12, Ireland

أو بالبريد إلى: 

### 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 الخاص بنا على رقم 353 1 630 1301 + أو البريد الإلكتروني: [client.services@e.allianz.com](mailto:client.services@e.allianz.com). للحصول على أحدث قائمة بالأرقام المجانية، يرجى زيارة الموقع الإلكتروني: [www.allianzcare.com/toll-free-numbers](http://www.allianzcare.com/toll-free-numbers).

هذه الوثيقة هي نسخة مترجمة للعربية من "Group Claim Form" (استمارة المطالبة الخاصة بالمجموعات) الصادرة باللغة الإنجليزية. وتعتبر النسخة الإنجليزية من هذه الوثيقة هي النسخة الأصلية والمعتمدة. وفي حال وجود تعارض بين هذه النسخة المترجمة والنسخة الإنجليزية، يرجى العلم أن النسخة الإنجليزية هي النسخة المعتمدة والملزمة قانوناً.

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. Allianz Care و Allianz Partners هي أسماء تجارية مسجلة تابعة لـ AWP Health & Life SA.