

معلومات هامة

لكي تتم معالجة مطالبتك بشكل أسرع، ما عليك سوى تسجيل الدخول إلى حسابك على MembersWorld واستكمال النسخة الرقمية من هذا النموذج للمطالبة أو استكمال الحقول الإلزامية كما هو موضح في قسم "تقديم مطالبة". ويمكنك كذلك الكتابة مباشرة في هذا النموذج، وتوقيعه يدويًا، وإرساله إلينا عبر البريد إلى شركة بوبا إيجيبت للتأمين، مجمع ميفيدا التجاري، مبنى 1/3، التجمع الخامس، القاهرة الجديدة، الرقم البريدي 11835. مصر. أو يُرجى الكتابة بوضوح بأحرف كبيرة باستخدام الحبر الأسود.

لتجنب التأخير في معالجة مطالبتك، يُرجى استكمال جميع أقسام نموذج المطالبة بوضوح. يجب إعادة النموذج إلينا في غضون عامين (2) من تاريخ العلاج الأولي.

يُرجى إكمال نموذج مطالبة جديد / منفصل بالنسبة لـ:

○ كل مريض ○ كل اقامه بالمستشفى / حالة إقامة ليوم واحد ○ كل حالة طبية ○ كل عملة لسداد التكاليف

لن تتمكن من إعادة المستندات الأصلية، ولكن يسعدنا تقديم نسخ معتمدة عند الطلب.

قبل تقديم المطالبة يُرجى الرجوع إلى القائمة المرجعية الواردة في نهاية النموذج.

هذه الوثيقة باللغتين العربية والإنجليزية.

1 معلومات المريض

(يُرجى استكمالها بواسطة الشخص الخاضع للعلاج)

اسم المجموعة (إن وجد):

رقم عضوية المريض:

BI - [] [] [] [] [] [] - [] [] [] [] [] [] - [] [] [] [] [] []

اللقب:

الاسم الأول:

لقب العائلة:

تاريخ الميلاد:

العمر عند آخر عيد ميلاد:

عنوان المراسلة الحالي:

المبنى:

الشارع:

البلدة/المدينة:

رمز المنطقة:

صندوق البريد:

المنطقة:

الدولة:

البريد الإلكتروني:

رقم الهاتف (يُرجى إضافة كود الدولة وكود المنطقة ورقم الهاتف):

يُرجى العلم أن جميع المراسلات المستقبلية سيتم إرسالها على هذا العنوان. يمكنك تحديث معلومات الاتصال الخاصة بك في أي وقت عن طريق زيارة الموقع الإلكتروني لـ MembersWorld (<https://membersworld.bupaglobal.com>).

	في أي دولة تم العلاج؟
	ما هي العملة التي صدرت بها الفاتورة؟
	ما هو إجمالي مبلغ المطالبة؟

التفاصيل الطبية:

	سبب العلاج / زيارة الممارس الطبي. مثل الأعراض والتشخيص إذا كان معروفًا:

<input type="radio"/> الأسنان	<input type="radio"/> الأورام	<input type="radio"/> الأمومة	<input type="radio"/> العافية/الوقاية	هل العلاج مرتبط بـ:
-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------	---------------------

تاريخ بداية ملاحظة الأعراض من قبل المريض:	سنة	شهر	يوم
---	-----	-----	-----

متى كانت أول مرة زار فيها المريض طبيبًا؟:	سنة	شهر	يوم
---	-----	-----	-----

تفاصيل العلاج الذي حصل عليه المريض، والتي تضم العمليات والأدوية:	
--	--

معلومات الممارس الطبي:

الاسم:	
--------	--

التخصص/المؤهلات:	
------------------	--

العنوان:	
----------	--

--	--

البريد الإلكتروني:	
--------------------	--

رقم الهاتف (يرجى إضافة كود الدولة وكود المنطقة ورقم الهاتف):	
--	--

تفاصيل الدخول إلى المستشفى (إن وجدت):

تاريخ الدخول:	سنة	شهر	يوم	تاريخ الخروج:	سنة	شهر	يوم
---------------	-----	-----	-----	---------------	-----	-----	-----

اسم المستشفى:	
---------------	--

العنوان:	
----------	--

--	--

البريد الإلكتروني:	
--------------------	--

رقم الهاتف (يرجى إضافة كود الدولة وكود المنطقة ورقم الهاتف):	
--	--

توقيع الممارس الطبي	
---------------------	--

الاسم بحروف واضحة:	التاريخ:	سنة	شهر	يوم
--------------------	----------	-----	-----	-----

3 استحقاق نقدي

يجب على المستشفى استكمال هذا القسم إذا كنتَ لم تتحمل أية تكاليف عن دخولك ومبيتك في المستشفى، وكانت خطتك تتضمن استحقاق نقدي

أقر أن.....
كان قد دخل المستشفى في الفترة من.....
إلى.....
وكان هذا الدخول مجانيًا
يجب على المستشفى ختم هذا النموذج للمطالبة هنا:

4 بيانات الدفع

معلومات هامة

بالنسبة للأعضاء: يمكننا تسوية المطالبات عن طريق التحويل المصرفي فقط وبإحدى العملات الآتية: الجنيه المصري أو الدولار الأمريكي أو اليورو أو الجنيه الاسترليني.
يُوصى بإتمام الدفع بنفس عملة حسابك المصرفي.

من الجهة/الشخص الذي ترغب في أن نسدده له هذا المبلغ؟ (حدد واحدًا فقط)

الطبيب	المستشفى/العيادة	المريض/العضو (أرفق إثبات الدفع)	المجموعة/الشركة (أرفق إثبات الدفع)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

الدفع عن طريق التحويل الإلكتروني للأموال إلى حساب مصرفي

اسم البنك:	
رمز SWIFT / BIC*:	
رمز الفرز (Sort) (المملكة المتحدة فقط):	
رقم الحساب:	
رقم الحساب المصرفي الدولي (IBAN) بالكامل*:	
اسم الحساب / المدفوع له**:	
عملة التحويل:	
عنوان البنك:	
الرمز البريدي:	
الدولة:	

*من أجل معالجة مدفوعاتك بأسرع الطرق الممكنة وأكثرها أمانًا، يُرجى تزويدنا بكل من رقم الحساب المصرفي الدولي (IBAN) الخاص بك وكود سويفت (SWIFT) لفرع البنك الذي تتعامل معه. سيقدم لك البنك الذي تتعامل معه هذه المعلومات عند الضرورة.

** يُرجى تقديم الاسم بالكامل، كما هو موضح في بطاقة الهوية أو جواز السفر المصري.

إذا قدمت مطالبة وطلبت منا سداد مبلغ معين لك، فسيتم دفع المزايا الخاصة بك مخصصاً من المبلغ المستقطع أو نسبة التحمل المطبقة على خطتك. إذا طلبت منا سداد المبلغ لمقدم الخدمة وكان مطبقاً على تعطيتك مبلغ مستقطع سنويًا أو نسبة تحمل، فسيتم سد العجز باستخدام بطاقة الخصم المباشر أو بطاقة الائتمان الخاصة بك. إذا كنت جزءًا من خطة شركة ما، فسنرسل المبلغ إلى مقدم الخدمات الطبية عن المطالبة المستوفية للشروط. هذا المبلغ سوف سنخصم منه المبلغ المستقطع السنوي المتبقي أو نسبة التحمل على عضويتك. أنت مسؤول عن سداد أي عجز لمقدم الخدمة بعد تقييم مطالبتك وسدادها. لمعرفة ما إذا كان هناك نسبة تحمل أو مبلغ مستقطع بخصوص خطتك، يُرجى الرجوع إلى شهادة عضويتك. لمعرفة المزيد عن كيفية عمل نسب التحمل والمبالغ المستقطعة، يُرجى الرجوع إلى دليل عضويتك.

5 تأمين الطرف الآخر

هل بعض التكاليف قابلة للاسترداد من شخص آخر (على سبيل المثال، شركة تأمين تابعة للدولة أو شخص / مؤسسة متورطة في حادث ما؟): لا نعم

الاسم:	
العنوان:	
البريد الإلكتروني:	
رقم الهاتف (يُرجى إضافة كود الدولة وكود المنطقة ورقم الهاتف):	

7. نقل المعلومات خارج مصر والمملكة المتحدة والمنطقة الاقتصادية الأوروبية (EEA)

إننا نتعامل مع العديد من المنظمات الدولية ونستخدم أنظمة المعلومات العالمية. لذلك، وبعد الحصول على موافقتك المسبقة، نقوم بنقل معلوماتك الشخصية إلى بلدان خارج مصر وخارج المملكة المتحدة والمنطقة الاقتصادية الأوروبية ("EEA")، والدول الأعضاء في الاتحاد الأوروبي (مثل النرويج وليختنشتاين وأيسلندا) للأغراض المنصوص عليها في هذا الإشعار للخصوصية.

8. إلى متى سنحتفظ بمعلوماتك الشخصية

سنحتفظ بمعلوماتك الشخصية وفقاً للفرات المحددة المحسوبة باستخدام المعايير الآتية.

- متى بدأت علاقتك بنا، وأنواع المنتجات أو الخدمات التي تحصل عليها منا، ومتى ستتوقف علاقتك بنا.
- المدة المعقولة للاحتفاظ بالسجلات لإثبات أننا قد أوفينا بالتزاماتنا تجاهك وبموجب القانون.
- أي حدود زمنية لتقديم مطالبة.
- أي فترات للاحتفاظ بالمعلومات يحددها القانون، أو يوصي بها المنظمون، أو الجهات المهنية، أو الجمعيات.
- أي إجراءات معنية يتم تطبيقها.

9. حقوقك

يحق لك الوصول إلى معلوماتك، ومطالبتنا بتصحيحها أو محوها أو تقييد استخدامها، كما يحق لك الاعتراض على استخدام معلوماتك، والمطالبة بنقل المعلومات التي أحتتها لنا، وسحب موافقتك على استخدامنا لمعلوماتك، ومطالبتنا بعدم اتخاذ قرارات آلية ينتج عنها آثار قانونية تتعلق بك أو تؤثر عليك تأثيراً كبيراً بأي شكل مماثل. يُرجى الاتصال بنا إذا كنت ترغب في ممارسة أي من هذه الحقوق.

10. جهات الاتصال المعنية بحماية البيانات

إذا كان لديك أي أسئلة أو تعليقات، أو شكاوى أو اقتراحات، فيما يتعلق بهذا الإشعار، أو أي مخاوف أخرى حول الطريقة التي نعالج بها معلوماتك، فيُرجى التواصل معنا على egyptcustserv@bupa-intl.com كما يحق لك تقديم شكوى إلى السلطة المحلية للإشراف على الخصوصية. يمكنك أيضاً تقديم شكوى إلى سلطة إشرافية أخرى يقع مقرها في الدولة أو الإقليم الذي تعيش أو تعمل فيه: أو الذي وقع فيه الأمر الذي تشتكي منه.

11. إجراءات الشكاوى لدينا

دائماً ما نهدف إلى تقديم خدمة عالية المستوى لأعضائنا. ولكن إذا كان لديك أي تعليقات أو شكاوى، فيمكنك الاتصال بخط مساعدة العملاء على الرقم 2400 3600 (2) +20، أو التواصل معنا عبر البريد الإلكتروني egyptcustserv@bupa-intl.com أو مراسلتنا كتابياً على بوبا إيجيبت للتأمين. مجمع ميفيدا التجاري، المبنى 1/3، التجمع الخامس، القاهرة الجديدة، الرقم البريدي 11835، مصر. إذا كنت لا تزال غير راضٍ عن ردنا النهائي، فيمكنك إحالة شكاوك إلى قسم الشكاوى بالهيئة العامة للرقابة المالية المصرية.

إننا ملتزمون بحماية خصوصيتك عند التعامل مع معلوماتك الشخصية. يوفر إشعار الخصوصية هذا نظرة عامة على المعلومات التي نجمعها عنك وكيفية استخدامها وحمايتها. وإننا نطلب موافقتك على معالجة معلوماتك الشخصية في قسم الإفراج. ويقدم هذا القسم أيضاً معلومات عن حقوقك. إذا كان لديك أي أسئلة عن كيفية معالجة معلوماتك، فيُرجى التواصل معنا على egyptcustserv@bupa-intl.com.

معلومات عن شركة بوبا إيجيبت للتأمين

في هذا الإشعار للخصوصية، ترمز الإشارة بـ "نحن" أو "لنا" أو "لدينا" إلى شركة بوبا إيجيبت للتأمين، وشركتك التأمينية، و Bupa Insurance Services Limited، مسؤول وثيقتك الدولية، للاطلاع على معلومات الاتصال بالشركة، يُرجى زيارة www.bupaglobal.com/legal-notices

1. ما يغطيه هذا الإشعار للخصوصية

ينطبق هذا الإشعار للخصوصية على أي شخص يتعامل معنا فيما يتعلق بمنتجاتنا وخدماتنا ("أنت"، "الخاص بك") عبر أي قناة (مثل البريد الإلكتروني أو الموقع الإلكتروني أو الهاتف أو تطبيق، وغيرها).

2. الطرق التي نحصل من خلالها على المعلومات الشخصية

إننا نجمع المعلومات الشخصية منك ومن أطراف خارجية معينة (على سبيل المثال، من يملكون نيابة عنك، مثل الوسطاء ومقدمي الرعاية الصحية وغيرهم) بعد الحصول على موافقتك المسبقة، إذا قدمت لنا معلومات عن أشخاص آخرين. يجب عليك التأكد من أنهم اطلعوا على نسخة من هذا الإشعار للخصوصية وقدموا موافقتهم على قيامك بذلك.

3. فئات المعلومات الشخصية

نعالج الفئات الآتية من المعلومات الشخصية المتعلقة بك، ومن تعولهم، إن وجدوا. إنها معلومات شخصية عادية (مثل المعلومات التي نستخدمها للاتصال بك، أو تحديد هويتك، أو لإدارة علاقتنا معك)، وفئات خاصة من المعلومات (على سبيل المثال المعلومات الصحية، والمعلومات المتعلقة بالعرفق والأصل العرقي والدين، مما يسمح لنا بتقديم الرعاية المناسبة لك)، ومعلومات حول أي إدراتنا وجرام جنائية (قد نحصل على هذه المعلومات عند إجراء أي عمليات فحص تتعلق بمكافحة الاحتيال أو مكافحة غسل الأموال أو أي نشاط آخر لفحص خلفيتك).

4. الأغراض والأسس القانونية لمعالجتنا للمعلومات الشخصية

إننا نعالج معلوماتك الشخصية للأغراض المنصوص عليها في هذا الإشعار، والتي تتضمن إدارة علاقتنا معك (ومنها معالجة المطالبات والشكاوى)، ولأغراض البحث والتحليل، ومراقبة توقعاتنا فيما يتعلق بالأداء (بما في ذلك أداء مقدمي الخدمات الصحية المعيّنين بحالتك)، وكذلك لحماية الحقوق والممتلكات، وحماية سلامتنا وسلامة عملائنا، أو الآخرين. يعتمد السبب القانوني لمعالجتنا للمعلومات الشخصية على فئة المعلومات الشخصية التي نعالجها. فعادة ما نعالج المعلومات الشخصية العادية نظراً لأهميتها لتنفيذ عقدٍ ما، أو للمصالح المشروعة لنا أو للأطراف الخارجية، أو لأنها مطلوبة أو مسموح بها بموجب القانون المعمول به. إننا نعالج الفئات الخاصة من المعلومات لأنها ضرورية لغرض التأمين أو لأننا لدينا تصريح منك بذلك. قد نعالج المعلومات حول الإدراتنا والجرام الجنائية (إن وجدت) إذا كان ذلك ضرورياً لمنع وقوع جريمة أو لاكتشافها.

5. المعالجة لإنشاء ملفات تعريفية واتخاذ القرارات آلياً

مثل العديد من الشركات، أحياناً ما نستخدم المعالجة الآلية لتزويدك بخدمة أسرع وأفضل، وأكثر اتساقاً وعدلاً، بالإضافة إلى تزويدك بالمعلومات التسويقية التي نعتقد أنها ستكون مهمة بالنسبة لك (ومنها الخصومات على منتجاتنا وخدماتنا). قد يتضمن ذلك تقييم معلوماتك تحسب، وفي حالاتٍ محدودة، استخدام التكنولوجيا لتزويدك بإجابات أو قرارات آلية. لديك الحق في الاعتراض على التسويق المباشر وإعداد الملفات الشخصية فيما يتعلق بالتسويق المباشر. كما قد يحق لك الاعتراض على أنواع أخرى من التصنيف واتخاذ القرار آلياً، يُرجى الاتصال بنا لمزيد من المعلومات.

6. مشاركة معلوماتك

بعد الحصول على موافقتك المسبقة، يمكننا مشاركة معلوماتك داخل مجموعة بوبا، مع حاملي وثائق التأمين المعيّنين (بما في ذلك صاحب عملك إذا كنت مضمولاً بالتغطية بموجب برنامج جماعي)، ومع الممولين الذين ينظمون الخدمات نيابة عنك، والمتصرفين نيابة عنك (على سبيل المثال السماسرة والوسطاء الآخرين)، وكذلك مع الآخرين الذين يساعدوننا في تقديم الخدمات لك (على سبيل المثال مقدمي الرعاية الصحية) أو الذين نحتاج منهم إلى معلومات للتعامل مع المطالبات أو الاستحقاقات أو التحقق منها (على سبيل المثال الجمعيات المهنية). كما أننا نشارك معلوماتك وفقاً للقانون.

معلومات هامة - يجب على المريض إكمالها

أقر أن المعلومات التي قدمتها في هذا النموذج دقيقة وصحيحة وكاملة، على حد علمي. أمنح موافقة صريحة بالأصالة عن نفسي أو نيابة عن المريض (إذا كنت أتصرف نيابة عن المريض) لشركة بوبا إيجيبت للتأمين على معالجة معلوماتي الشخصية لأغراض تقييم هذه المطالبة وكما هو موضح خلافاً لذلك في إشعار الخصوصية. كما أمنح موافقتي الصريحة للأطباء وأي مقدمي خدمات طبية آخرين، مسؤولين عن علاجي أو رعايتي، أو عن الخدمات الأخرى المقدمة لي، على تزويد شركة بوبا إيجيبت للتأمين بأي معلومات مطلوبة فيما يتعلق بهذه المطالبة أو أي مطالبة سابقة، بهدف النظر في هذه المطالبة، أو معالجتها أو تدقيقها، أو التعامل معها بأي شكل آخر.

توقيع المريض (ولي الأمر أو الوصي إذا كان عمر المريض أقل من 16 عاماً)

الاسم بحروف واضحة:	التاريخ:	سنة	سنة	سنة	سنة	سنة	سنة	سنة	سنة	يوم	يوم	يوم
--------------------	----------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

إذا كان لديك أي استفسارات تتعلق بمطالبتك، فيُرجى تسجيل الدخول إلى موقعنا الإلكتروني www.bupaglobal.com/membersworld أو الاتصال بفريق خدمات العملاء لدينا على:

الهاتف: من داخل مصر على الرقم 16816 أو من خارج مصر على 2400 3600 (02) +2 ○ **البريد الإلكتروني:** egyptcustserv@bupa-intl.com

يُستخدم البريد الإلكتروني لراحتك ولسرعة التعامل، ولكننا لا نضمن دائماً أمن هذه الوسيلة للاتصال. يجب أن تكون على دراية بأن بعض الشركات والدول تراقب حركة البريد الإلكتروني. ويجب أن تضع هذا الأمر في الاعتبار عند اختيار استخدام هذه الوسيلة للتواصل.

يُرجى الرجوع إلى شهادة عضويتك للاطلاع على التفاصيل الخاصة بشركة التأمين التي تتعامل معها.

قائمة مرجعية للمطالبة

يُرجى مراجعة القائمة المرجعية الآتية والتأكد من أن المعلومات والمستندات الداعمة قد تم تقديمها، حيثما أمكن:

- مستندات واضحة ومقروءة وغير محجوبة (يجب ألا تحجب الإيصالات المصورة تصويراً صوتياً أي تفاصيل أو كتابة واضحة بخط اليد، إلخ)
- الأعراض و/أو التشخيص
- الوصفة الطبية للمطالبات الصيدلانية والخاصة بالبصريات
- الفاتورة النهائية المفصلة التي تشمل تواريخ تلقي العلاج، ووصف كل خدمة مقدمة وتكلفتها (يُرجى ملاحظة أنه لا يمكننا قبول الفواتير المؤقتة أو التقديرية)
- تعليمات الدفع الكاملة بما في ذلك عملة الدفع
- إثبات الدفع للمطالبات المدفوعة بواسطة العضو/المجموعة/الشركة
- التوقيع والاسم والتاريخ المقدم للإقرار الطبي (القسم 8)

يُرجى العلم أننا قد نحتاج إلى طلب معلومات إضافية لاستكمال تقييم مطالبتك.

الأعضاء: ستمكن من متابعة تقدم مطالبتك على موقع MembersWorld الخاص بنا (<https://membersworld.bupaglobal.com>)

هذه الوثيقة باللغتين العربية والإنجليزية. إذا نشأ أي نزاع حول تفسير هذه الوثيقة، فسيتم اعتبار النسخة العربية المرجح النهائي الذي له الأسبقية على أي إصدار بلغة أخرى من هذه الوثيقة.

بوبا إيجيبت للتأمين ش.م.م. وهي شركة تأسست في مصر (سجل تجاري رقم: 67829) ويقع مقرها الرئيسي وموطنها القانوني في مجمع ميفيدا التجاري، مبنى 3/1، التجمع الخامس، القاهرة الجديدة، الرقم البريدي 11835، مصر. ويبلغ رأسمالها المُصدر 60 مليون جنيه مصري. تخضع شركة بوبا إيجيبت للتأمين ش.م.م. للقانون رقم 10 لعام 1981 ولائحته التنفيذية، وتحمل ترخيص صادر عن الهيئة العامة للرقابة المالية، تحت رقم 20 لعام 2004.



Important information

For quicker handling of your claim, simply log into your MembersWorld account and either complete a digital version of this claim form or complete the mandatory fields as shown on the 'submit a claim' section. You can also type directly into this form, manually sign it and send it to us by post to Bupa Egypt Insurance, Mivida Business Park, Bldg 3/B1, 5th Settlement, New Cairo, 11835. Egypt. Alternatively, please write clearly in block capitals using black ink.

To prevent delay with the handling of your claim, please complete all sections of the claim form clearly. The form should be returned to us within 2 years of the initial treatment date.

Please complete a new / separate claim form for:

- each patient
 each in-patient / day-stay case
 each medical condition
 each reimbursement currency

We are unable to return original documents, but we will be happy to provide certified copies on request.

Before submitting the claim please refer to the checklist at the end of the form.

This document is in Arabic and English.

1 Patient's details

(to be completed by the person undergoing treatment)

Patient membership number:

BI - - -

Group name (if applicable):

Title:

First name:

Family names:

Date of birth: D D M M Y Y Y Y

Age last birthday:

Current correspondence address:

Building:

Street:

Town / city:

Area code:

Region:

Country:

Email:

Telephone (Please include country code, area code and number):

Please note, all future correspondence will be sent to this address. You can update your contact information at any time by visiting MembersWorld (<https://membersworld.bupaglobal.com>).

3 Cash benefit

The hospital should complete this section if there were no charges for your overnight admission, and your plan includes a cash benefit

I confirm that
 was in hospital from to
 And this admission was free of charge

The hospital needs to stamp this claim form here:

4 Payment details

Important information

For members: We can settle claims by bank transfer only and in one of the following currencies: EGP, USD, EUR, or GBP. It is recommended that the payment is made in the same currency of your bank account.

Who would you like us to pay? (select one only)

Doctor <input type="radio"/>	Hospital/Clinic <input type="radio"/>	Patient/Member (enclose proof of payment) <input type="radio"/>	Group/Company (enclose proof of payment) <input type="radio"/>
---------------------------------	--	--	---

Payment by Electronic Funds Transfer to a bank account

Bank name:	
SWIFT / BIC code:*	
Sort code (UK only):	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Account number:	
Full IBAN number:*	
Account name / payee:**	
Currency for the transfer:	
Bank address:	
Post / Zip code:	
Country:	

*To process your payment as quickly and securely as possible, please provide both your IBAN and the SWIFT code of your bank branch. Your bank will be able to provide you with this information if necessary.

** Please provide the full name, as represented on the Egyptian national ID or passport.

If you submit a claim and have asked us to pay you, your benefit will be paid less the amount of deductible or co-insurance applicable to your plan. If you have asked us to pay the provider, and an annual deductible or co-insurance applies to your cover, the shortfall will be collected using your direct debit or credit card. If you are part of a company plan, we will send payment to the medical provider for the eligible claim. We will deduct from this payment the remaining annual deductible or co-insurance on your membership. You are responsible for paying any shortfall to the provider after your claim has been assessed and paid. To find out if you have a co-insurance or deductible on your plan, please refer to your membership certificate. To find out more about how co-insurances and deductibles work please refer to your membership guide.

5 Third party insurers

Are some of the costs recoverable from someone else (for example, state insurer or a person / organisation involved in an accident?): Yes No

Name:	
Address:	
Email:	
Telephone (Please include country code, area code and number):	

6 Privacy notice

We are committed to protecting your privacy when dealing with your personal information. This privacy notice provides an overview of the information we collect about you, how we use and protect it. We ask for your consent to processing of your personal information in the Declaration section. It also provides information about your rights. If you have any questions about how we handle your information, please contact us at egyptcustserv@bupa-intl.com.

Information about Bupa Egypt Insurance

In this privacy notice, references to “we” or “us” or “our” are to Bupa Egypt Insurance, your insurer and Bupa Insurance Services Limited, your international policy administrator. For company contact details, visit www.bupaglobal.com/legal-notices

1. What this privacy notice covers

This privacy notice applies to anyone who interacts with us in relation to our products and services (“you”, “your”), via any channel (e.g., email, website, telephone, app etc.).

2. Ways in which we obtain personal information

We collect personal information from you and from certain third parties (for example those acting on your behalf, like brokers, healthcare providers and so on) with your prior consent. If you give us information about other people, you must make sure that they have seen a copy of this privacy notice and have provided their consent for you doing this.

3. Categories of personal information

We process the following categories of personal information about you and, if it applies, your dependants. This is standard personal information (for example information we use to contact you, identify you or manage our relationship with you), special categories of information (for example health information, information about race, ethnic origin and religion that allows us to tailor your care) and information about any criminal convictions and offences (we may get this information when carrying out anti-fraud or anti-money laundering checks or other background screening activity).

4. Purposes and lawful grounds of our processing personal information

We process your personal information for the purposes set out in this Notice, including to deal with our relationship with you (including for claims and complaints handling), for research and analysis, to monitor our expectations of performance (including of health providers relevant to you) and to protect the rights, property, our safety and the safety of our customers, or others. The legal reason we process personal information depends on what category of personal information we process. We normally process standard personal information on the basis that it is necessary for the performance of a contract, our or a third parties' legitimate interests or it is required or permitted by applicable law. We process special categories of information because it is necessary for an insurance purpose or because we have your permission. We may process information about your criminal convictions and offences (if any) if this is necessary to prevent or detect a crime.

5. Processing for Profiling and Automated Decision Making

Like many businesses, we sometimes use automation to provide you with a quicker, better, more consistent, and fair service, as well as with marketing information we think will be of interest (including discounts on our products and services). This may involve evaluating information about you and, in limited cases, using technology to provide you with automatic responses or decisions. You have the right to object to direct marketing and profiling relating to direct marketing. You may also have rights to object to other types of profiling and automated decision-making, please contact us for further information.

6. Sharing your information

With your prior consent, we share your information within the Bupa Group, with relevant policyholders (including your employer if you are covered under a group scheme), with funders who arrange services on your behalf, those acting on your behalf (for example brokers and other intermediaries) and with others who help us provide services to you (for example healthcare providers) or who we need information from to handle or check claims or entitlements (for example professional associations). We also share your information in accordance with the law.

7. Transfers outside of Egypt, the UK, and the European Economic Area (EEA)

We deal with many international organisations and use global information systems. As a result, with your prior consent, we transfer your personal information to countries outside of Egypt and outside of the UK and European Economic Area (“EEA”), the EU member states including Norway, Liechtenstein and Iceland) for the purposes set out in this privacy notice.

8. How long we retain your personal information

We keep your personal information in line with set periods calculated using the following criteria.

- How long you have been a customer with us, the types of products or services you have with us, and when you will stop being our customer.
- How long it is reasonable to keep records to show we have met the obligations we have to you and by law.
- Any time limits for making a claim.
- Any periods for keeping information which are set by law or recommended by regulators, professional bodies, or associations.
- Any relevant proceedings that apply.

9. Your rights

You have rights to have access to your information and to ask us to correct, erase and restrict use of your information. You also have rights to object to your information being used, to ask for the transfer of information you have made available to us, to withdraw permission for us to use your information and to ask us not to make automated decisions which produce legal effects concerning you or similarly significantly affects you. Please contact us if you would like to exercise any of your rights.

10. Data Protection Contacts

If you have any questions, comments, complaints or suggestions in relation to this notice, or any other concerns about the way in which we process information about you, please contact us at egyptcustserv@bupa-intl.com.

You also have a right to make a complaint to your local privacy supervisory authority. You can also make a complaint with another supervisory authority which is based in the country or territory where: you live; you work; or the matter you are complaining about took place.

11. Our Complaints Procedure

It is always our intention to provide a first-class service to our members. However, if you have any comments or complaints, you can call our customer helpline on +20 (2) 2400 3600. Alternatively, you can email egyptcustserv@bupa-intl.com, or write to us at Bupa Egypt Insurance, Mivida Business Park, Building 3/B1, 5th Settlement, New Cairo, 11835, Egypt. If you remain unhappy with our final response, you may refer your complaint to the Complaints Department of the Egyptian Financial Regulatory Authority.

If you have any comments or complaints, you can call our customer service team on 16816 from inside Egypt or +2 (02) 2400 3600 from outside Egypt. Alternatively, you can email egyptcustserv@bupa-intl.com, or write to us at Bupa Egypt Insurance, Mivida Business Park, Building 3/B1, 5th Settlement, New Cairo, 11835, Egypt.

If you remain unhappy with our final response, you may refer your complaint to the Complaints department of the Financial Regulatory Authority.

If you would like to have access or get a copy of the Customer Protection Guide issued by the Financial Regulatory Authority, please contact our customer service team or visit the Financial Regulatory Authority website at www.fra.gov.eg to download a copy.

Notes