

معلومات مهمة



تحتفظ شركة جي أي جي الخليج بالحق في طلب المستندات الأصلية كجزء من معالجة مطالباتك، لذلك نوصي بشدة بالاحتفاظ بالمستندات الأصلية معك لمدة لا تقل عن ١٢ شهراً بعد تاريخ العلاج. ستتم عمليات السداد بالعملية التي تم إعداد وثيقة التأمين بها، وسيتم إرسال جميع تقارير المطالبات التابعة للمعالين إلى عناوين الاتصال الخاصة بالعضو الرئيسي والمعالين والتي تم تقديمها من قبل شركة العضو الرئيسي. سيتم تسوية جميع طلبات السداد عن طريق التحويل المصرفي فقط.

رقم وثيقة التأمين:	رقم العضوية:
اسم المريض:	جنس المريض:
* رقم الهوية للمريض:	رقم جواز سفر المريض:
البريد الإلكتروني:	رقم الهاتف المتحرك:
اسم مقدم الخدمات الطبية:	تاريخ العلاج:
دولة العلاج:	قيمة للطالبة/العملة:

* إلزامي لجميع المواطنين والمقيمين

بيان التفويض (نحيطكم علماً أن شركة جي أي جي تحتفظ بالحق لرفض المطالبة إذا لم يتم ملء وتوقيع هذا القسم)



أنا، المريض / حامل بطاقة شركة جي أي جي - الخليج / والد المريض (في حالة كان قاصراً) / الوصي القانوني للمريض، أؤكد بموجبه أن جميع التفاصيل والمعلومات المنصوص عليها في هذه الاستمارة وجميع المستندات المقدمة مع استمارة المطالبة كاملة و صحيحة. أقر أن الوثائق المقدمة إلكترونياً صحيحة دون إجراء أي تغيير عليها ولدي جميع المستندات الأصلية وأنا على استعداد لتقديمها بناء على طلب شركة جي أي جي - الخليج. أفوض بموجبه أي طبيب أو مستشفى أو مقدم الخدمات الطبية أو أي شركة تأمين أو أي شركة أخرى أو مؤسسة أو أي شخص آخر والذي لديه سجل أو معلومات عني و/أو أي فرد من أفراد أسرتي لتزويد شركة جي أي جي - الخليج بالمعلومات الكاملة بما في ذلك نسخ من سجلاتهم مع الإشارة إلى مرضي أو الحادث الذي تعرضت له أو أي علاج أو فحوصات أو نصيحة أو إسعافات. أنتازل عن جميع حقوق فيما يتعلق بهذه المطالبة وأحول شركة جي أي جي - الخليج وممثليها والشركات التابعة لها بالكامل لتدقيق ومراجعة ونسخ جميع سجلاتي الطبية بالإضافة إلى التفاصيل بما في ذلك أي سجلات طبية تاريخية بغض النظر عن الدافع / شركة التأمين السابقة. أوافق على أن أي نسخة من هذا التفويض يجب أن تعتبر على أنها النسخة الأصلية.

اسم المريض:	توقيع المريض:
أو	
اسم ولي الأمر المريض** (في حالة القاصر):	
توقيع المريض:	توقيع ولي الأمر:
* رقم الهوية:	رقم جواز السفر:

** ولي الأمر (في حالة القاصر) او شخص تعينه المحكمة لإدارة الشؤون الشخصية والمالية لشخص آخر.
* إلزامي لجميع المواطنين والمقيمين

القسم الطبي (يملأه الممارس الطبي)



نوع الزيارة:	<input type="checkbox"/> عيادة خارجية	<input type="checkbox"/> علاج المريض المقيم	<input type="checkbox"/> طوارئ	<input type="checkbox"/> أمومة	<input type="checkbox"/> أسنان	<input type="checkbox"/> بصري
طبيعة الحمل:	في حال الحمل، تاريخ آخر دورة طمثية:					
الشكوى الرئيسية:						
تاريخ المرض الحالي (يرجى ذكر المدة وتاريخ بداية المرض والموعد الذي أصبح فيه المريض على دراية بكل حالة على حدة):						



النتائج السريرية / الحالات الأخرى:

التاريخ الطبي السابق:

تفاصيل الإصابة - (في حال وجود إصابة) متى وأين وكيف أصبت بها؟

مرتبطة بالرياضة - في حال وقوعها أثناء ممارسة الرياضة:

 رياضة احترافية رياضة غير احترافية حادث مروري (تشمل تقرير الشرطة) إصابة مرتبطة بالعمل

التشخيص:

خطة العلاج والأدوية الموصى بها والتحاليل والإجراءات أو أي من ذلك:

أقر بأنني الطبيب الذي يعالج المريض وأشهد على دقة المعلومات الواردة وأؤكد أن التفاصيل المقدمة صحيحة على حد علمي.

اسم الطبيب: _____

توقيع الطبيب: _____

الختم القانوني: _____

رقم هاتف الطبيب: _____

هل أنت جاهز لتقديم مطالبتك؟



١. المستندات المطلوبة لتقديم المطالبة:

 هذا النموذج، معبأ بالكامل، موقع ومختوم من طبيبك المعالج، و موقع منك أيضاً فاتورة ضريبية مفصلة بكل الخدمات العلاجية التي حصلت عليها إذا قمت بالدفع نقداً: يجب أن تكون الفاتورة مختومة بختم (خالص) أو (PAID) إذا قمت بالدفع ببطاقة الإئتمان: أرفق إيصال ماكينة الدفع أو كشف حساب البطاقة يوضح عملية الدفع

٢. أين يمكنك تقديم المطالبة:

تفضل بزيارة تطبيق MYGIG GULF أو بوابتنا الإلكترونية لتقديم مطالبتك و تتبع حالة الطلب أو رفع مستندات إضافية لاحقاً.

إخلاء مسؤولية



تحذير: أي شخص يعترض النية بإلحاق الضرر بأي شركة تأمين أو الاحتيال عليها أو تضليلها، أو تقديم أي مطالبة للحصول على منافع وثيقة تأمين، وتنطوي تلك المطالبة على أي معلومات كاذبة أو غير كاملة أو مضللة يُعد مذنباً بارتكاب جريمة. قد تشمل العقوبات، على سبيل المثال وليس الحصر، رفض منح المنافع التأمينية / التغطية التأمينية؛ مما يجعل وثيقة التأمين باطلة أو اتخاذ إجراءات قانونية عند الضرورة أو أي من ذلك.

إذا كانت لديك أية أسئلة بخصوص هذا النموذج أو فيما يتعلق بأي جوانب أخرى من التغطية، فُيرجى الاتصال بجي.آي.جي. على الأرقام التالية: الإمارات العربية المتحدة ٤٠٠ ٤٢٩ ٤٩٧١ (+، قطر ٨٧٣٣ ٤١٣ ٩٧٤ (+، البحرين ٦١٢ ٥٨٢ (١٧) ٩٧٧٣ (+، سلطنة عُمان ٧-٢٩٢ ٨٠٠ ٩٦٨ ٨٠٠ (+، المملكة العربية السعودية ٠٢٨٢-٤٧٨ (١) ٩٦٦٦ (+، و ذكر أرقام وثيقة التأمين و العضوية. يجب تقديم المطالبات مع المستندات الداعمة خلال الفترة للنصوص عليها في دليل عضويتك

مجموعة الخليج للتأمين (الخليج) ش.م.ب. (م)

الإمارات العربية المتحدة: شركة مسجلة في سجل شركات التأمين - شهادة رقم (٦٩) بتاريخ ٢٢/١٠/٢٠٠٢.

خاضعة لأحكام القانون الاتحادي رقم (٦) لعام ٢٠٠٧ في شأن إنشاء هيئة التأمين وتنظيم أعماله.

البحرين: شركة تأسست في مملكة البحرين ومسجلة بموجب (السجل التجاري رقم ٢٢٣٧٣) برأس مال مصرح به ومدفوع بقيمة ١٥,٠٠٠,٠٠٠ دينار بحريني وتخضع لرقابة مصرف البحرين المركزي كشركة تأمين مرخصة.

سلطنة عُمان: فرع أجنبي لشركة مجموعة الخليج للتأمين (الخليج) ش.م.ب. (م)، شركة تأسست في مملكة البحرين و مسجلة لدى وزارة التجارة والصناعة وترويج الإستثمار بسلطنة عُمان بموجب سجل تجاري رقم ١١٢٢٤٤ وسجل تأمين رقم ٦ صادر من هيئة الخدمات المالية.

قطر: فرع أجنبي لشركة مجموعة الخليج للتأمين (الخليج) ش.م.ب. (م)، ومسجلة في مركز قطر للمال برخصة رقم ٠٠٢٤ ومصرح بها من قبل هيئة تنظيم مركز قطر للمال.