

Reimbursement / Cash Claim Form

نموذج تعويض نقدي لمطالبة طبية

TO BE FILLED BY THE MEMBER

تعباً من قبل المؤمن له

Insured Company Name: إسم الشركة:

Insured Name: إسم المؤمن له:

ID No. / Passport No. (Visit Visa): رقم الهوية / رقم جواز السفر (تأشيرة الزائرين):

Mobile No.: رقم الجوال:

Email ID (Mandatory to update your claim status): بريد إلكتروني (الزامي لتحديث حالة مطالبتك):

REASON(S) FOR NOT USING APPOINTED NETWORK

السبب لعدم استخدام الشبكة الطبية المعتمدة

Emergency ☐ حالة طارئة Non Appointed Network ☐ غير معتمد في الشبكة الطبية Outside KSA ☐ خارج المملكة  
Others (Please Specify) ☐ أخرى (يرجى التوضيح)

Category	الفئة
<input type="checkbox"/> Out Patient ( OPD ) Treatment Date: / /	<input type="checkbox"/> عيادات خارجية تاريخ المعالجة: / /
<input type="checkbox"/> In-patient From: / / To: / /	<input type="checkbox"/> التنويم في المستشفى من: / / إلى: / /

Currency if Outside KSA: نوع العملة إذا خارج المملكة: Total Claimed Amount: مبلغ المطالبة:

PAYMENT DETAILS

تفاصيل المبلغ

Bank Transfer

حالة بنكية

Name of Bank: إسم البنك:

Payee Name: إسم المحول له:

Relation: العلاقة:

IBAN No.: رقم الأيبان:

**Disclaimer Note.** The claim payment will be through bank transfer only. Al Jazira Takaful will transfer the amount of the claim to the applicant's bank account as per the data provided above. The company does not hold any legal responsibility or financial liabilities that may result due to the wrong transfer as a result of the applicant provided inaccurate IBAN information.

ملاحظة إخلاء المسؤولية. سيتم دفع المطالبة عن طريق التحويل المصرفي فقط. وستقوم الجزيرة تكافل بتحويل مبلغ المطالبة إلى الحساب المصرفي لمقدم الطلب وفقاً للبيانات الواردة أعلاه. لا تتحمل الشركة أي مسؤولية قانونية أو التزامات مالية قد تنجم عن التحويل الخاطئ نتيجة تقديم مقدم الطلب لمعلومات IBAN غير دقيقة.

REQUIRED DOCUMENTS

المستندات المطلوبة

- National ID Copy / Passport Copy for Visit Visa.
- Laboratory Result, Scan, X-ray Reports (If the service provided).
- Original Itemized Invoices & Receipt of Payments.
- Detailed Medical Report.
- Doctor's drugs prescription.
- Copy of IBAN
- نسخة من بطاقة الهوية / جواز السفر لتأمين تأشيرة الزائرين.
- نتائج المختبر ، تقارير الأشعة (في حال حصول المريض على خدماتها).
- أصل الفواتير وإيصال الدفع.
- تقرير طبي مفصل.
- الوصفة الطبية للأدوية.
- نسخة من رقم الأيبان

NOTE

ملاحظة

- a) Reimbursement of medical expenses will only apply to cases submitted within 30 working days or as period specified in the policy.
- b) Reimbursement expenses are covered only for emergency cases OR as per the policy terms and condition.
- C) Settlement of claim with reasonable and customary charges at appointed network in KSA.

أ) سيتم تطبيق تعويض النفقات الطبية فقط على الحالات المقدمة في غضون ٣٠ يوم عمل او خلال المدة المحددة في الوثيقة.

ب) يتم تغطية نفقات السداد فقط للحالات الطارئة أو وفقاً لشروط وأحكام الوثيقة.

ت) تسوية المطالبة مع التكاليف المعقولة والمعتمدة في الشبكة الطبية في المملكة العربية السعودية.

DECLARATION

إقرار

I acknowledged that all the above information are correct and under my responsibility. أقر أن جميع المعلومات أعلاه صحيحة وعلى مسؤوليتي.

Name: الاسم:

Signature: التوقيع:

Date: التاريخ: