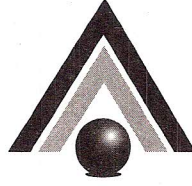


AL AHLEIA INSURANCE CO. S.A.K

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 (الإقامة) يرجى تزويدنا بتقرير مفصل عن الحالة المرضية وعن الفواتير المدفوعة بدون اختصارات.

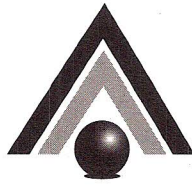
IN CASE OF HOSPITAL ADMISSION, PROVIDE AS WITH DETAILED MEDICAL REPORT AND DETAILED BILLS PAID.

توقيع الطبيب

توقيع المؤمن عليه

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

الشركة الأهلية للتأمين ش.م.ك

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

IN CASE OF PREGNANCY

خاص بالحمل والولادة

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:

1. LNMP:
2. EDD :
3. DURATION OF PREGNANCY IN WKS:
4. COMPLAINT:
5. IF ONLY FOLLOW UP (SPECIFY NO):
6. INVESTIGATION DONE:

COST

- i) LAB. (SPECIFY):
- ii) UIS :
- iii) OTHERS :
7. MEDICINE (SPECIFY) :
8. CONSUTATION FEES :
9. DATE OF CONSULTATION:

ملاحظة:

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

في حالة الولادة يرجى تزويدنا بتقرير مفصل عنها مع بيان تفصيلي للفواتير المدفوعة.

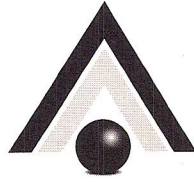
IN CASE OF DELIVERY, PROVIDE US WITH DETAILED INFORMATION OF DELIVERY AND FEES.

توقيع الطبيب

توقيع المؤمن عليه

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



DENTAL TREATMENT CLAIM FORM

نموذج مطالبة لعلاج الاسنان

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:
SEX: M: F:	الجنس: ذكر أنثى

TO BE COMPLETED BY THE DOCTOR:

	LOCATION,	COST		LOCATION,	COST
1. EXTRACTION ()			10. FILLING ()		
2. NEURECTOMY ()			11. GUM TREATMENT ()		
3. X - RAY ()			12. R.C.T. ()		
4. CLEANING ()			13. SCALING ()		
5. BRIDGE ()			14. ORTHODONTICS ()		
6. DENTURES ()			15. CROWN ()		
7. RESTORATION ()			16. PROPHYLAXIS ()		
8. OTHERS () SPECIFY			17. MEDICIN ()		
9. CONSULTATION FEES:					

10. DOCHR'S OPINION AS TO WHEN ILLNESS STARTED

11. DIAGNOSIS :

12. DATE OF CONSULTATION:

ملاحظة:

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

يعتد بها

NOT:

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 التفصيلية المدفوعة.

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

توقيع الطبيب

توقيع المؤمن عليه