



شركة اليوسر للتأمين التكافلي
Al Yossr Takaful Insurance Co.

Cash Claim Form نموذج المطالبة النقدية

To help us process your claim promptly. Please provide the medical report, original invoices/s and fully completed form . All documents will be handled in strict confidence by our medical team. Failure to provide the required information may result in your claim not being settled.

- لمساعدتنا في عملية المطالبة الخاصة بك يرجى تقديم التقرير الطبي والفواتير الأصلية والنموذج كاملاً.
- سيتم التعامل مع جميع الوثائق بسرية تامة من قبل فريقنا الطبي.
- عدم تقديم المعلومات المطلوبة قد يؤدي الى عدم تسوية طلبك

1 PATIENT INFORMATION بيانات المريض	
Name الاسم	Card No. رقم البطاقة
D.O.B العمر	Tel.No. الهاتف

2 TREATING FACILITY INFORMATION بيانات مركز العلاج	
Treating medical officer/referring doctor الطبيب المعالج	Hospital / medical facility المستشفى
Name: الاسم:	Name: الاسم:
Tel.No: الهاتف:	Tel.No: الهاتف:
Email : البريد الإلكتروني:	Email : البريد الإلكتروني:
Address: العنوان:	Address: العنوان:

3 MEDICAL INFORMATION (to be completed by the Physician)	
Presenting symptoms الأعراض	
If following an accident please describe circumstances في حالة وقوع حادث من فضلك أذكر التفاصيل	
Date when symptoms first occurred تاريخ بداية ظهور الأعراض	
Diagnosis or Provisional diagnosis التشخيص المتوقع	
Medical treatment , investigation , surgical procedure proposed العلاج الطبي والفحوصات والإجراءات الجراحية المقترحة	
Date of treatment تاريخ العلاج	
Cost estimate (compulsory) التكلفة التقديرية (اجباري)	

4 Physician Declaration إقرار الطبيب	5 Patient Declaration إقرار المريض
أقر بأنني قمت شخصياً بفحص ومعالجة المشترك "المؤمن له" من إصابته/مرضه المذكور وأقر بأن الحقائق المذكورة أعلاه تمثل رأيي الطبي I hereby certify that I have personally examined and treated the insured for his/her injuries/ illness described above and that the facts above represent my medical opinion of his/her condition Date: التاريخ Signature : التوقيع	أوافق على قيام الطبيب، المستشفى، المختبر، أو أي شخص قدم لي خدمات طبية لتزويد الشركة بالمعلومات بأي سيرة أو حالة مرضية أو خدمات طبية وأؤكد أن جميع المعلومات التي قدمتها صحيحة واني لم اتكتم عن أي معلومة متعلقة بالخصوص. I do hereby authorize the physician, hospital , laboratory ,pharmacy or any person who has provided medical services to me to the company information with regard to any medical history condition or services . I confirm that all information provided by myself in relation to this claim is true and correct and no material facts has been withheld . Date: التاريخ Signature : التوقيع