سلامة
SALAMA
الشركة الإسلامية العربية للتأمين
ISLAMIC ARAB INSURANCE CO.

HOSPITAL CASH BENEFIT
(Claimant's Statement)

منفعة المستشفى النقدية
(بيان مقدم المطالبة)

INSTRUCTIONS FOR COMPLETING THIS FORM:

Please complete this application in English and BLOCK CAPITALS and do not leave any field blank or incomplete. Do not use abbreviations, dots, crosses and dashes. Use a single ink pen to complete and sign the form. Any alteration, overwriting, mutilation, cancellation, deletion to answers must be endorsed under full signature. Ensure that the answers in this form are correct. **Use separate sheet to give answers in details (if necessary) mentioning question number, date and signature.**

تعليمات لتعبئة نموذج الطلب

يرجى تعبئة هذا الطلب باللغة الإنجليزية وبأحرف كبيرة واضحة ويرجى عدم ترك أي خانة فارغة أو غير كاملة. ولا تستخدم الاختصارات والنقاط والصلبان والشرطات. كما يرجى استخدام قلم حبر واحد لاستيفاء وتوقيع النموذج. ويجب التصديق على أي تغيير أو استبدال أو شطب أو إلغاء أو حذف في الأجوبة بموجب التوقيع الكامل إزائها. وتأكد من أن جميع الإجابات في هذا النموذج صحيحة. **ويرجى استخدام ورقة منفصلة لاعطاء الاجابات بالتفصيل (اذا لزم الأمر) مع ذكر رقم السؤال والتاريخ والتوقيع.**

1. Plan Holder's Details — 1- تفاصيل صاحب الخطة

Plan No.: الخطة رقم

Forename: الإسم الأول	Family Name: اسم العائلة:
Passport No./Emirates ID No. جواز السفر رقم / هوية الإمارات رقم:	Date of Birth: تاريخ الميلاد: D ي D ي M ش M ش Y س Y س Y س Y س

2. Covered Member's Details *(Please complete the details in case Covered Member is different from the Plan Holder)* — 2- تفاصيل بيانات العضو المغطى *(يرجى تعبئة التفاصيل في حال كان العضو المغطى مختلف عن صاحب الخطة)*

Relationship of Plan Holder to Covered Member:

Forename: الإسم الأول	Family Name: اسم العائلة:
Passport No./Emirates ID No. جواز السفر رقم / هوية الإمارات رقم:	Date of Birth: تاريخ الميلاد: D ي D ي M ش M ش Y س Y س Y س Y س

3. Claim Details — 3- تفاصيل المطالبة

Date of Event: تاريخ الحادث D ي D ي M ش M ش Y س Y س Y س Y س	Place of Event: مكان الحادث

Description of the Event: وصف الحادث

Describe the Symptom: وصف الأعراض

Date the first symptom appeared: D ي D ي M ش M ش Y س Y س Y س Y س	تاريخ ظهور الأعراض الأولى	Diagnosis: التشخيص

Attending Physician & Hospital Name اسم الطبيب المعالج والمستشفى

Physician's Telephone No. رقم هاتف الطبيب	Fax: الفاكس	Email: البريد الالكتروني

Date of Admission تاريخ الإدخال D ي D ي M ش M ش Y س Y س Y س Y س	Date of Discharge تاريخ الخروج D ي D ي M ش M ش Y س Y س Y س Y س

Name and address of the family doctor إسم وعنوان طبيب العائلة

4. Details of other Insurance Plans of the Covered Member — 4- تفاصيل خطط التأمين الأخرى للعضو المغطى

Has the Plan Holder been covered by other Takaful / Insurance provider? هل سبق وكان صاحب الخطة مغطى من قبل مزود تكافل / تأمين آخر؟ ☐ Yes نعم ☐ No كلا

If yes, please provide details: إذا كان الجواب "نعم"، يرجة تقديم التفاصيل

Insurance Company شركة التأمين	Type of Plan نوع الخطة	Plan No. رقم الخطة

5. Declaration and Authorization	5- إقرار وتفويض
The undersigned hereby makes claim to said Insurance, and agrees that the written statements and affidavits of all physicians who attended or treated the Covered Member, and all other paper called for the instructions hereon, shall constitute and they are hereby made a part of these proofs of claim and further agrees that the furnishing of this form, or of any other forms supplemental thereto, by said company shall be constituted nor be considered by it that there was any Insurance in force on the life in question, nor a waiver of any of its rights or defense. The undersigned authorize any hospital, physician or other person who attended the Covered Member or any employee to furnish to the SALAMA – Islamic Arab Insurance Co. (PSC) or its representatives, any and all information with respect to any sickness or injury, medical history, consultations, prescriptions or treatment, copies of all hospital or medical records and copies of all records of employers related to the Covered Member. The undersigned further agrees and authorizes that a photocopy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.	يتقدم الموقع أدناه بمطالبة لشركة التأمين المذكورة ويوافق على أن التصريحات والإفادات الخطية من جميع الأطباء الذين عالجوا أو قدموا الرعاية للعضو المغطى وكل ورقة أخرى تطلب الإرشادات الواردة هنا ستشكل وستعتبر جزءا من الإثباتات على المطالبة و يوافق كذلك أن تزويده بهذا النموذج، أو أي نماذج أخرى تكميلية له من قبل الشركة المذكورة لن يتم اعتماده ولن يتم دراسته من قبلها بأنه كان هناك أي تأمين ساري المفعول على حياة الشخص المعني، ولا تنازل عن أي من حقوقها أو دفاعها. ويفوض الموقع أدناه أي مستشفى أو طبيب أو أي شخص آخر قدم الرعاية للعضو المغطى أو أي موظف بأن يزود سلامة - الشركة الاسلامية العربية للتأمين (ش.م .ع) أو ممثليها، أي وجميع المعلومات فيما يتعلق بأي مرض أو إصابة، والتاريخ الطبي، والاستشارات، والوصفات الطبية أو العلاج، ونسخ من جميع سجلات المستشفيات أو السجلات الطبية ونسخ من جميع سجلات أرباب العمل المتعلقة بالعضو المغطى. كما يوافق الموقع أدناه أيضا ويصرح بأن صورة من هذا التفويض تعتبر نافذة وصالحة كالنسخة الأصلية.

Full Name of Claimant الاسم الكامل لمقدم المطالبة	Signature of Claimant توقيع مقدم المطالبة	Date التاريخ

Important Notice:	ملاحظة هامة

يرجى ملاحظة أن الوثائق التي تأتي من خارج دولة الإمارات العربية المتحدة يجب أن تكون مصدقة من قبل السلطات الحكومية وقنصلية الإمارات العربية المتحدة في بلد المنشأ.

Please note that documents coming from outside the United Arab Emirates should be attested by the Government Authorities and the United Arab Emirates Consulate from the country of origin.