

استلاماً /تقديم هذه الاستئتماره لا يمثل اي الاراء / ينبع بالامانه على عائق شركه التاممين "Receipt/Submission of this form does not amount to any liability or admission under the claim on the part of the insurance company."

GROUP MEDICAL INSURANCE REIMBURSEMENT CLAIM FORM

جامعة طيبة بتأمين مطالبة استئصال

| رقم بطاقة العضو (كما موضحه بالبطاقة الطبية) | D 001619000086 | بطاقة الموظف 2. Staff ID | BNP000261 | |
|--|--|--|--|---------------|
| 1. Member ID (As in patients medical card) | | | | |
| اسم صاحب العمل 3. Name of Employer | DIGITAL TALENT SERVICES LLC | | | |
| رقم فاتورة النايس 4. Policy No | | | | |
| اسم الموظف 5. Name of Employee | JOHN CY DURAI RAJ | سمسار / وكيل / رقم مطالبة العميل 6. Broker/Agent/Client claim ref. no. | | |
| اسم المريض 7. Name of Patient (As in Patients Medical Card) | JOHN CY DURAI RAJ | العلاقة مع الموظف 8. Relationship with the Employee | SPOUSE | |
| البريد الإلكتروني 9. E-mail ID | | رقم الهاتف النقال 10. GSM No. | 78727737 | |
| تاريخ تلقي العلاج من 11. Date of Treatment From | 14/10/2025 | To | الدولة التي تلقى فيها العلاج 12. Country Of Treatment | |
| اسم المستشفى/العيادة (التي تم فيها العلاج) 13. Name Of The Hospital/Clinic (Where Treatment Was Availed) | SUPA HOSPITAL | | | |
| وصف مختصر لطبيعة الحالة المرضية / التشخيص الطبي (الزامي) 14. Brief Description Of Nature Of Ailment/Diagnosis (Mandatory) | Admitted for safe confinement (Delivery) | | | |
| رقم Sl. No. | التفاصيل Description | المبلغ بالعملة الأجنبية Amount In Foreign Currency Currency: INR | المبلغ بالريال العماني Amount in OMR | |
| i | رسوم الاستشارة الطبية Consultation Fees | 13500 | 59.100 | |
| ii | رسوم المختبر / الفحص السريري Laboratory/Clinical Examination Charges | 9630 | 42.160 | |
| iii | تكلفة الأدوية Medicine Cost | 49825.50 | 218.120 | |
| iv | رسوم العلاج Treatment Charges | 45515 | 199.250 | |
| v | تكلفة العملية الجراحية. Cost of Surgery i) Hospital Room Rent (No. of Days.....9..... (Days) *Rate Per Day 2200.) ii) Surgeons Fees iii) Others | (أ) إيجار الغرفة بالمستشفى . تكلفة العملية الجراحية تكلفة اليوم عدد الأيام (900) (ب) رسوم الجراحين (ج) أخرى | 82820 | 362.55 |
| vi | أخرى (الرجاء توضيح التفاصيل) Others (Give Details) | | | |
| vii | Total Amount | اجمالي التكلفة | 201290.50 | 881.18 |
| viii | ناقص: مبلغ مدفوع بالزيادة/خصم/دفع مشترك Less: Excess/deductible/co-pay Applicable | | | |
| ix | المتبقي المستحق Balance Due | | | |

بمقدار المطالبة المستحقة على التأمين للقيام بتحويل مبلغ المطالبة إلى حساب البنك 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:

| | | |
|---------------------|-------------------|-----------------------|
| 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 تقديمها. يجب على الموظف / المطالبة تكون مسؤولة عن التحويلات المصرفية خاطئ تتماء 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.

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 exclusions.

| In Patient Claim/Day Care - Documents Required | المطالبة العيادات الخارجية - الوثائق المطلوبة |
|--|---|
| All Original Invoice / Receipts | جميع فواتير الأصلية المطلوبة |
| Pre - Authorization | ما قبل - تصريح |
| Discharge Summary | تقرير خروج من المستشفى |
| Prescription Copy | نسخ وصفة طيبة |
| Photocopy of Medical Card | صورة من بطاقة طيبة |
| Investigation Reports/Medical Reports | تقارير فحوصات الطبية / التقارير الطبية |
| | Out Patient Claim - Documents Required |
| | جميع فواتير الأصلية المطلوبة |
| | الموافقة مبدلة للخدمات المطلوبة |
| | نسخ وصفة طيبة |
| | صورة من بطاقة طيبة |
| | تقارير فحوصات الطبية |

اجمالي عدد الوثائق المرفقة بما في ذلك استماره هذه المطالبة

Signature/Stamp Of The Employer : التوقيع /
فلمن صاحب العمل /
Date : ٢٠٢٣/١٢/٢٥

Signature Of The Employee/Claimant : توقيع الموظف /
المطالِب /
Date : ٢٧/١٠/٢٠٢٥