

"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 بتعلق بالمطالبة على عاتق شركة التأمين."

**GROUP MEDICAL INSURANCE REIMBURSEMENT CLAIM FORM**

**جماعي طبي بتأمين مطالبة استمارة**

**Claimant Details**

1. Member ID (As in patient's medical card) **D 0 0 1 6 1 9 0 0 0 0 8 6**

2. Staff ID **EMP000261**

3. Name of Employer **DIGITAL TALENT SERVICES LLC**

4. Policy No **رقم وثيقة التأمين**

5. Name of Employee **JOHNEY DURAIRAJ**

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

7. Name of Patient (As in Patient's Medical Card) **JOHNEY DURAIRAJ**

8. Relationship with the Employee **SPOUSE**

9. E-mail ID **البريد الإلكتروني**

10. GSM No **78727737**

**Claim Details**

11. Date of Treatment From **14/02/2025** To **22/02/2025**

12. Country Of Treatment **الدولة التي تلقى فيها العلاج**

13. Name Of The Hospital/Clinic (Where Treatment Was Aailed) **SUPA HOSPITAL**

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

**Admitted for safe confinement (Delivery)**

**Claim Cost Details**

رقم Sl. No.	التفاصيل Description	المبلغ بالعملات الأجنبية Amount In Foreign Currency Currency: <b>INR</b>	المبلغ بالريال العماني Amount in OMR
i	Consultation Fees <b>رسوم الاستشارة الطبية</b>	13500	59.100
ii	Laboratory/Clinical Examination Charges <b>رسوم المختبر / الفحص السريري</b>	9630	42.160
iii	Medicine Cost <b>تكلفة الأدوية</b>	49825.50	218.120
iv	Treatment Charges <b>رسوم العلاج</b>	45515	199.250
v	Cost of Surgery i) Hospital Room Rent (No. of Days.....9..... (Days) *Rate Per Day 2200.....) ii) Surgeons Fees iii) Others <b>تكلفة العملية الجراحية. (أ) إيجار الغرفة بالمستشفى. تكلفة العملية الجراحية (ب) رسوم الجراحين (ج) أخرى</b>	82820	362.55
vi	Others (Give Details) ..... <b>أخرى (الرجاء توضيح التفاصيل)</b>		
vii	<b>Total Amount</b>	201290.50	881.18
viii	Less: Excess/deductible/co-pay Applicable <b>ناقص: مبلغ مدفوع بالزيادة/خصم/مدفع مشترك</b>		
ix	Balance Due <b>المبلغ المستحق</b>		

بهذا نفوض الشركة ليفا 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.

**Bank Details**

15. Payment details for Bank Transfer:

بيانات الدفع بتحويل بنكي:

Bank Account number **رقم الحساب البنكي**

Bank Name **اسم البنك**

Bank Branch **فرع البنك**

Beneficiary Name **اسم المستفيد**

يرجى إعادة فحص تفاصيل الحساب المصرفي قبل تقديمه. يجب على الموظف / المطالبة تكون مسؤولة عن التحويلات المصرفية خاطئة تتأثر بسبب التفاصيل البنكية غير صحيحة المقدمة من قبل له / لها

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 / زوجة المريض أو ولي أمره (إذا كان عمر المريض يقل عن 16 سنة) بالنيابة أعني 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 مسووف يسقط حق في المطالبة التي نصت عليها وثيقة التأمين. بهذا أفوض الشركة ليفا 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 والمستندات المؤيدة لها ... الخ لا تعتبر بمثابة موافقة من الشركة ليفا على ذلك ويحق لها قبول أو رفض أو طلب أي معلومات إضافية تتعلق بالمطالبة، كما أؤكد أنني 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.

**Declaration & Documentation**

المطالبة العيادات الخارجية - الوثائق المطلوبة	المطالبة المرضي المقيم/الرعاية النهارية - الوثائق المطلوبة
All Original Invoice / Receipts <input type="checkbox"/>	جميع فواتير الاصلية المستلمة <input checked="" type="checkbox"/>
Pre - Authorization (for Required Services) <input type="checkbox"/>	ما قبل - تصريح <input type="checkbox"/>
Prescription Copy <input type="checkbox"/>	تقرير خروج من المستشفى <input checked="" type="checkbox"/>
Photocopy of Medical Card <input type="checkbox"/>	نسخ وصفة طبية <input checked="" type="checkbox"/>
Investigation Reports (if any) <input type="checkbox"/>	صورة من بطاقة طبية <input checked="" type="checkbox"/>
	تقارير فحوصات طبية / التقارير الطبية <input checked="" type="checkbox"/>

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

Signature/Stamp Of The Employer : **التوقيع / ختم صاحب العمل**

Signature Of The Employee/Claimant : **JOHNEY D** **توقيع الموظف / المطالب**

Date : **27/02/2025**

Please fill in all the requested information

Exchange Rate used

For office use only

Claim No. **رقم المطالبة**

Batch Ref. **شهادة الدفعة**