

منفعة المستشفى النقدية (بيان مقدم المطالبة) HOSPITAL CASH BENEFIT (CLAIMANT'S STATEMENT)

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 و يرجى عدم ترك أي حانة فارغة أو غير كاملة. ولا تستخدم الاختصارات والنقاط والصلبان والشروط. كما يرجى استخدام قلم حبر واحد لاستيفاء وتوقيع النموذج. ويجب التصديق على أي تغيير أو استبدال أو شطب أو إلغاء أو حذف في الاجوبة بموجب التوقيع الكامل إزالتها. وتأكد من أن جميع الإجابات في هذا النموذج صحيحة. **ويجب استخدام ورقة منفصلة لإعطاء الإجابات بالتفصيل (إذا لزم الأمر) مع ذكر رقم السؤال والتاريخ والتوقيع.**

1. Plan Holder's Details

1. تفاصيل صاحب الخطة

الخطة رقم
Plan No.

الإسم الأول
Forename:

اسم العائلة:
Family Name:

جواز السفر رقم / هوية الإمارات رقم:
Passport No./Emirates ID No.:

تاريخ الميلاد:
Date of Birth:

ي	ي	ش	ش	س	س	س	س
D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

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:

الإسم الأول
Forename:

اسم العائلة:
Family Name:

جواز السفر رقم / هوية الإمارات رقم:
Passport No./Emirates ID No.:

تاريخ الميلاد:
Date of Birth:

ي	ي	ش	ش	س	س	س	س
D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

3. Claim Details

3- تفاصيل المطالبة

تاريخ الحادث
Date of Event:

مكان الحادث
Place of Event:

وصف الحادث
Description of the Event:

وصف الأعراض
Describe the Symptom:

تاريخ ظهور الأعراض الأولى
Date the first symptom appeared:

التشخيص
Diagnosis:

اسم الطبيب المعالج والمستشفى
Attending Physician & Hospital Name

رقم هاتف الطبيب
Physician's Telephone No.

الفاكس
Fax:

البريد الإلكتروني
Email:

تاريخ الإدخال
Date of Admission

تاريخ الخروج
Date of Discharge

إسم وعنوان طبيب العائلة
Name and address of the family doctor

3. Claim Details

3- تفاصيل المطالبة

هل سبق وكان صاحب الخطة مغطى من قبل مزود تكافل / تأمين آخر؟
Has the Plan Holder been covered by other Takaful / Insurance provider?

نعم
Yes كلا
No

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

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

5. Declaration and Authorization

٥- 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.

يتقدم الموقع أدناه بمطالبة لشركة التأمين المذكورة ويوافق على أن التصريحات والإفادات الخفية 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.

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.

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.

الاسم الكامل لمقدم المطالبة Full Name of Claimant	توقيع مقدم المطالبة Signature of Claimant	تاريخ التوقيع Date of Signing

Important Notice:

ملاحظة هامة:

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.

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.