

# استمارة مطالبة

يُرجى تعبئة هذه الاستمارة بخط واضح. حرصاً منا على راحتكم، فقد وفرنا هذه الاستمارة على صفحتنا الإلكترونية:  
[www.allianzworldwidecare.com/egypt](http://www.allianzworldwidecare.com/egypt)

## 1 بيانات المتعاقد / حامل الوثيقة التأمينية

رقم الوثيقة التأمينية	_____
الاسم الأول (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	_____

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

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

## 3 تفاصيل دفع المطالبة

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

**الخيار 2:** الدفع إلى المتعاقد / حامل الوثيقة التأمينية

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 مطلوباً)\*\*

رمز الفرع

اسم المصرف

عنوان المصرف

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

\*\*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.



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 افادتنا 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؟  نعم  لا في حال الاجابة بنعم، متى؟ (اليوم/الشهر/السنة)

هل تعلمون إذا ما تمت معالجة هذه الحالة أو حالة أخرى ذات صلة بها في السابق؟  نعم  لا في حال الاجابة بنعم، يرجى ذكر التفاصيل.

هل من المتوقع أن تتكرر هذه الحالة؟  نعم  لا

هل تستلزم هذه الحالة إعادة تأهيل؟  نعم  لا

هل هي حالة دائمة؟  نعم  لا

هل تتطلب هذه الحالة متابعة أو استشارات أو مراقبة طويلة الأجل، أو فحوصات وتحاليل؟  نعم  لا

### لحالات الحمل فقط

يُرجى ذكر الموعد المتوقع للولادة (اليوم/الشهر/السنة)

هل من المتوقع ولادة طفل واحد:  نعم  لا

في حال أجبتكم على السؤال السابق بلا، ومن المتوقع ولادة توأم / عدة أطفال، يرجى الإشارة إذا ما كان الحمل نتيجة لإخصاب بمساعدة طبية عدا التلقيح اصطناعي  نعم  لا

إذا أجبتكم 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)

الاستخدامات: المعلومات التي يتم تقديمها للشركة يمكن استخدامها في أغراض إدارة العمليات التأمينية (وتشمل الاكتتاب والإصدار ودراسة المطالبات وإعادة التأمين ومنع الغش). يمكن للشركة التعاقد مع طرف ثالث للعمل على البيانات نيابة عن الشركة. إن مثل هذه العملية تخضع للقيود التعاقدية فيما يتعلق بعدم الإفصاح والسرية بالإضافة إلى الالتزامات التي يفرضها قانون حماية البيانات المعمول به.

البيانات الدقيقة / الحساسة: تحتاج الشركة إلى جمع بيانات دقيقة / حساسة تتعلق بكم (مثل: التفاصيل الطبية والصحة الدقيقة) وذلك من أجل تقييم الخدمة التأمينية التي سوف يتم تقديمها أو التي سوف تقوم الشركة بتربيتها أو من أجل دراسة أي مطالبات قد تنشأ فيما بعد.

الإفصاح: قد يتم مشاركة المعلومات الخاصة بكم و/أو الخاصة بسجل المطالبات مع منتجينا أو أعضاء مجموعة أليانز أو شركات تأمين أخرى ومنتجيتهم، ومقدمي الخدمات، وأي وسيط يتعامل نيابة عنكم. كما يجوز للشركة مشاركة هذه المعلومات مع الهيئات والجهات الحكومية أو المنظمات التي تكون الشركة عضواً بها أو تخضع تحت إشرافها. بالإضافة إلى ذلك يجوز للشركة في ظروف معينة اللجوء إلى محققين لفحص والتحقق من صحة أية مطالبات يتم تقديمها في أي وقت لاحق.

الإحفاظ بالسجلات: تلتزم الشركة بالإحفاظ بالسجلات الخاصة بكم، لمدة 6 سنوات من تاريخ انتهاء التأمين كحد أدنى. كما أن الشركة لن تحتفظ بالبيانات لفترة أطول مما هو ضروري وستحتفظ بها فقط للأغراض التي من أجلها تم الإحفاظ بتلك البيانات.

التمثيل والموافقة/القبول: عن طريق توقيعكم لهذا الطلب فإن هذا يعتبر إقراراً ضمنياً بأن لديكم صلاحية والأهلية التصرف نيابة عن كافة الأطراف ذوي الصلة بتلك الوثيقة وذلك فيما يتعلق بجميع المعلومات الشخصية التي تقدموها لنا، وأن لديكم الأهلية للإفصاح عن هذه المعلومات الشخصية من أجل الأغراض المذكورة أعلاه وإنكم توافقون على استخدام جميع المعلومات الخاصة بالمعالين بالنيابة عنهم والعمل عليها والإفصاح عنها والإحفاظ بها.

طريقة الوصول إلى البيانات: يحق لكم طلب الحصول على نسخة من بياناتكم الشخصية الموجودة لدى الشركة. إذا رغبتكم في ممارسة هذا الحق يجب إرسال طلب خطي إلى قسم حماية البيانات على عنوان الشركة المدرج في هذه الاستمارة.

تسجيل المكالمات: إن كافة المكالمات الواردة على خط المساعدة (Helpline)، قد يتم تسجيلها وذلك لأغراض الجودة والرقابة ومتابعة مستوى الخدمة.

أقر وأنا على يقين بأن استمارة المطالبة هذه لا تحتوي على أية معلومات خاطئة أو مضللة أو غير كاملة. كما وأنهم 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 وأننا نأخذ عن حقوق السرية الطبية فيما يتعلق بالسجلات الطبية الخاصة بحالتي الصحية. وأحول 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 المعلن قاصراً، فعن على الوالدين أو الوصي التوقيع على هذا الفقرة.

توقيع المريض: التاريخ (اليوم/الشهر/السنة)

## 8 توكيل طرف ثالث / وسيط

أحول بصفتي صاحب المطالبة بالتصرف بالنيابة عني فيما يتعلق بإدارة هذه المطالبة، ما قد يؤول إلى الإفصاح بمعلومات طبية دقيقة وحساسة.

اسم الطرف الثالث

أحول بصفتي صاحب المطالبة بالتصرف بالنيابة عني فيما يتعلق بإدارة هذه المطالبة، ما قد يؤول إلى الإفصاح بمعلومات طبية دقيقة وحساسة.

اسم صاحب المطالبة

اسم صاحب المطالبة

التاريخ (اليوم/الشهر/السنة)

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

بالبريد الإلكتروني إلى: AWCReimb@nextcare.com.eg

بالفاكس إلى رقم: +2022908220

بالبريد إلى: شركة NEXtCARE - مصر، 17 شارع الأهرام، قسم ب، الطابق الثامن، هليوبوليس، القاهرة، مصر

وجب، وكجزء من مسؤوليتكم، الاحتفاظ بالمستندات الداعمة 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 - بغرض اكتشاف التزوير. بالإضافة إلى ذلك، ننصح بالاحتفاظ بنسخ من جميع المراسلات معنا لأننا لا نتحمل المسؤولية عن المراسلات التي لم تصل إلينا لأسباب خارجة عن سيطرتنا.

إذا كانت لديكم أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخط المساعدة الخاص على الأرقام: +20224182564 أو +201145009007

أو على البريد الإلكتروني: AWCReimb@nextcare.com.eg

هام: يرجى التأكد من التالي:

- إرفاق جميع الفواتير والإيصالات والوصفات الطبية (الروشتية)
- في حال حصول أي تغيير على تفاصيل الاتصال الخاصة بكم، يرجى إخطارنا بذلك على استمارة المطالبة
- استكمال تعبئة استمارة المطالبة
- تأكيد التشخيص إما على الفواتير أو على استمارة المطالبة
- توقيع المطالبة وقسم الاقرارات

توفر شركة Allianz Worldwide Care SA الدعم الإداري والفني لتأمينكم. Allianz Worldwide Care SA هي شركة محدودة خاضعة لقانون التأمين الفرنسي ومسجلة في فرنسا تحت الرقم: RCS Paris 401 154 679، وتدار أعمالها من خلال فرعها الأيرلندي بعنوانه الكائن في: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Ireland. Allianz Worldwide Care SA هي معيد التأمين وتوفر الخدمات الإدارية والدعم التقني لتأمينكم. أليانز للتأمين - مصر هي الشركة القائمة على وثائق تأمينكم.