

"Receipt/Submission of this form does not amount to any liability or admission under the claim on the part of the insurance company." "استلام/تقديم هذه الاستمارة لا يمثل أي التزام يتعلق بالمطالبة على عاتق شركة التأمين."

**GROUP MEDICAL INSURANCE REIMBURSEMENT CLAIM FORM**

**جماعي طبي بتأمين مطالبة استمارة**

Claimant Details

رقم بطاقة العضو (كما موضحة بالبطاقة الطبية)  
1. Member ID

بطاقة الموظف  
2. Staff ID

اسم صاحب العمل  
3. Name of Employer

رقم وثيقة التأمين  
4. Policy No

اسم الموظف  
5. Name of Employee

سمسار / وكيل / رقم مطالبة العميل  
6. Broker/Agent/Client claim ref. no.

اسم المريض (As in Patients Medical Card)  
7. Name of Patient

العلاقة مع الموظف  
8. Relationship with the Employee

البريد الإلكتروني  
9. E-mail ID

رقم الهاتف النقال  
10. GSM No.

Claim Details

تاريخ تلقي العلاج من DDMMYYYY إلى DDMMYYYY  
11. Date of Treatment From To

الدولة التي تلقى فيها العلاج  
12. Country Of Treatment

13. Name Of The Hospital/Clinic (Where Treatment Was Availed) اسم المستشفى/العيادة (التي تم فيها العلاج)

14. Brief Description Of Nature Of Ailment/Diagnosis (Mandatory) وصف مختصر لطبيعة الحالة المرضية / التشخيص الطبي (الزامي)

Claim Cost Details

رقم Sl. No.	التفاصيل Description	المبلغ بالعملية الأجنبية Amount In Foreign Currency العملة	المبلغ بالريال العماني Amount in OMR
i	Consultation Fees رسوم الاستشارة الطبية		
ii	Laboratory/Clinical Examination Charges رسوم المختبر / الفحص السريري		
iii	Medicine Cost تكلفة الأدوية		
iv	Treatment Charges رسوم العلاج		
v	Cost of Surgery i) Hospital Room Rent (No. of Days..... (Days) *Rate Per Day .....) ii) Surgeons Fees iii) Others تكلفة العملية الجراحية. أ) إيجار الغرفة بالمستشفى . تكلفة العملية الجراحية (.....) (يوم) x عدد الأيام ..... ب) رسوم الجراحين ج) أخرى		
vi	Others (Give Details) ..... أخرى (الرجاء توضيح التفاصيل)		
vii	<b>Total Amount</b> إجمالي التكلفة		
viii	Less: Excess/deductible/co-pay Applicable ناقص: مبلغ مدفوع بالزيادة/خصم/دفع مشترك		
ix	Balance Due المتبقي المستحق		

Bank Details

بهذا نفوض الشركة ليفيا للتأمين للقيام بتحويل مبلغ المطالبة المستحق إن وجد بموجب هذه المطالبة إلى حسابي البنكي المذكور أدناه  
We hereby authorise Liva to transfer the claim amount payable if any under this claim to my bank account mentioned below.

15. Payment details for Bank Transfer: بيانات الدفع بتحويل بنكي:

Bank Account number	رقم الحساب البنكي	Bank Branch	فرع البنك
Bank Name	اسم البنك		
Beneficiary Name	اسم المستفيد		

Declaration & Documentation

يرجى إعادة فحص تفاصيل الحساب المصرفي قبل تقديمه. يجب على الموظف / المطالبة تكون مسؤولة عن التحويلات المصرفية خاطئة تتأثر بسبب التفاصيل البنكي غير صحيح المقدمة من قبل له /ها  
Please recheck the Bank Account details before submission. The employee/Claimant shall be responsible for wrong bank transfers affected due to incorrect Bank details provided by him/her.

**إقرار:**  
بهذا أؤكد أنا المريض/زوج/ زوجة المريض أو ولي أمره (إذا كان عمر المريض يقل عن 16 سنة) بأنني أريد في تقديم هذه المطالبة وأؤكد بأن كافة البيانات التي تم توضيحها أعلاه صحيحة وكاملة. أقر بأنه في حالة قيامي بتقديم بيانات كاذبة أو إغفائي لأي حقائق فسوف يسقط حقي في المطالبة التي نصت عليها وثيقة التأمين. بهذا أفوض الشركة ليفيا أو وكيله (إن وجد) الحصول على بياناتي الطبية ومستنداتي من أي مستشفى/عيادة/طبيب ممارس/مختبر/مراكز تشخيص/صيدلية قامت بتقديم خدماتها الطبية للمريض. إضافة لذلك أقر بأن استلام هذه الاستمارة/المستندات المؤيدة لها ... الخ لا تعتبر بمثابة موافقة من الشركة ليفيا على ذلك وبحق لها قبول أو رفض أو طلب أي معلومات إضافية تتعلق بالمطالبة ، كما أؤكد بأنني على علم ودراية بشروط وأحكام وثيقة التأمين

I confirm I am the patient/patient's spouse or guardian (if patient under 16 years of age) and wish to claim benefits and declare that all the particulars given above are to be correct and complete. I agree that if I had made or will make false statement or suppression or concealment, of material information relating to the claim my right to claim under the policy shall stand forfeited. I hereby consent and authorise Liva insurance or its TPA (if any) to seek medical information and obtain documentary evidence from any hospital/clinic/medical practitioner/lab/diagnostic centers/pharmacy, who have attended or extended medical services to the patient. I also agree that the receipt of this claim form/supporting documents etc does not constitute an agreement by Liva insurance of the claim and Liva insurance reserves the right to process or reject or require additional information in respect of the claim. I am also aware of the policy terms, conditions and exclusion.

In Patient Claim/Day Care - Documents Required	مطالبة المرضى المنومين/الرعاية النهارية الوثائق المطلوبة	Out Patient Claim - Documents Required	المطالبة العيادات الخارجية - الوثائق المطلوبة
All Original Invoice / Receipts	جميع فواتير الاصلية المستلمة	All Original Invoice / Receipts	جميع فواتير الاصلية المستلمة
Pre - Authorization	ما قبل - تصريح	Pre - Authorization (for Required Services)	موافقة مبدئية للخدمات المطلوبة
Discharge Summary	تقرير خروج من المستشفى	Prescription Copy	نسخ وصفة طبية
Prescription Copy	نسخ وصفة طبية	Photocopy of Medical Card	صورة من بطاقة طبية
Photocopy of Medical Card	صورة من بطاقة طبية	Investigation Reports (if any)	تقارير فحوصات طبية
Investigation Reports/Medical Reports	تقارير فحوصات الطبية / التقارير الطبية		

Total number of documents attached including this claim form إجمالي عدد الوثائق المرفقة بما في ذلك استمارة هذه المطالبة

Signature/Stamp Of The Employer : .....  
Date : DDMMYYYY

توقيع الموظف / المطالب : .....  
Date : DDMMYYYY

Please fill in all the requested information

For office use

استخدام المكتب

Claim No. رقم المطالبة

Batch Ref. إشارة الدفعة

Exchange Rate معدل صرف