المطالبة الطبية

1. الرجاء الكتابة بوضوح بالحبر الأسود .
2. استمارة المطالبة هذه تحتوي على بيانات شخصية. لا تفصح عن هذه البيانات مع أعضاء خارج عائلتك.
3. يرجى ملء استمارة مطالبة منفصلة لكل مريض ولكل عملة.
4. إعادة هذه الاستمارة مع الفواتير الأصلية (بدون مشبك الاوراق) إلى:

Cigna, P.O. Box 69, 2140 Antwerpen, Belgium

Cigna

عضو الخطة

الرقم الشخصي المرجعي \

المنظمة

العنوان

الهاتف

البريد الإلكتروني

المريض

اسم العائلة والاسم الأول

تاريخ الميلاد يوم شهر سنة نوع الجنس ◯ ذكر ◯ أنثى

العلاقة ◯ نفس العلاقة السابقة ◯ الزوج/الشريك ◯ الطفل ◯ أخرى، يرجى التحديد

معلومات المطالبة

هل المطالبة تتعلق (جزئيًا) بحادث؟ ◯ لا ◯ نعم ◯ نعم، تتعلق

إذا كانت الإجابة نعم، الرجاء كذلك إكمال**نموذج بلاغ عن حادث**.

هل المطالبة مغطاة بخطة تأمينية أخرى؟

إذا كانت الإجابة بنعم، حدّد المبلغ وشركة التأمين، وارفق بيانات شركة التأمين (مذكرات التسوية، والفواتير، الخ)

المبلغ والعملة شركة التامين

العملة	المبلغ	تاريخ الفاتورة	طبيعة التكاليف	معلومات إضافية (مثل التشخيص)
		يوم شهر سنة		
		يوم شهر سنة		
		يوم شهر سنة		
		يوم شهر سنة		
		يوم شهر سنة		
الإجمالي	0	بلد العلاج الرئيسي		

معلومات السداد - للإكمال فقط في حالة تعويض ما يتجاوز 2500 دولار أمريكي.

◯ تحويل بنكي ◯ شيك عملة السداد المفضلة

يتم تحديد العملات في التعاقد. إذا كانت العملة مختلفة عن عملة حسابك البنكي، يمكن للبنك الخاص بنك إضافة الرسوم الخاصة بك إلى التكلفة.

اسم صاحب الحساب

رقم الحساب° أو IBAN

الرمز BIC/Swift رقم تعريف البنك

اسم وعنوان البنك بالكامل

من منطلق الإدارة السلسة للعقد و/أو سداد المطالبة التأمينية وفقط من أجل هذا الغرض، أقدم موافقتي المحددة والمدروسة والخاصة بمعالجة البيانات الطبية الخاصة بي و/أو أحد أفراد عائلتي (المادة 7 من القانون البلجيكي الصادر في 8 ديسمبر لسنة 1992 فيما يتعلق بالحياة الخاصة).

أقر أنا بأن المعلومات السابقة دقيقة وفقًا لمعرفتي وأنا على يقين أنها دقيقة وصحيحة. إصدار مطالبات مزيفة أو تقديم معلومات غير صحيحة أو إخفاء معلومات ذات صلة بالأمر يعد سلوكًا خاطئًا يعاقب عليه القانون.

أنا أؤكد، بموجب هذا، أنني قد قرأت سياسة الخصوصية الخاصة بشركة Cigna واستوعبتها بشكل كامل (https://www.cignahealthbenefits.com/ar/privacy) وأعطي موافقتي على استعمال بياناتي الشخصية (بما في ذلك البيانات الطبية) كما هو محدد في سياسة الخصوصية الخاصة بشركة Cigna.

التاريخ يوم شهر سنة

توقيع عضو الخطة

5.90341inv_AR (0115)