

# استمارة مطالبة

يرجى تعبئة هذه الاستمارة بخط واضح. حرصاً منا على راحتكم، فقد وفرنا هذا النموذج بصيغة PDF على صفحتنا الإلكترونية: [www.allianzworldwidecare.com/members](http://www.allianzworldwidecare.com/members)

تطبيق صحي  
MyHealth app  
لتقديم المطالبات  
بشكل سهل وسريع



(التطبيق متوفر باللغة الانكليزية والالمانية  
والفرنسية والاسبانية والبرتغالية)

[www.allianzworldwidecare.com/myhealth](http://www.allianzworldwidecare.com/myhealth)

## 1 بيانات حامل الوثيقة التأمينية

رقم الوثيقة التأمينية	رقم الميلاد (اليوم/الشهر/السنة)
الاسم الأول	
اسم العائلة	
أحدث عنوان للمراسلة	
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؟ <input type="checkbox"/> نعم / <input type="checkbox"/> لا	
إذا أجبت نعم، 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)

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

## 3 تفاصيل الدفع

**الخيار الأول:**  الدفع إلى مقدمي الخدمات الطبية\* (المستشفى أو الأخصائي) (بيانات المصرف الموجودة أدناه غير مطلوبة لهذا الخيار) **الخيار الثاني:**  الدفع إلى حامل الوثيقة التأمينية  
طريقة الدفع المفضلة:  حوالة مصرفية\*\*  شيك\*\*\*

الرجاء تحديد العملة التي ترغبون أن يتم الدفع بها (يرجى 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 (حيثما كان مطلوباً)\*\*\*\*

رمز الفرع

اسم المصرف

عنوان المصرف

رمز BIC/Swift\*\*\*\*

في حال وجود أية معلومات إضافية تتطلبها إجراءات التحويلات الدولية في بلدكم (مثل قانون الوكالة أو البطاقة الضريبية)، فيرجى إدراجها هنا:

رمز Swift للبنك الوسيط (إن وجد)

\*في حال لم يتم الدفع لمقدم الخدمات الطبية. \*\*يرجى تزويدنا ببيانات المصرف للحالة المصرفية كما هو موضح أعلاه. \*\*\*ترسل الشيكات لحامل الوثيقة التأمينية على عنوان المراسلة المذكور في الفقرة 1. \*\*\*\*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.

## 4 تفاصيل المطالبة

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

تفاصيل النفقات / العلاج	التشخيص / الحالة الطبية	اسم مقدم الخدمات الطبية	المبلغ المتكبد	لعملة	هل سددتم هذه الفاتورة؟
					<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

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؟

لحالات الحمل فقط يرجى ذكر الموعد المتوقع للولادة (اليوم/الشهر/السنة)

إذا كانت هذه المطالبة ناجمة عن حادث أو مرض أو إصابة ذات صلة بالعمل وكنتم تمتلكون أي وثيقة تأمين أخرى (مثل التأمين على السيارة)، أو إذا كنتم قد رفعتم دعوى قضائية أو مطالبة ضد طرف ثالث لاسترداد التكاليف التي تكبدتموها نتيجة لهذا الحادث / الإصابة، فيرجى تقديم التفاصيل في وثيقة منفصلة.

## 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 بالمطالبات الخاصة بالعلاج الطبيعي / 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 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)  /  /

يُرجى التوقيع والتصديق بالختم الرسمي

توقيع الطبيب والختم الرسمي  /  /

التاريخ (اليوم/الشهر/السنة)  /  /

## 7 نحن نهتم لحماية البيانات الشخصية الخاصة بكم

يوضح إشعار حماية البيانات كيف نوفر الحماية لخصوصيتكم. وهو إشعار هام يوضح كيفية حمايتنا للبيانات الشخصية الخاصة بكم، ويجب ان تتم قراءة ته قبل تقديم أية بيانات شخصية إلينا. للاطلاع على إشعار حماية البيانات الخاص بنا، يرجى زيارة الرابط التالي: [www.allianzworldwidecare.com/en/privacy](http://www.allianzworldwidecare.com/en/privacy).  
يمكنكم كذلك الاتصال بنا على الرقم + 353 1 630 1301 لطلب نسخة مطبوعة من إشعار حماية البيانات. في حال وجود استفسارات لديكم تتعلق بالبيانات الشخصية واستخداماتها، يمكنكم مراسلتنا على البريد الإلكتروني التالي: [AWC.DataPrivacyOfficer@allianz.com](mailto:AWC.DataPrivacyOfficer@allianz.com).

### 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، كلياً أو جزئياً، سيتم إلغاء عقد التأمين اعتباراً من تاريخ اكتشاف التزوير أو الاحتيال، مما سيجعلني عرضة للمساءلة والملاحقة القانونية.  
كما وأوافق على التنازل عن حقوق السرية الطبية فيما يتعلق بالسجلات الطبية الخاصة بحالتي الصحية، وأخول الطبيب المعالج وأخصائيي الرعاية الصحية وموظفي المستشفى بإرسال معلومات تخص حالتي الصحية للخبراء الطبيين في شركة Allianz Partners أو لخبير خارجي في حالة وقوع أية خلافات.

إذا كان الشخص المعالج قاصراً، فتعني على الوالدين أو الوصي التوقيع وتدوين التاريخ على هذا الفقرة.

توقيع المريض  /  /  التاريخ (اليوم/الشهر/السنة)  /  /

## 8 توكيل طرف ثالث

أخول بصفتي صاحب المطالبة بالتصرف بالنيابة عني (وبإبابة عمن أعيل ممن تم ذكرهم في هذه الاستمارة) فيما يتعلق بإدارة هذه المطالبة، ما قد يؤول الى الإفضاء بمعلومات طبية دقيقة وحساسة.

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

اسم صاحب المطالبة

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 لأغراض تتعلق بتدقيق الحسابات. كما ونحتفظ بحق المطالبة بإثبات الدفع (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.

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

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

بالفاكس إلى رقم: + 353 1 645 4033

بالبريد إلى:

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

إذا كانت لديكم أي أسئلة، فيرجى الاتصال بنا:

+ 353 1 630 1301

[client.services@allianzworldwidecare.com](mailto:client.services@allianzworldwidecare.com)

للحصول على أحدث لائحة بالأرقام المجانية، يرجى زيارة الموقع التالي: [www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers](http://www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers)

## هل تعلم...

أن خبرة غالبية أعضائنا تشير الى أنه يتم التعامل مع استفساراتهم بشكل أسرع حين يتصلون بنا؟