

Disability or CI Claim Form

نموذج مطالبة حالة عجز أو أمراض حرجة

1. Data of the Policy		١. بيانات الوثيقة	
Policy Number	<input type="text"/>	رقم الوثيقة	<input type="text"/>
Policy Holder Name	<input type="text"/>	اسم حامل الوثيقة	<input type="text"/>
Insured Name	<input type="text"/>	اسم المؤمن عليه	<input type="text"/>
2. Data of the Claim		٢. بيانات المطالبة	
Insured Name	<input type="text"/>	اسم المؤمن عليه	<input type="text"/>
ID number	<input type="text"/>	رقم مستند إثبات الشخصية	<input type="text"/>
Address	<input type="text"/>	العنوان	<input type="text"/>
Phone number	<input type="text"/>	رقم التليفون	<input type="text"/>
Medical Diagnosis	<input type="text"/>	التشخيص الطبي	<input type="text"/>
Date of Diagnosis	<input type="text"/>	تاريخ التشخيص	<input type="text"/>
Onset of first symptoms	<input type="text"/>	تاريخ ظهور أعراض المرض لأول مرة	<input type="text"/>
Medical investigations done to diagnose the case (please enclose copy)	<input type="text"/>	الفحوصات الطبية التي تم على أساسها التشخيص الطبى للحالة (برجاء ارفاق نسخة)	<input type="text"/>
Details of the treating doctors (Name , Specialty , address, phone no.)	<input type="text"/>	بيانات الأطباء المعالجون (الإسم, التخصص, العنوان, رقم التليفون)	<input type="text"/>
3. Additional Information		٣. معلومات إضافية	
The life insurance policies at other insurance companies		الوثائق الأخرى المؤمن عليه من شركات تامين أخرى	
	قيمة مبلغ التأمين Sum Insured	العملة Currency	رقم الوثيقة Policy Number
			اسم الشركة Company Name
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Declaration		٤. الإقرار	
I Declare that I have answered all the questions by myself and all the answers are complete and correct, and that any incorrect answers could render the claim to be denied.		أقر بأننى أجبت عن جميع الأسئلة بنفسى و هى كاملة و صحيحة و ان أى معلومات غير صحيحة قد تفقدنى حقى بالمطالبة.	
I irrevocably authorize Allianz Life Assurance Company – Egypt to have full access to any documents or information that the company finds it necessary to process the claim.		كما أفوض شركة الليانز لتأمينات الحياة – مصر بدون أية قيود بمراجعة أى جهة طبية (طبيب, مستشفى, مختبر, ... إلخ) أو أية جهة أخرى للحصول على معلومات تجدها الشركة ضرورية من أجل هذه المطالبة.	
Name	<input type="text"/>	الإسم	<input type="text"/>
Signature	<input type="text"/>	Date	<input type="text"/>
		التاريخ	<input type="text"/>

رقم الوثيقة:

إقرار المطالب عن مطالبه الأمراض الحرجة

١. المهنة عند بداية ظهور المرض

٢. المهام المعتادة خلال العمل

٣. الشرح التفصيلي للمرض

٤. تاريخ استشارة الطبيب لأول مرة لهذا المرض

٥. أسماء و عناوين جميع الأطباء المعالجين
الإسم

تشخيص الحالة و تاريخ الزيارة

العنوان

٦. أ. تفاصيل الأمراض الأخرى التي تعانى منها

ب. أسماء و عناوين جميع الأطباء المعالجين للمؤمن عليه

تشخيص الحالة و تاريخ الزيارة

العنوان

الإسم

برجاء إرفاق جميع التقارير الطبية و الفحوصات المعملية و صور الأشعات مع المطالبة

الإقرار

أقر بأننى أجبت عن جميع الأسئلة بنفسى و هى كاملة و صحيحة و أن أى معلومات غير صحيحة قد تفقدنى حقى بالمطالبة.
كما أفوض شركة اليانز لتأمينات الحياة - مصر بدون أية قيود بمراجعة أى جهة طبية (طبيب, مستشفى, مختبر, ... إلخ) أو أية جهة أخرى للحصول على معلومات تجدها الشركة ضرورية من أجل هذه المطالبة.

الإسم

التوقيع

التاريخ

● فى حالة عدم استيعاب الفراغ المخصص للإجابة برجاء استكمال الإجابة فى ظهر الورقة