



Dhamani

شركة ضمانى للتأمين الصحى
Dhamani Health Insurance Co.

استمارة طلب التأمين Insurance Claim Form

Beneficiary Name:		أسم المستفيد:										
Date of Birth (yy/mm/dd):		تاريخ الميلاد: (يوم/شهر/سنة)										
Age:		العمر:										
Gender:		الجنس:										
Phone Number:		رقم الموبايل:										
E-mail Address:		إيميل:										
Policy No:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											رقم بوليصة التأمين:
Name of Policy Holder: (If it differs from beneficiary name)		أسم حامل البوليصة: (إذا اختلف عن اسم المستفيد)										
Name of Employer (Registered at Dhamani)		أسم رب العمل: (المسجل لدى ضمانى)										

Please list the medical expenses of this claim:

يرجى تعداد المصاريف الطبية المتعلقة بهذا الطلب:

Were the related medical services done by a doctor order? Yes No

هل تمت الخدمات الطبية المتعلقة بهذا الطلب بأمر من الطبيب؟ نعم لا

Dhamani for Health Insurance
Registration No.:
Mobile: +964 (0)
www.dhamani-iq.com



Dhamani

شركة ضمانى للتأمين الصحى
Dhamani Health Insurance Co.

اسم وتوقيع المريض أو صاحب البوليصة: _____
Name and Signature of Patient or Policy Holder

اسم وتوقيع مدير قسم المالية و الإدارة: _____
Name and Signature of Director of Administration and Finance Department for the Medical Insurance

اسم وتوقيع المدير الطبي عن التأمين الطبي: _____
Name and Signature of Medical Director for the Medical Insurance

التاريخ والختم : _____
Date and stamp:

Note:

A copy of the receipts of the medical expenses (original copy) and doctor's orders must be attached with the medical insurance claim form, the receipts and orders must hold the contact information of the provider of the medical services and a proper signature with a stamp according to the medical insurance policy.

ملاحظة: يجب إرفاق نسخة من وصولات المصاريف الطبية و أمر الطبيب النسخة الاصلية مع نموذج مطالبة التأمين الطبي ، ويجب أن تحتوي الوصولات و أمر الطبيب على معلومات الاتصال بمجهز الخدمات الطبية وتوقيع وختم، وفقاً لسياسة (بوليصة) التأمين الطبي.