Know You Can

طلب صرف المزايا التأمينية (في حالة العلاج في المستشفى نتيجة لحادث)

1- بيانات الوثيقة

- الرجاء كتابة رقم الوثيقة مع مراعاة أن هذا الطلب يسري لوثيقة واحدة فقط .
- تقبل شركة أكسا لتأمينات الحياة – مصر فقط أصل طلب مطالبة صرف المزايا التأمينية حين يتم استكماله بشكل صحيح من قبل مالك الوثيقة.

رقم الوثيقة		تاريخ إصدار الوثيقة	
اسم مالك الوثيقة			
اسم المؤمن عليه		تاريخ الميلاد	
الرقم القومي			
أرقام التليفونات			
عنوان المراسلات		البريد الإلكتروني	

2- تفاصيل المطالبة

1. برجاء ذكر تاريخ ومكان الحادث:
2. ما هو التشخيص بالتحديد؟
3. ما هي فترة العلاج بالمستشفى (برجاء تحديد تاريخ الدخول وتاريخ الخروج)؟
4. هل تم أي تدخل جراحي بخصوص هذه الحالة ؟ في حالة وجود تدخل جراحي، برجاء ذكر تفاصيل الجراحة.
5. ما هو اسم المستشفى الذي تلقيتم العلاج به وما هو اسم الطبيب المعالج؟

3- معلومات هامة

- يقدم طلب صرف المزايا التأمينية إلى المقر الرئيسي للمؤمن أو أي مكان آخر يحدده المؤمن.
- الجهة أو الشخص المخول له تقديم طلب صرف المزايا التأمينية هو مالك الوثيقة وترفق المستندات التالية بالطلب المقدم لصرف المزايا التأمينية:
  1. أصل مستند الوثيقة.
  2. إثبات الصفة القانونية للطالب مع بطاقة تحديد الهوية الخاصة بمقدم الطلب.
  3. جميع التقارير الطبية المتعلقة بالجراحة وفترة العلاج بالمستشفى.
  4. صورة من محضر الحادث.
- يتم صرف المزايا التأمينية بعد استقطاع أي ديون خاصة بمالك الوثيقة و مستحقة للمؤمن.
- يحق للمؤمن رفض صرف المزايا التأمينية والمطالبات المقدمة عند اكتشافه للتزوير المتعمد في المعلومات أو الإقرارات المقدمة والمتعلقة بالخطر المؤمن ضده.
- يحق لشركة أكسا لتأمينات الحياة - مصر إستشارة اي طبيب أو جهة صحية قد استشرها المؤمن عليه لتقديم ايه معلومات او جهة قانونية قد تكون مطلوبة عن حالته الصحية.

ويكون لصورة هذا الترخيص صلاحية النفاذ كالأصل تماماً

4- إقرار و توقيع مالك الوثيقة

اقر انا الموقع ادناه بصفتى المستفيد من الوثيقة المذكورة انني اطلعت على المعلومات الهامة الموضحة أعلاه وبموافقتى على استلام المستحقات الناشئة لى عن تلك الوثيقة والصادرة عن شركة أكسا لتأمينات الحياة مصر وِفقاً لشروط واحكام الوثيقة وذلك اعن طريق :

☐ استلام **شيك نقدى** من مقر الشركة

☐ التحويل إلي **حسابى (IBAN)** رقم

E	G																												

لدى بنك : .....

فرع : .....

و يعتبر أى تحويل تجريه الشركة على حسابى المذكور ، مبرراً لذمتها تماماً من الالتزام التأمينى بالقدر الذى تم تحويله الى حسابى ، وأصرح وأوافق لشركة أكسا لتأمينات الحياة - مصر بمشاركة بياناتى الشخصية المتوفرة لديها بما فى ذلك بيانات الحساب المشار إليه اعلاه، إلى أى طرف ثالث وذلك وفقاً لتقدير الشركة ومتطلبات العمل لديها.

كما اقر أنه بمجرد تنفيذ التحويل/ استلام مستحقاتى، يسقط حقى فى الرجوع على الشركة بالقدر الذى تم تحويله/ صرفه، كما لا يحق لى إعادة طلب هذا المبلغ بأى صورة كانت، وإلا أتعرض للمسؤولية المترتبة على مخالفتى لأحكام هذا الإقرار والتصريح و هذا اقرار منى بذلك.

برجاء التوقيع بعد الاطلاع على المعلومات الموضحة أعلاه

على ممثل الشركة التوقيع كشاهد عند توقيع مالك الوثيقة أو مقدم الطلب

توقيع الطالب		**التاريخ**	
توقيع ممثل الشركة		**التاريخ**	

في حالة وجود أي شكاوى، يكون للعميل الحق في رفع الأمر للهيئة العامة للرقابة المالية

شركة أكسا لتأمينات الحياة – مصر ، ش.م.م.
قطعة 214، المنطقة الثانية
التجمع الخامس، القاهرة الجديدة، ج.م.ع
ص.ب.:35 المشروع السويسرى
ت: 16363 فاكس: (202)27599333
البريد الالكتروني:
wecare@axa-egypt.com
الموقع الالكتروني:www.axa-egypt.com
سجل تجاري رقم 3192 استثمار القاهرة
خاضعة لأحكام القانون رقم 10 لسنة 1981 وتعديلاته
حاصلة على ترخيص رقم 12 لسنة 1999 من الهيئة العامة للرقابة المالية

AXA Life Insurance Company-Egypt S.A.E
Plot no. 214, Sector 2
Fifth Settlement, New Cairo, Egypt
P.O. Box: 35 Swiss Project
Hotline: 16363 Fax: (202) 27599333
Email: wecare@axa-egypt.com
Website: www.axa-egypt.com
Registered under no. 3192, Cairo Investment
Regulated under law no. 10 for year 1981 and its executive regulations
Holds Egyptian Finance Supervisory Authority license Under number 12 for year 1999