الوطنية للتأمين على الحياة والعام
NATIONAL LIFE & GENERAL INSURANCE
Ominvest Group
مجموعة أومينفست

"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 — استمارة مطالبة بتأمين طبي جماعي

Claimant Details

1. Member ID (As in patients medical card) — رقم بطاقة العضو (كما موضحة بالبطاقة الطبية)
2. Staff ID — بطاقة الموظف
3. Name of Employer — اسم صاحب العمل
4. Policy No — رقم وثيقة التأمين
5. Name of Employee — اسم الموظف
6. Broker/Agent/Client claim ref. no. — سمسار / وكيل / رقم مطالبة العميل
7. Name of Patient (As in Patients Medical Card) — اسم المريض
8. Relationship with the Employee — العلاقة مع الموظف
9. E-mail ID — البريد الإلكتروني
10. GSM No. — رقم الهاتف النقال +968

Claim Details

11. Date of Treatment From — تاريخ تلقي العلاج من D D M M Y Y Y Y إلى To D D M M Y Y Y Y
12. Country Of Treatment — الدولة التي تلقى فيها العلاج
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 (إلزامي)

Claim Cost Details

رقم Sl. No.	التفاصيل Description	المبلغ بالعملة الأجنبية Amount In Foreign Currency 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 تكلفة العملية الجراحية i) Hospital Room Rent أ) إيجار الغرفة بالمستشفى. (No. of Days..... (Days) *Rate Per Day .....) (عدد الأيام ..... (يوم) x تكلفة اليوم .....) ii) Surgeons Fees ب) رسوم الجراحين. iii) Others ج) أخرى.		
vi	Others (Give Details) ..... أخرى (الرجاء توضيح التفاصيل)		
vii	**Total Amount إجمالي التكلفة**		
viii	Less: Excess/deductible/co-pay Applicable ناقص: مبلغ مدفوع بالزيادة/خصم/دفع مشترك		
ix	Balance Due المتبقي المستحق		

Please fill in all the requested information

Exchange Rate معدل الصرف .....

For office use للاستخدام المكتبي

Claim No. رقم المطالبة ..... Batch Ref. إشارة الدفعة .....

Bank Details

بهذا نفوض الشركة الوطنية للتأمين على الحياة والعام ش.م.ع.م للقيام بتحويل مبلغ المطالبة المستحق إن وجد بموجب هذه المطالبة إلى حسابي البنكي المذكور أدناه

We hereby authorise National Life and General Insurance Company SAOC 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 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 خاطئ تتأثر بسبب التفاصيل البنك غير صحيح 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.

Declaration & Documentation

إقرار:

بهذا أؤكد أنا المريض زوج/ زوجة المريض أو ولي أمره (إذا كان عمر المريض يقل عن ١٦ سنة) بأنني أرغب في تقديم هذه المطالبة وأؤكد بأن كافة البيانات التي تم توضيحها أعلاه صحيحة وكاملة. أقر بأنه في حالة قيامي بتقديم بيانات كاذبة أو إخفائي لأي حقائق فسوف يسقط حقي في المطالبة التي نصت عليها وثيقة التأمين. بهذا أفوض الشركة الوطنية للتأمين على الحياة والعام ش.م.ع.م او 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 الوطنية للتأمين على الحياة والعام ش.م.ع.م على ذلك ويحق 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 forefeited. I hereby consent and authorise National Life or its TPA (if any) to seek medical information and obtain documentary evidence from any hospital/clinic/medical practioner/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 National Life of the claim and National life reserves the right to process or reject or require additonal information in respect of the claim. lam 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 مبدائية 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 الطبية
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 : ..... التوقيع / ختم صاحب العمل:	Signature Of The Employee/Claimant : ..... : توقيع الموظف / المطالب
Date : D D M M Y Y Y Y	Date : D D M M Y Y Y Y