ALAHLIA for MEDICAL INSURANCE CO.LTD
الشـــركة الأهليـــة للتـأميـــن الطبـــي

Request Treatment a broad (EGYPT)

طلب العلاج بالخارج (مصر)

Name:..... اسم المؤمن:

Birth Date:..... تاريخ الميلاد:

Date of Departure:..... تاريخ السفر:

Primary Insured:..... المؤمن الأساسي:

Chronic Diseases:..... أمراض مزمنة:

Others:..... أخرى:

Purpose of Travel:..... الغرض من السفر :

.....

Contacts No. : أرقام للتواصل:

Mobile No in Sudan.:..... رقم هاتف بالسودان:

WhatsApp No.:..... رقم الواتساب:

Mobile No in Egypt: ..... رقم هاتف بالقاهرة:

E-mail:..... : بريد إلكتروني

المستندات المطلوبه:

1. تقرير طبي مفصل عن الحالة والفحوصات والأشعة التي قدمت بجمهورية السودان في فترة لا تتجاوز شهر من تاريخ الاستمارة.
2. تسليم بطاقة التأمين الطبى الأصل للشركة الأهلية للتأمين الطبي .
3. تقوم شركة إنفينيتي كير المحدودة بتكملة الإجراء خلال 48 ساعة عمل رسمية.
4. يتم اصدار البطاقة العلاجية وادارة الخدمة الطبية داخل الأراضي المصرية بواسطة شركة سياف للخدمات الطبية وفقا لضوابط فئة المؤمن والوثيقة التي يتبع لها.
5. يستلم المؤمن استمارة عناوين وارقام اتصال شركة سياف للخدمات الطبية.
6. بعد عودة المؤمن يقوم بتسليم البطاقة المصرية واستلام بطاقته السودانية من شركة إنفينيتي كير المحدودة.

خاص بالشركة الأهلية للتأمين الطبي :

التوقيع ..... التاريخ ..... / ...../..... الختم .....

خاص بـــ شركة إنفينيتي كير:

التوقيع ..... التاريخ ..... / ..... /..... الختم .....

Declaration: **إقـرار:**

I Acknowledged that all above information are correct and under my responsibility:

أقر أن جميع المعلومات أعلاه صحيحة وعلى مسؤوليتي:

Name: .....

Date: / / 20

Signature: .....