

الاسترداد النقدي شركة اوميغا للرعاية الطبية

نموذج طلب استرداد نقدي (التأمين الطبي الاختياري)

بيانات المؤمن عليه

رقم الكارت:

الاسم:

رقم الموبيل:

المبلغ	نوع الخدمة	مسلسل
	الإجمالي	

برجاء اتخاذ الازم نحو اضافة القيمة المستحقة للحساب طبقا والنظام المطبق

بيانات الموظف

رقم الموظف:

الاسم:

رقم الموبيل:

رقم الحساب (غير رقم حساب المرتبات)

ملاحظات هامة :

- ضرورة ارفاق صورة من كارنية التأمين (مهم) .
- يجب ان تكون كافة المستندات أصول وليست صور ضوئية او ملونة .
- يتم التقدم بكل طلب استرداد على حدة وفقا والمستفيد .
- تقبل المستندات الخاصة بالاسترداد بحد اقصي شهر من التاريخ الوارد بها.