

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
Policy Holder Name	<input type="text"/>	اسم حامل الوثيقة
Insured Name	<input type="text"/>	اسم المؤمن عليه

2. Data of the Claim

٢. بيانات المطالبة

Insured Name	<input type="text"/>	اسم المؤمن عليه
ID number	<input type="text"/>	رقم مستند إثبات الشخصية
Address	<input type="text"/>	العنوان
Phone number	<input type="text"/>	رقم التليفون
Medical Diagnosis	<input type="text"/>	التشخيص الطبي
Date of Diagnosis	<input type="text"/>	تاريخ التشخيص
Onset of first symptoms	<input type="text"/>	تاريخ ظهور أعراض المرض لأول مرة
Medical investigations done to diagnose the case (please enclose copy)	<input type="text"/>	الفحوصات الطبية التي تم على أساسها التشخيص الطبي للحالة (برجاء ارفاق نسخة)
Details of the treating doctors (Name , Specialty , address, phone no.)	<input type="text"/>	بيانات الأطباء المعالجون (الإسم, التخصص, العنوان, رقم التليفون)

3. Additional Information

٣. معلومات إضافية

The life insurance policies at other insurance companies

الوثائق الأخرى للمؤمن عليه من شركات تأمين 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"/>	<input type="text"/>	١
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	٢
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	٣
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	٤

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 أن 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 أليانز 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
Signature	<input type="text"/>	التوقيع
Date	<input type="text"/>	التاريخ

إقرار المطالب عن مطالبة العجز

١. إذا كان العجز ناتج عن حادث ، برجاء ذكر مكان الحادث و كيفية وقوعه

٢. إذا كان العجز ناتج عن مرض ، برجاء ذكر طبيعة المرض و تاريخ ظهور الأعراض لأول مرة

٣. هل تعرضت لمثل هذه الحالة أو حالة مماثلة من قبل؟ لا نعم
إذا كانت الإجابة بنعم ، برجاء توضيح تاريخ الإصابة ووصف الحالة

٤. تاريخ آخر يوم عمل / / هل تعاني من عجز كلى فى الوقت الحالى؟ نعم لا

٥. ما هى طبيعة العمل الذى تقوم به؟

٦. هل استطعت القيام بأى عمل منذ تاريخ الإصابة؟ نعم لا

٧. متى تتوقع عودتك إلى العمل؟

٨. المؤهلات الدراسية و تاريخ الحصول عليه

٩. أسماء و عناوين جميع الأطباء المعالجين

تشخيص الحالة و تاريخ الزيارة

العنوان

الإسم

تشخيص الحالة و تاريخ الزيارة	العنوان	الإسم
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

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

الإقرار

أقر باننى اجبت عن جميع الأسئلة بنفسى و هى كاملة و صحيحة و أن أى معلومات غير صحيحة قد تفقدنى حقى بالمطالبة.
كما أفوض شركة أليانز 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
