



## استمارة مطالبة الأمراض الحرجة Critical Illness Form

### معلومات عن الوثيقة. Policy Details.

Policy Number:	رقم العقد:
Insured ID (as in Policy Listing):	رقم الشخص المؤمن عليه (بحسب قائمة العقد):
IMPORTANT: This form must be filled and signed by the POLICYHOLDER	هام: يتم تعبئة وتوقيع هذا النموذج من قبل حامل العقد

### معلومات متعلقة بالشخص المؤمن عليه. Information about the Insured Person.

First Name:	الاسم الأول:	Type of ID:	نوع إثبات الهوية:
Middle Name:	اسم الأب:	ID Number:	رقم الهوية/جواز السفر:
Family Name:	اسم العائلة:	Nationality:	الجنسية:
Gender:	الجنس:	Date of Birth:	تاريخ الميلاد:
Home Phone Number:	رقم هاتف المنزل:	Marital Status:	الحالة الاجتماعية:
Mobile Number:	رقم هاتف المتحرك:	Date of Diagnosis:	تاريخ التشخيص:
Office Phone Number:	رقم هاتف العمل:	Cause of Critical Illness:	سبب المرض الحرج:
Email:	البريد الإلكتروني:		
Last Employment Company Name:	اسم آخر شركة كان يعمل لديها:	Last Employment Position:	آخر مسمى وظيفي:
Last Employment Company Address:	عنوان آخر شركة كان يعمل لديها:	Date Stopped Working:	تاريخ التوقف عن العمل:

### المستندات المطلوبة. Required Documents.

Please attach the following documents with the Claim Form:	يرجى إرفاق المستندات التالية مع استمارة المطالبة:
<input type="checkbox"/> Medical/Hospitalisation Report from a licensed Medical Practitioner with detailed diagnosis of the Critical Illness, including date of onset of ailment/accident that led to the Critical Illness	<input type="checkbox"/> تقرير طبي من طبيب مختص ومعتمد أو تقرير المستشفى متضمناً تفاصيل تشخيص حالة المرض الحرج للشخص المؤمن عليه متضمناً تاريخ الحدث/الإصابة التي أدت إلى المرض الحرج
<input type="checkbox"/> Medical Attendant Questionnaire (on AXA format)	<input type="checkbox"/> استبيان الطبيب المعالج (على نموذج شركة أكسا)
<input type="checkbox"/> Police Report (if Critical Illness was due to an Accident)	<input type="checkbox"/> تقرير الشرطة (إذا كان المرض الحرج قد حدث بسبب حادث)
<input type="checkbox"/> If Critical Illness was confirmed overseas, then the Medical Report must be attested by the relevant Embassy in UAE OR provide another Medical Report from UAE, and provide copy of approved leave	<input type="checkbox"/> إذا تم إثبات المرض الحرج خارج بلد الإقامة، يجب التصديق على الفحوص الطبية من قبل مكتب سفارة البلد الذي أثبت به المرض الحرج الكائن في دولة الإمارات العربية المتحدة أو تقديم فحوص طبية جديدة من دولة الإمارات العربية المتحدة، وتقديم نسخة من الإجازة المرضية
<input type="checkbox"/> Last Salary Certificate (or copy of Payroll confirming last salary paid to the Insured Person)	<input type="checkbox"/> شهادة بأخر راتب تم تقاضيه (أو نسخة مصورة من سجل الرواتب متضمنة قيمة آخر راتب تم دفعه للشخص المؤمن عليه)
<input type="checkbox"/> Clear copy of National Identity document or Passport with residence visa page for the Insured Person	<input type="checkbox"/> نسخة مصورة واضحة من بطاقة الهوية الوطنية أو جواز السفر مرفقة بصفحة التأشيرة الخاصة بالشخص المؤمن عليه
<input type="checkbox"/> Letter from Employer confirming that Insured Person was actively at work at the time of the ailment/accident that led to the Critical Illness	<input type="checkbox"/> كتاب من صاحب العمل يؤكد على أن الشخص المؤمن عليه كان على رأس عمله في تاريخ الحدث/الإصابة التي أدت إلى المرض الحرج

\* Please note that the Company might request further documents as deem necessary

\* ملاحظة: يحق للشركة أن تطلب أية مستندات أخرى قد تعتبرها ضرورية

Policyholder Name:	اسم حامل العقد:
Policyholder Stamp & Signature:	ختم وتوقيع حامل العقد:

Broker:	اسم وسيط التأمين:
Country:	البلد:
Date:	التاريخ: