Tawuniya التعاونية

Medical Reimbursement Claim Form

نموذج استرداد مصروفات طبية

Client's Name: _____ اسم العميل:

Medical Insurance Policy No: _____ رقم وثيقة التأمين الطبي:

Patient's Name: _____ اسم المريض:

Patient's Age: _____ عمر المريض:

Patient's Medical Insurance Card No: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ رقم بطاقة التأمين الطبي للمريض:

Mobile No: (Mandatory to update your claim status) _____ رقم الجوال: (إجباري لإشعاركم بوضع طلبكم)

E-Mail Address: _____ البريد الإلكتروني:

المجموع Total	أخرى Others	قيمة الأدوية Medication Cost	قيمة المختبر Lab. Cost	قيمة الكشف Consultation Fee	التشخيص Diagnosis
0					
0					
0					
0					
0	Total	المجموع	الريال السعودي SR	نوع العملة Currency	

Required Documents:

1. Detailed medical report.
2. Laboratory results and x-ray reports (If the service provided).
3. Original invoices and receipt of payments.
4. Copy of the medical insurance card.
5. Copy of exit-re-entry Visa (If treatment outside KSA), with Tawuniya acceptance letter.

Note:
Reimbursement of medical expenses will only apply to Cases submitted within 30 days as specified in the policy.

المستندات المطلوبة:

1. تقرير طبي مفصل عن الحالة.
2. نتائج المختبر وتقارير الأشعة (في حال حصول المريض على خدماتها).
3. أصول الفواتير وإيصال الدفع.
4. صورة من بطاقة التأمين الطبي.
5. صورة من تأشيرة الخروج والعودة وموافقة التعاونية (في حال العلاج خارج المملكة).

ملاحظة هامة:
استرداد المصاريف الطبية يكون للحالات التي يتم تسليمها في مدة أقصاها 30 يوماً كما هو محدد في وثيقة التأمين.

Very Important:
The claim payment will be through bank transfer only.

هام جداً:
يتم إستعاضة مبلغ المطالبة عن طريق التحويل إلى الحساب البنكي فقط.

Transfer Request to Bank Account

طلب تحويل للحساب البنكي

☐ I agree to receive the claim amount via online transfer to my Bank account.

☐ أوافق على استلام مبلغ المطالبة بواسطة التحويل على حسابي البنكي.

Name (As recorded in the bank): _____ الاسم (كما هو مدرج لدى البنك):

IBAN account number: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ رقم حساب الآيبان:

Bank Code: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ رمز البنك:

Bank Name: _____ إسم البنك:

Disclaimer notice:

The Company for Cooperative Insurance (Tawuniya) will transfer the amount of the claim to the applicant's bank account, as per the data provided above. The Company does not hold any legal responsibility or financial liabilities that may result due to the wrong bank transfer as a result of the applicant provided inaccurate personal and financial information about his/her bank account.

إخلاء طرف:

سوف تقوم شركة التعاونية للتأمين بتحويل مبلغ المطالبة للحساب البنكي الخاص بمقدم الطلب، وذلك حسب البيانات المالية المقدمة أعلاه. ولا تتحمل الشركة أية مسؤولية قانونية أو التزامات مالية قد تنتج بسبب تحويل بنكي خاطيء نتيجة عدم التزام مقدم الطلب بتقديم البيانات الشخصية والمالية الصحيحة عن حسابه البنكي.

Declaration:

I Acknowledged that all the above information are correct and under my responsibility.

Name: _____

Signature: _____

Date: _____

إقرار:

أقر أن جميع المعلومات أعلاه صحيحة و على مسؤوليتي.

الاسم: _____

التوقيع _____

التاريخ: _____

11.2012