نموذج مطالبة بالتعويض

معلومات مهمة

يرجى الاحتفاظ بجميع المستندات والأوراق الأصلية حتى تتم تسوية مطالبات التعويض. ستتم عمليات السداد بالعملة التي تم إعداد وثيقة التأمين بها، وسيتم إرسال جميع تقارير المطالبات التابعة للمُعالين إلى عناوين الاتصال الخاصة بالعضو الرئيسي والمعالين والتي تم تقديمها من قبل شركة العضو الرئيسي. للالتزام بقواعد التباعد الاجتماعي التي يتم وضعها من قبل السلطات المختلفة، سيتم تسوية جميع طلبات السداد عن طريق التحويل المصرفي فقط.

رقم وثيقة التأمين:	رقم العضوية:
اسم المريض:	اسم مقدم الخدمات الطبية:
تاريخ العلاج:	جنس المريض:
رقم الهاتف المُتحرك:	البريد الإلكتروني:

القسم الطبي

نوع الزيارة: ☐ عيادة خارجية ☐ علاج داخل المستشفى ☐ طوارئ ☐ أمومة ☐ أسنان ☐ بصري

في حال الحمل، تاريخ آخر دورة طمثية:	طبيعة الحمل:

الشكوى الرئيسية:

تاريخ المرض الحالي (يُرجى ذكر المدة وتاريخ بداية المرض والموعد الذي أصبح فيه المريض على دراية بكل حالة على حدة):

النتائج السريرية / الحالات الأخرى:

التاريخ الطبي السابق:

تفاصيل الإصابة - (في حال وجود إصابة) متى وأين وكيف أصبت بها؟

☐ إصابة مرتبطة بالعمل ☐ حادث مروري (تشمل تقرير الشرطة) مرتبطة بالرياضة - في حال وقوعها أثناء ممارسة الرياضة:

☐ رياضة احترافيّة ☐ رياضة غير احترافيّة

التشخيص:

خطة العلاج والأدوية الموصى بها والتحاليل والإجراءات أو أي من ذلك:

إقرار المريض (الشخص المؤمّن)

أُؤكدُ بموجب هذا النموذج أنني أنا المريض / حامل بطاقة جي.آي.جي.، أو والد المريض أو الوصيّ عليه (إذا كان عمره أقل من ١٦ عامًا)، أرغبُ في المطالبة والإقرار بأن جميع التفاصيل / المعلومات الوارد بيانها أعلاه صحيحة وصادقة على حد علمي ومعرفتي. وأنني أوافقُ وأخوّل تمامًا الطبيب الممارس المعني برعاية المريض لمناقشة تفاصيل العلاج وترتيبات الخروج من المستشفى مع ممثل مجموعة الخليج للتأمين (الخليج) ش.م.ب. (م) أو أي من الشركات التابعة لجي.آي.جي. بموجب هذا أخول مجموعة الخليج للتأمين (الخليج) ش.م.ب. (م) أو أي من ممثليها أو الشركات التابعة لها للحلول مكاني لتحصيل كافة حقوقي والصلاحية الكاملة فيما يتعلق بهذه المطالبة في الوصول إلى والقيام بكل الأشياء والأفعال الضرورية من تدقيق و/ أو مراجعة و/ أو نسخ جميع تفاصيل السجلات الطبية الخاصة بي بما في ذلك أي سجلات طبية تاريخية بغض النظر عن الجهة التي دفعت التكاليف/ شركة التأمين السابقة. وأوافق على أن نسخة من هذه الموافقة سيكون لها ذات الصلاحية التي تحملها الأصل.

إقرار الطبيب الممارس

أُقرُ بأنني الطبيب الممارس للمريض، وأن التفاصيل الوارد بيانها صحيحة وصادقة على حد علمي ومعرفتي.

الاسم:

التاريخ:

التوقيع

الختم

التوقيع:

التاريخ:

يرجى ملاحظة أن مجموعة الخليج للتأمين (جي.آي.جي.) قد قامت بالإستحواذ على أكسا للتأمين (الخليج) ش.م.ب. (م). والآن بصفتنا جي.آي.جي. الخليج، نحن نعمل تحت اسمنا القانوني الجديد «مجموعة الخليج للتأمين (الخليج) ش.م.ب. (م)»ولا نزال شركة منظّمة ونستمر في تقديم نفس منتجات وخدمات التأمين التي تدعمها شبكاتنا وشراكاتنا. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة صفحتنا الإعلانيّة على www.gig-gulf.com.

تحذير: أي شخص يعتزم النيّة بإلحاق الضرر بأي شركة تأمين أو الاحتيال عليها أو تضليلها، أو تقديم أي مطالبة للحصول على منافع وثيقة تأمين، وتنطوي تلك المطالبة على أي معلومات كاذبة أو غير كاملة أو مضللة يُعد مذنبًا بارتكاب جناية. قد تشمل العقوبات، على سبيل المثال وليس الحصر، رفض منح المنافع التأمينية / التغطية التأمينية؛ مما يجعل وثيقة التأمين باطلة أواتخاذ إجراءات قانونية عند الضرورة أو أي من ذلك.

إذا كانت لديك أية أسئلة بخصوص هذا النموذج أو فيما يتعلق بأي جوانب أخرى من التغطية، فيُجى الاتصال بجي.آي.جي. على الأرقام التالية: الإمارات العربية المتحدة ٩٧١٤٤٢٩٤٠٠٠ +، قطر ٩٧٤٤١٢ ٨٧٣٣ +، البحرين ٩٧٣١٧٥٨٢٦١٢ +، سلطنة عُمان ٩٦٨٨٠٠٧٠٢٩٢ +، المملكة العربية السعودية ٩٦٦١ ٤٧٨٠٢٨٢ +، وذكر أرقام وثيقة التأمين والعضوية. يجب تقديم المطالبات مع المستندات الداعمة في غضون ٩٠ يومًا من تاريخ تلقي الخدمة. أرسل نموذج المطالبة هذا مع الأوراق الداعمة إلى قسم التأمين الصحي في مجموعة الخليج للتأمين (الخليج) ش.م.ب. (م)، ص. ب. رقم: ٣٢٥٠٥ ، دبي، الإمارات العربية المتحدة، أو إلى مجموعة الخليج للتأمين (الخليج) ش.م.ب. (م)، ص. ب. رقم: ٤٥ ، مملكة البحرين، أو مجموعة الخليج للتأمين (الخليج) ش.م.ب. (م)، ص. ب. رقم: ١٢ ٧٦ ، ص. ب. ١١٢، حي روي، سلطنة عُمان، أو مجموعة الخليج للتأمين (الخليج) ش.م.ب. (م)، ص. ب. رقم: ٢١ ٠٤٤ ، ١١ ٤٧٥ الرياض، المملكة العربية السعودية، أو مجموعة الخليج للتأمين (الخليج) ش.م.ب. (م)، ص. ب. رقم: ١٥٣١٩ ، الدوحة، قطر. إذا كانت لديك أية أسئلة بخصوص هذا النموذج أو فيما يتعلق بأي جوانب أخرى من التغطية، فيُجى الاتصال بجي.آي.جي. على الأرقام التالية: الإمارات العربية المتحدة ٩٧١٤٤٢٩٤٠٠٠ +، قطر ٩٧٤٤١٢ ٨٧٣٣ +، البحرين ٩٧٣١٧٥٨٢٦١٢ +، سلطنة عُمان ٩٦٨٨٠٠٧٠٢٩٢ +، المملكة العربية السعودية ٩٦٦١ ٤٧٨٠٢٨٢ +، وذكر أرقام وثيقة التأمين والعضوية. يجب تقديم المطالبات مع المستندات الداعمة في غضون ٩٠ يومًا من تاريخ تلقي الخدمة. أرسل نموذج المطالبة هذا مع الأوراق الداعمة إلى قسم التأمين الصحي في مجموعة الخليج للتأمين (الخليج) ش.م.ب. (م)، ص. ب. رقم: ٣٢٥٠٥ ، دبي، الإمارات العربية المتحدة، أو إلى مجموعة الخليج للتأمين (الخليج) ش.م.ب. (م)، ص. ب. رقم: ٤٥ ، مملكة البحرين، أو مجموعة الخليج للتأمين (الخليج) ش.م.ب. (م)، ص. ب. رقم: ١٢ ٧٦ ، ص. ب. ١١٢، حي روي، سلطنة عُمان، أو مجموعة الخليج للتأمين (الخليج) ش.م.ب. (م)، ص. ب. رقم: ٢١ ٠٤٤ ، ١١ ٤٧٥ الرياض، المملكة العربية السعودية، أو مجموعة الخليج للتأمين (الخليج) ش.م.ب. (م)، ص. ب. رقم: ١٥٣١٩ ، الدوحة، قطر.

مجموعة الخليج للتأمين (الخليج) ش.م.ب. (م)

الإمارات العربيّة المتحدة: شركة مسجلة في سجل شركات التأمين – شهادة رقم (٦٩) بتاريخ ٢٠٠٢/٠١/٢٢.
خاضعة لأحكام القانون الاتحادي رقم (٦) لعام ٢٠٠٧ في شأن انشاء هيئة التأمين و تنظيم أعماله.
البحرين: شركة تأسست في مملكة البحرين ومسجله بموجب (السجل التجاري رقم ٢٢٣٧٣) برأس مال مصرّح به ومدفوع بقيمة ١٥,٠٠٠,٠٠٠ دينار بحريني وتخضع لرقابة مصرف البحرين المركزي كشركة تأمين مرخصة.
سلطنة عُمان: فرع أجنبي لشركة مجموعة الخليج للتأمين (الخليج) ش.م.ب. (م)، شركة تأسست في مملكة البحرين و مسجلة لدى وزارة التجارة والصناعة وترويج الإستثمار بسلطنة عُمان بموجب سجل تجاري رقم ١١١٢٢٤٤ وسجل تأمين رقم ٦ صادر من الهيئة العامة لسوق المال.
قطر: فرع أجنبي لشركة مجموعة الخليج للتأمين (الخليج) ش.م.ب. (م)، ومسجلة في مركز قطر للمال برخصة رقم ٢٤٠٠٠ ومصرّح بها من قبل هيئة تنظيم مركز قطر للمال.

GULFEB13072022