

بيان مقدم المطالبة CRITICAL ILLNESS - CLAIMANT'S STATEMENT

تعليمات لتعبئة نموذج الطلب

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.

يرجى تعبئة هذا الطلب باللغة الإنجليزية وبأحرف كبيرة واضحة. ويرجى عدم ترك أي حانة 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 إزالتها. وتأكد من أن جميع الإجابات في هذا النموذج صحيحة. ويرجى استخدام ورقة منفصلة لإعطاء الإجابات بالتفصيل (إذا لزم الأمر) مع ذكر رقم السؤال والتاريخ والتوقيع.

1. تفاصيل مقدم المطالبة

1. Claimant's Details

Title: اللقب	<input type="checkbox"/> السيد Mr.	<input type="checkbox"/> السيدة Mrs.	<input type="checkbox"/> الأنسة Miss	<input type="checkbox"/> أخرى Other					
الإسم الأول Forename:	اسم العائلة: Family Name:								
جواز السفر رقم / هوية الإمارات رقم: Passport No./Emirates ID No.:	تاريخ الميلاد: Date of Birth:	ي D	ي D	ش M	ش M	س Y	س Y	س Y	س Y
الخطة رقم Plan No.									
عنوان الإقامة Residence Address									
المدينة City	البلد Country								
العنوان الدائم Permanent Address									
المدينة City	البلد Country								
رقم الهاتف المتحرك Mobile Number	رقم السكن Residential Number								
الحرفة / المهنة Occupation/Profession	رب العمل Employer				طبيعة الواجبات Nature of Duties				
رقم هاتف المكتب Office Phone Number	الفاكس Fax				عنوان البريد الإلكتروني Email Address				

2. تفاصيل الحالة الطبية

2. Details of Medical Condition

قدم وصفا كاملا للأعراض الأولى التي ظهرت
Describe fully the first symptoms appeared.

تاريخ بداية الأعراض Date Onset of Symptom	ي D	ي D	ش M	ش M	س Y	س Y	س Y	س Y	التشخيص Diagnosis
تاريخ التشخيص Date of Diagnosis	ي D	ي D	ش M	ش M	س Y	س Y	س Y	س Y	

ما العلاج (العلاجات) التي تلقيتها أو تتلقاها حاليا فيما يتعلق بحالتك الصحية الحالية؟
What treatment/s have you received or you are currently receiving in connection with your current medical condition?

هل عانيت سابقا من لمرض مماثل أو تلقيت العلاج لها؟
Have you previously suffered from or received treatment for a similar illness? نعم Yes كلا No

إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى تقديم تفاصيل تواريخ الوقائع أو العلاجات السابقة وإرفاق صورة من التقرير الطبي.
If yes, please supply the details of the dates of previous occurrences or treatment and attach copy of the medical report.

هل استشرت أي طبيب أو أخصائي آخر أو راجعت مستشفى للعلاج في المستشفى أو في العيادات الخارجية؟ Have you consulted any other physician, specialist or hospital as an in-patient or as an out-patient?		<input type="checkbox"/> نعم Yes	<input type="checkbox"/> كلا No
في حال الاستشفاء داخل المستشفى، يرجى تقديم تفاصيل وتواريخ التثبيت في المستشفى. In case of in-patient hospitalization, please provide details and dates of confinement.			
إسم المستشفى Hospital Name		العنوان Address	
هل تدخن السجائر؟ Do you smoke cigarettes?	<input type="checkbox"/> نعم Yes	<input type="checkbox"/> كلا No	إذا كانت الإجابة "نعم"، كم سيجارة/علبة في اليوم؟ If yes, how many sticks/packs per day?
منذ متى وأنت تدخن؟ Since when have you been smoking?	إذا كانت الإجابة "لا"، هل سبق وأن دخن؟ If no, have you ever smoke in the past?		
هل تتناول مشروبات كحولية؟ Do you drink alcoholic beverages?	<input type="checkbox"/> نعم Yes	<input type="checkbox"/> كلا No	إذا كانت الإجابة "نعم"، كم كأس أو وحدة؟ If yes, how many glasses or units?
منذ متى تتناول مشروبات كحولية؟ Since when have you been drinking alcohol?	ما نوع المشروبات كحولية؟ What type of alcoholic beverages?		
3. Family History			٣. تاريخ العائلة
هل عانى أيًا من أفراد أسرة صاحب الخطة من مرض مماثل / ذي صلة؟ Has any of the Plan Holder's family members suffered from a similar/related illness?		<input type="checkbox"/> نعم Yes	<input type="checkbox"/> كلا No
علاقة القرابة Relationship	التشخيص Diagnosis		
علاقة القرابة Relationship	التشخيص Diagnosis		
4. Details of Medical Attendants		٤. تفاصيل المشرفين على العلاج	
١- إسم الطبيب المعالج 1. Attending Physician's Name	تاريخ الاستشارة Date of Consultation	ي D	ي D
سبب الاستشارة Reason for Consultation:			
رقم هاتف الطبيب Physician's Phone Number:	الفاكس Fax:	البريد الإلكتروني Email:	
٢- إسم الطبيب المعالج 2. Attending Physician's Name	تاريخ الاستشارة Date of Consultation	ي D	ي D
سبب الاستشارة Reason for Consultation:			
رقم هاتف الطبيب Physician's Phone Number:	الفاكس Fax:	البريد الإلكتروني Email:	
ملاحظة: يرجى إرفاق صور من التقارير الطبية ونتائج اختبارات التشخيص والشهادات الطبية. Note: Please attach copies of medical reports, diagnostic test results and medical certificates.			
5. Others			٥. أخرى
هل سبق وكان صاحب الخطة مغطى من قبل مزود تكافل / تأمين آخر؟ Has the Plan Holder been covered by other Takaful / Insurance provider?		<input type="checkbox"/> نعم Yes	<input type="checkbox"/> كلا No
إذا كان الجواب "نعم"، يرجى تقديم التفاصيل If yes, please provide details:			
إسم الشركة Name of Company	نوع الخطة Type of Plan		
إسم الشركة Name of Company	نوع الخطة Type of Plan		

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. 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 جزءاً 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 الإسلامية 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 أيضاً ويصرح بأن صورة من هذا التفويض تعتبر نافذة وصالحة كالنسخة الأصلية.

Dated _____ this _____ day of _____ year _____

<p>الإسم الكامل لمقدم المطالبة Full Name of Claimant</p>	<p>توقيع مقدم المطالبة Signature of Claimant</p>
<p>العلاقة مع العضو المغطى Relationship with Covered Member (إذا كان غير العضو المغطى) (if other than Covered Member) يرجى إرفاق صورة من جواز السفر أو الهوية السارية Please attach passport copy or valid ID</p>	<p>رقم الاتصال Contact Number</p>

Important Notice:

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.

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.