KIB Takaful Insurance Co. K.S.C.C
C.R.: 98925 / 2004
Paid Up Capital K.D 10,000,000
PO Box: 53056 AL-Nuzha, 73061 Kuwait
Sharq, Ahmed AL-Jaber St., Gravity Tower, Bldg. No: 23
Tel: 1830033, Fax: +965 22438981
Email: info@kibtakaful.com

KIB TAKAFUL تكافل

شركة الدولي للتأمين التكافلي ش.م.ك.م
سجل تجاري: ٩٨٩٢٥ / ٢٠٠٤
رأس المال ١٠،٠٠٠،٠٠٠ د.ك. مدفوع بالكامل
ص.ب: ٥٣٠٥٦ النزهة، ٧٣٠٦١ الكويت
الشرق، شارع أحمد الجابر، برج جرافيتي، بناية رقم ٢٣
تلفون: ١٨٣٠٠٣٣، فاكس: ٢٢٤٣٨٩٨١ ٩٦٥+
بريد إلكتروني: info@kibtakaful.com

Reimbursement Claim Form 2019 نموذج مطالبة دفع واسترداد

Please give the following information correctly and completely to enable the Company to process your claim properly

يرجى تعبئة البيانات المطلوبة بصورة صحيحة وكاملة حتى يتسنى لنا تدقيق المطالبة

CHECKLIST	قائمة المستندات
Completed claim form along with the relevant supporting bills and prescriptions must be submitted to WapMed T PA Services Co, no later than 60 days from treatment date. Failure to comply with the sixty days period shall invalidate the claim and no benefits shall be payable.	يجب تقديم استمارة المطالبة مرفقا بها الفواتير والوصفات الطبية المساندة ذات الصلة إلى واب ميد في موعد لا يتجاوز60 يوما من تاريخ تلقي العلاج. يترتب على عدم الامتثال لفترة الستين يوما إلى إبطال المطالبة وعليه لا يتوجب إعادة السداد.
Send your claim to WAPMED TPA Service Co with the following mandatory documents:	يجب ارسال المطالبة الى شركة وربة للتأمين / واب ميد مع كافة المستندات التالية:
☐ Copy of Medical Card	☐ نسخة من بطاقة التأمين الصحي
☐ Copy of the Main Member's Civil ID	☐ نسخة من البطاقة المدنية للمؤمن الرئيسي
☐ The fully completed and signed medical claim form . Also signed and filled by the treating doctor.	☐ نموذج المطالبة الصحية المعبا بالكامل والموقع. ويجب على الطبيب المعالج تعبئة و توقيع المطالبة.
☐ Copy of the prescription	☐ نسخة من وصفة الأدوية
☐ Copy of all lab & medical reports	☐ نسخة من التحاليل المخبرية والتقارير الطبية
☐ The original itemized bill	☐ الفاتورة الأصلية المفصلة
☐ The original payment receipt	☐ إيصال الدفع الأصلي
☐ Discharge summary for Inpatient cases.	☐ نسخة من تقرير الخروج لحالات الدخول إلى المستشفى

TO BE COMPLETED BY THE INSURED MEMBER — يتم تعبئته من قبل المؤمن عليه

Insured Member Name: ..... اسم العضو المؤمن عليه:

Patient's Name: ..... اسم المريض:

Membership No. (UHID No.): ..... رقم البطاقة الصحية (UHID No):

Relationship with main Insured: ..... صلة القرابة بالموظف:

Date of Birth: ..... تاريخ الميلاد:

Gender (Male/Female): ..... الجنس (ذكر/انثى):

Policy No.: ..... رقم الوثيقة:

Tel/Mob. Number: ..... رقم الهاتف/النقال

Email ID: (to receive communications from WapMed) ..... البريد الإلكتروني: (لاستلام المراسلات من واب ميد)

Amount Claimed: ..... قيمة المطالبة:

Currency: (exchange rate fluctuations may occur) ..... العملة: (قد تتغير قيمة المطالبة نتيجه تقلبات اسعار الصرف)

MEMBER'S DECLARATION — اقرار مشترك

I declare that all the details given on this claim form are true and accurate and that i have not missed out any details important to this claim. I understand that if this claim is found to be fraudulent,in whole or part, I am committing a criminal offence and that will invalidate the claim and make me liable for prosecution. For this medical claim, I authorize any medical practioner, specialist, consultant, therapist or other relevant establishment who have attended me/the patient in the past or at present, to give any details that may be asked by KIB Takaful / WAPMED. I confirm and agree that any personal information collected or held by KIB Takaful / WAPMED to disclose or to transfer to any organization for the purpose of i) assessing this claim and giving on-going insurance cover, customer service and the processing of future claims ii) processing and making payments.

Member's Signature & Date:

اقر بأن جميع البيانات المصرح بها في نموذج المطالبة هذه صحيحة ودقيقة ولم أهمل ذكر أي معلومات مهمة في هذه المطالبة. وإنني اعلم تمام العلم بأن هذه المطالبة تعتبر لاغية في حال انطوت على تزوير أو غش أو احتيال في كامل المطالبة أو في جزء منها وفي هذه الحالة أكون قد ارتكبت فعل مخالف للقانون مما يؤدي إلى إلغاء التغطية التأمينية ويعرضني للمسائلة القانونية. وإنني أفوض بما يختص بهذه المطالبة أي طبيب أو اختصاصي أو استشاري أو معالج أو أي جهة طبية والتي قامت بتوقيع الكشف علي شخصيا / على المريض في الماضي أو في الحاضر بمنح أي تفاصيل يتم طلبها من شركة KIB تكافل/ واب ميد كما أنني أوافق أن أي ملومات شخصية تم جمعها أو متوفرة لدى شركة KIB تكافل/ واب ميد سواء تم ذكرها على هذا النموذج أو تم جمعها بأي طريقة أخرى، يمكن استخدامها أو تحويلها أو إرفاقها لأي جهة بغرض.

التوقيع و التاريخ:

KIB Takaful Insurance Co. K.S.C.C
C.R.: 98925 / 2004
Paid Up Capital K.D 10,000,000
PO Box: 53056 AL-Nuzha, 73061 Kuwait
Sharq, Ahmed AL-Jaber St., Gravity Tower, Bldg. No: 23
Tel: 1830033, Fax: +965 22438981
Email: info@kibtakaful.com

KIB TAKAFUL تكافل

شركة الدولي للتأمين التكافلي ش.م.ك.م
سجل تجاري: ٩٨٩٢٥ / ٢٠٠٤
رأس المال ١٠,٠٠٠,٠٠٠ د.ك. مدفوع بالكامل
ص.ب: ٥٣٠٥٦ النزهة، ٧٣٠٦١ الكويت
الشرق، شارع أحمد الجابر، برج جرافيتي، بناية رقم ٢٣
تلفون: ١٨٣٠٠٣٣، فاكس: ٢٢٤٣٨٩٨١ ٩٦٥+
بريد إلكتروني: info@kibtakaful.com

Reimbursement Claim Form 2019 نموذج مطالبة دفع واسترداد

Please give the following information correctly and completely to enable the Company to process your claim properly

يرجى تعبئة البيانات المطلوبة بصورة صحيحة وكاملة حتى يتسنى لنا تدقيق المطالبة

TO BE COMPLETED BY TREATING DOCTOR FOR INPATIENT/OUTPATIENT/MATERNITY CLAIM	يتم تعبئته من قبل الطبيب المعالج لمطالبة حالات الدخول إلى المستشفى/العيادات الخارجية/الحمل والولادة
Name Of The Hospital/Clinic	إسم المستشفى / العيادة:
Date of Admission/Service:	تاريخ الدخول/تقديم الخدمة:
Date of Discharge:	تاريخ الخروج:
Diagnosis:	التشخيص:
Details of Diseases/Illness contracted or injury suffered:	تفاصيل الحالة المرضية أو الإصابة:
Acute - طارئة ☐ Chronic - مزمنة ☐ Congenital - وراثية ☐ Others - أخرى ☐	
Date of injury sustained or Disease/Illness first detected:	تاريخ الكشف عن الإصابة / المرض:
Details of Pregnancy/Maternity Claims:	تفاصيل مطالبات الحمل / الولادة:
Date of L.M.P: Date of E.D.D:	تاريخ آخر دورة شهرية: التاريخ المتوقع للولادة:
Maternity Status Gravida - الحمل ☐ Para - الإنجاب ☐ Abort - إجهاض ☐ Live - على قيد الحياة ☐	
Other Investigations Done:	الفحوصات التي تم عملها:
Treatment Given:	العلاج الموصوف:
Name of the Doctor:	إسم الطبيب المعالج:
Sign and Stamp of Doctor:	ختم وتوقيع الدكتور المعالج:
Telephone No.:	رقم الهاتف:

TO BE COMPLETED BY TREATING DOCTOR FOR DENTAL CLAIM	يتم تعبئته من قبل الطبيب المعالج لمطالبة حالات الأسنان
Date of injury / Illness:	تاريخ الإصابة / المرض

Type Of Treatment / Tooth No. نوع العلاج / رقم السن	Amount المبلغ	Type Of Treatment / Tooth No. نوع العلاج / رقم السن	Amount المبلغ
Extraction خلع		Filling حشو	
Neurectomy نزع العصب		Gum Treatment علاج لثة	
X-Ray أشعة		R.C.T علاج أقنية الجذور	
Others أخرى		Total Claimed Amount إجمالي المطالبة	

Diagnosis:	التشخيص::
Other Investigations Done:	فحوصات أخرى تم عملها:
Treatment Given:	العلاج الموصوف:
Name of the Doctor:	إسم الطبيب المعالج:
Sign and stamp of Doctor:	ختم وتوقيع الدكتور المعالج:
Telephone No.	رقم الهاتف: