

نموذج المطالبة  
( CL1 )

يرجى الإجابة على كافة الأسئلة

## 1. بيانات المشمول بالتغطية :

الأول	الأب	الجد	الأخير
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

الإسم كاملاً: .....

هوية وطنية ☐ هوية مقيم ☐ تاريخ الإنتهاء: ..... / ..... / .....

رقم عقد التكافل: .....

## 2. بيانات مقدم المطالبة:

الأول	الأب	الجد	الأخير
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

الإسم كاملاً: .....

هوية وطنية ☐ هوية مقيم ☐ تاريخ الإنتهاء: ..... / ..... / .....

العلاقة بالمشمول بالتغطية: .....

العنوان: .....

رقم الهاتف: ..... رقم الجوال: .....

البريد الإلكتروني: .....

## 3. نوع المطالبة :

☐ وفاة ☐ عجز كلي أو جزئي ☐ أمراض مستعصية ( اذكر التشخيص ) .....

## 4. تفاصيل المطالبة :

الرجاء الإجابة على جميع الأسئلة الخاصة بتفاصيل المطالبة بوضوح:

1. المرض المسبب للوفاة أو العجز : .....
  2. طبيعة المرض: .....
  3. تاريخ ظهور أول أعراض المرض: .....
  4. تاريخ أول استشارة طبية: .....
  5. تاريخ الوفاة أو العجز: .....
  6. تاريخ التشخيص للمرض المستعصي: .....
- إذا كانت المطالبة ناتجة عن حادث**
1. تاريخ ومكان ونوع الحادث: .....
  2. وصف الإصابة وتبعية حدوثها: .....
  3. التشخيص النهائي لنتائج الإصابة: .....
  4. طبيعة العلاج: .....

## معلومات أخرى

(إذا حدثت الوفاة داخل مستشفى)

1. اسم المستشفى: .....
  2. تاريخ الدخول: ..... / ..... / .....
  3. هل تم إجراء أي عملية؟  
☐ لا ☐ نعم يرجى ذكر طبيعة العملية وتاريخ إجرائها : .....
  4. هل تم تقديم أي مطالبات لشركات تأمين أخرى فيما يخص موضع هذه المطالبة؟  
☐ لا ☐ نعم يرجى ذكر اسم الشركة ومبالغ المطالبة: .....
- يرجى ذكر أسماء وعناوين الأطباء / المستشفيات / العيادات المعالجين للمشمول بالتغطية وأرقام الملفات الطبية :
- اسم المستشفى : ..... رقم الملف الطبي : ..... رقم الهاتف: .....
- اسم الطبيب: ..... رقم الهاتف : ..... العنوان : .....
- اسم العيادة: ..... رقم الملف الطبي : ..... رقم الهاتف: .....

## إقرار

أصرح بأن كافة البيانات والإقرارات التي قمت بتقديمها أعلاه هي صحيحة وكاملة حسب أفضل علمي واعتقادي، وأن أي تقرير أو إفادات تم إرفاقها بهذه النموذج للمطالبة هي جزء من وثائق المطالبة. وعليه أوقع وأصدق على البيانات أعلاه.

التوقيع:

اسم مقدم المطالبة:

.....

.....

التاريخ:

المدينة:

.....

.....

### الموظف المختص:

### المدير المباشر:

### موظف الفرع:

الإسم: .....

التوقيع: .....

تاريخ الإستلام: .....

الإسم: .....

التوقيع: .....

الرقم الوظيفي: .....

الإسم: .....

التوقيع: .....

الرقم الوظيفي: .....

للمشروع في دراسة المطالبة نرجوا تزويدنا بالمستندات التالية (مع تقديم الأصل للمطابقة) ويحق للشركة طلب مستندات إضافية في حال استدعت الضرورة لذلك :

### أ - مطالبات الوفاة :

1. نسخة من شهادة الوفاة.
2. تقرير الطبي عن حالة الوفاة .
3. تعبئة النموذج المرفق ( CL2 ) .
4. نسخة من هوية مقدم المطالبة .
5. إذا كانت الوفاة ناجمة عن حادث، تقرير الشرطة الذي يؤكد أن وفاة المشمول بالتغطية نجمت عن حادث .
6. النسخة الأصلية للعقد.

### ب- مطالبات العجز الكلي أو الجزئي الدائم :

1. تقرير بالحالة من لجنة تحديد العجز إن وجد .
2. التقرير الطبي للطبيب الذي أعلن وجود حالة العجز وتعبئة النموذج المرفق ( CL3 ) .
3. إذا كانت حالة العجز ناجمة عن حادث، تقرير الشرطة الذي يؤكد أن عجز المشمول بالتغطية نجم عن حادث.
4. نسخة من هوية مقدم المطالبة / هوية العميل .
5. النسخة الأصلية للعقد .

### ج- مطالبات الأمراض المستعصية:

1. تقرير طبي من الطبيب / المستشفى الذي قام بتشخيص المرض المستعصي مع تعبئة النموذج المرفق ( CL4 ) .
2. إذا كانت حالة المرض المستعصي ناجمة عن حادث، تقرير الشرطة الذي يؤكد أن مرض المشمول بالتغطية نجم عن حادث.
3. نسخة من هوية العميل / هوية مقدم المطالبة .
4. النسخة الأصلية للعقد.