



### ١ قسم المعلومات الإدارية

رقم وثيقة التأمين:	رقم العضوية:
اسم المريض:	اسم مزود الخدمة:
تاريخ العلاج:	جنس المريض:
رقم الهاتف المحمول:	عنوان البريد الإلكتروني:

### ٢ قسم المعلومات الطبية

نوع الزيارة: <input type="checkbox"/> عيادة خارجية <input type="checkbox"/> تنويم أو إقامة <input type="checkbox"/> الطوارئ <input type="checkbox"/> الحمل والولادة <input type="checkbox"/> العناية بالأسنان <input type="checkbox"/> خدمات النظارات والعدسات الطبية	
في حالات الحمل والولادة:	تاريخ اليوم الأول من آخر دورة شهرية:
	طبيعة الحمل (طبيعي - تلقح صناعي):
الشكوى الرئيسية:	
التاريخ الطبي للمرض الحالي (يرجى إدراج مدة المرض، تاريخ بدايته، و تاريخ علم المريض بحالته المرضية):	
نتائج الكشف الطبي / حالات مرضية أخرى:	
التاريخ المرضي:	
إن كان المرض ناتجا عن حادث أو إصابة يرجى تحديد زمن ومكان وكيفية حدوث الإصابة أو الحادث	إذا كانت إجابتك نعم: <input type="checkbox"/> رياضة احترافية <input type="checkbox"/> هواية
<input type="checkbox"/> إصابة عمل <input type="checkbox"/> حوادث الطرق (برجاء إرفاق تقرير الشرطة) <input type="checkbox"/> إصابات ناتجة عن ممارسة الرياضة	
التشخيص:	
خطة العلاج، والأدوية الموصى بها، والفحوصات شاملة التحاليل والأشعة، و / أو الإجراءات الطبية:	

### ٣ اقرار المريض

أقر أنا المريض / حامل بطاقة أكسا، والد المريض / أو الوصي (إذا كان المريض أقل من ١٦ عاما) وأطالب وأعلن بأن كافة التفاصيل المذكورة أعلاه على حد علمي و معرفتي حقيقية وصحيحة. وأوافق وأخول الطبيب الممارس المعني برعاية المريض بمناقشة تفاصيل العلاج و إجراءات المغادرة مع و إلى شركة أكسا للتأمين (الخليج) ش.م.ب (م) أو أي شركة تابعة لشركة أكسا. أنيب كافة حقوقي فيما يتعلق بهذه المطالبة وأخول شركة أكسا للحلول محلي و أمنتج شركة أكسا للتأمين (الخليج) ش.م.ب (م) أو أي من الشركات التابعة لها إمكانية الوصول لمراجعة و نسخ كافة تفاصيل سجلاتي الطبية بما في ذلك أي سجلات طبية تاريخية بغض النظر عن الشخص المسؤول عن الدفع / شركة التأمين السابقة. وأني اتعهد بأن نسخة من هذه الموافقة لها نفس فعالية النسخة الأصلية.	
الاسم:	الختم:
التوقيع:	التوقيع:
التاريخ:	التاريخ:

تحذير: قيام أي شخص عمدا ويقصد الإضرار أو الاحتيال على أو خداع أي شركة تأمين، التقدم بأي مطالبة للحصول على عائدات وثيقة التأمين عبر تقديم معلومات كاذبة أو ناقصة أو مضللة يعد مذنباً بارتكاب جنائية. وقد تشمل العقوبات، على سبيل المثال لا الحصر، الحرمان من منافع / تغطية التأمين، مما يجعل عقد التأمين باطلا و / أو قد يتم إتخاذ إجراءات قانونية عند الضرورة.

إذا كان لديك أي أسئلة بخصوص هذا النموذج أو أي جوانب أخرى للتغطية التأمينية، يرجى الاتصال بأكسا في دولة الإمارات على رقم ٤٠٠٠ ٤٢٩ ٤٠٠ (٤) ٩٧١ +، دولة قطر ٨٧٣٣ ٤١٢ ٩٧٤ +، مملكة البحرين ٥٨٢ ٦١٢ (١٧) ٩٧٣ +، المملكة العربية السعودية ٤٧٨ ٠٢٨٢ (١) ٩٦٦ + مع ذكر رقم الوثيقة والعضوية. يجب تقديم المطالبات مع كافة المستندات الداعمة في غضون ٣٠ يوما من تاريخ الخدمة. قم بإرسال نموذج المطالبة هذا مع المستندات الداعمة إلى القسم الطبي أو إلى أكسا للتأمين أو أرسلها إلى ص.ب رقم ٣٢٥٠٥، دبي، الإمارات العربية المتحدة أو أكسا للتأمين، ص.ب رقم ٤٥، مملكة البحرين أو أكسا للتأمين ص.ب رقم ٢١٠٤٤، الرياض، المملكة العربية السعودية أو أكسا للتأمين، ص.ب رقم ١٥٣١٩، الدوحة، دولة قطر.