

نموذج مطالبة
Claim Form

Batch Number: 10-2025-202-8



10202500057

شركة ميثاق للتأمين
Meethaq Insurance Company



The Required Information and Documents:

Include the medical services and attach the requested documents with the claim form.

Enclose the original invoices, duly signed and stamped.

المعلومات والمستندات المطلوبة

إدراج الخدمات الطبية وإرفاق المستندات المطلوبة مع نموذج المطالبة
إرفاق الإيصالات المالية الأصلية موقعة ومختومة

Subscriber Information - معلومات المشترك

Name:	Test Users	الاسم:
Age:	0.70	العمر:
Gender:	Male	الجنس:
Insurance Card No:	ITE2025/Test0001	رقم بطاقة التأمين:
Tel no:		رقم الهاتف:

Doctor Information - بيانات الطبيب المعالج

Doctor Name:		اسم الطبيب:
Speciality:		التخصص:
Tel No:		رقم الهاتف:

Provider Information - بيانات مزود الخدمة

Provider Name:	للخدمات الطبية (مصحة العافية)	مزود الخدمة:
Tel No:		رقم الهاتف:
Email Address:		البريد الإلكتروني:
Date:	26/10/2025	التاريخ:

Treatment Form (To Be Filled by the Doctor) - نموذج العلاج (يُعبأ من قبل الطبيب المعالج)

History of Symptoms:		الأعراض مع تاريخ بدايتها:
Medical Intervention Needed:		الإجراء الطبي المطلوب:
Diagnosis:		التشخيص:
Treatment:		العلاج:

Patient Consent:

I, the undersigned, give my consent to the doctor, hospital, laboratory and other providers to share with the company all information related to the services I have received. I also confirm that all information provided by me is correct and fully disclosed.

Signature: _____ التوقيع:

إقرار المريض

أنا الموقع أدناه أوافق على قيام الطبيب، المستشفى، المختبر، أو أي شخص قدم لي خدمات طبية بتزويد الشركة بالمعلومات أو أي خدمة طبية، وأؤكد أن جميع المعلومات صحيحة، وأني لم أكتف عن أي معلومات أخرى بالخصوص

Name: _____ الاسم:

Doctor Consent:

I confirm that I personally diagnosed the subscriber (insured member) and I confirm that all information detailed in the treatment form is correct.

Signature: _____ التوقيع:

إقرار الطبيب

أقر بأنني قد شخصت تقديم خدمة التشخيص والعلاج للمشارك (المؤمن له) وأقر بأن كل المعلومات المذكورة بنموذج العلاج صحيحة

Name: _____ الاسم: