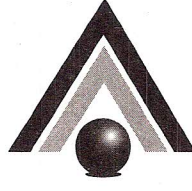


# AL AHLEIA INSURANCE CO. S.A.K

Ahmed AlJaber Street  
P.O. Box : 1602 Safat  
Postal Code : 13017 Kuwait  
Tel.: 2240033  
Telefax : (965) 2430308  
Commercial Reg. No. 9389



# الشركة الأهلية للتأمين ش.م.ك

شارع أحمد الجابر  
ص.ب.: ١٦٠٢ الصفاة  
الرمز البريدي: ١٣٠١٧ الكويت  
تليفون: ٢٢٤٠٠٣٣  
تلفاكس: ٢٤٣٠٣٠٨ (٩٦٥)  
سجل تجاري: ٩٣٨٩

## الشركة الأهلية للتأمين



### MEDICAL EXPENSES CLAIM FORM

### نموذج مطالبة مصاريف طبية

POLICY NO.:	رقم البوليصة:
COMPANY NAME:	اسم الشركة:
EMPLOYEE NAME:	اسم الموظف:
PATIENT NAME:	اسم المريض: (إذا لم يكن الموظف نفسه)
PATIENT'S AGE:	عمر المريض: صلة القرابة بالموظف
SEX: M: F:	الجنس: ذكر أنثى

### TO BE COMPLETED BY THE DOCTOR:

PRESENTING SYMPTOMS: .....

DIAGNOSIS: .....

DOCTOR'S OPINION AS TO WHEN ILLNES STARTED: .....

DATE OF CONSULTATION: .....

TREATMENT: .....

DETAILS OF PAID EXPENSES: .....

1. CONSULTATION FEES: ..... كشف طبيب وفتح ملف
2. MEDICINE COST: ..... قيمة الدواء
3. INVESTIGATION TYPE & COST: ..... نوع الفحوصات وقيمتها
4. OPERATION AND OTHER EXPENSES: ..... عملية جراحية ومصاريف أخرى

### ملاحظة:

يرجى ارفاق كافة التقارير الطبية وفواتير العلاج والفحوصات والوصفات الطبية الأصلية حيث أن المطالبات الغير مرفقة سوف لا

يعد بها

### NOTE:

PLEASE ATTACH ALL RELEVANT INVOICES, RECEIPTS AND PRESCRIPTIONS AS AMOUNT NOT SUPPORTED BY DOCUMENTS WILL NOT BE CONSIDERED AS PART OF YOUR CLAIM.

في حالة دخول المستشفى (الاقامة) يرجى تزويدنا بتقرير مفصل عن الحالة المرضية وعن الفواتير المدفوعة بدون اختصارات.

IN CASE OF HOSPITAL ADMISSION, PROVIDE AS WITH DETAILED MEDICAL REPORT AND DETAILED BILLS PAID.

توقيع الطبيب

توقيع المؤمن عليه

