



Cash Reimbursement Claim Form

نموذج تعويض مطالبات نقدية

| Claimant Information | | بيانات مقدم المطالبة |
|--------------------------|--|----------------------|
| Policy No. | | رقم الوثيقة |
| Claimant Name | | اسم مقدم المطالبة |
| Gender | Male <input type="checkbox"/> ذكر Female <input type="checkbox"/> انثى | الجنس |
| Insurance card No. | | رقم بطاقة التأمين |
| Mobile Number | | رقم الجوال |
| National ID/Iqama Number | | رقم الهوية/الإقامة |

| Treatment Expense | | تكاليف العلاج |
|------------------------------|--|---------------------------------|
| Name of Hospital and Country | | اسم المستشفى والبلد |
| Total Paid Amount / Currency | | مجموع المبالغ المدفوعة / العملة |

| How would you like to get the reimbursement? | | كيف تود إستلام مبلغ التعويض؟ |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bank wire transfer. Bank name: | | <input type="checkbox"/> تحويل على الحساب. اسم البنك: |
| Beneficiaries full name: | | اسم المستفيد: |
| IBAN Number | | رقم الأيبان |
| S A | | |

Required Documents:

المستندات المطلوبة:

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Dully filled-in Cash Reimbursement Claim Form Copy of IBAN card Original itemized invoices (with cost breakdown, item-by-item) & payment receipt Detailed medical report describes the medical condition Discharge summary for In-patient cases Doctor's drugs prescription Results of diagnostic <p>For Repatriation claims, in addition to fill-in the form, please attach the following documents:</p> <ul style="list-style-type: none"> Copy of Residence ID, Passport/ Visa, Death Certificate, Medical ID Card and Final Exit Visa Forensic medicine report Police report (In case of Accident) Embalming Invoice and Airway bill Other invoice related to additional expenses (Morgue, transportation of human body to airport) Copy of other Governmental official document related to Repatriation as (Embalming certificate) Official receipts/ bank transaction slip related to Embalming expenses | <ul style="list-style-type: none"> تعينة نموذج تعويض المطالبات النقدية نسخة من بطاقة الأيبان النسخة الأصل من الفواتير المفصلة لكل قيمة مدفوعة بالإضافة الى سند الدفع تقرير طبي مفصل يوضح الحالة الصحية تقرير الخروج من المستشفى بعد التنويم الوصفة الطبية للأدوية نتائج التشخيص لمطالبات نقل الجثمان إلى الموطن الأصلي وبالإضافة إلى تعبئة النموذج ، يرجى إرفاق المستندات التالية: صورة من الإقامة وجواز السفر/ التأشيرة وشهادة الوفاة وبطاقة التأمين الصحي وتأشيرة الخروج النهائي تقرير الطب الشرعي تقرير الشرطة (في حالة الحوادث) فاتورة التحنيط وفاتورة الشحن الجوي فواتير أخرى تتعلق بالنفقات الإضافية (المشرحة، نقل الجثمان الى المطار) نسخة من المستندات الرسمية الحكومية الأخرى المتعلقة بإعادة الجثمان إلى الوطن ك (شهادة التحنيط) إيصالات الدفع والتحويلات المصرفية الخاصة بأجور التحنيط |
| <p>I, the undersigned. Declare that the information above is correct. I hereby agree that I shall indemnify MedGulf against all and any loss arising from my misrepresentation under these declarations and MedGulf shall have the right at its own discretion to reevaluate, reject the claim and/ or investigate claims with no legal liability towards them.</p> <p>التاريخ -----/-----/----- Date</p> | <p>أقر أنا الموقع أدناه أن المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة. وبالتالي فإنني أوافق على أن أعوض ميدغلف عن كل أية خسائر تنتج عن تحريفي أو عدم تصريحي لهذه المعلومات ، وفي هذه الحالة يحق لميدغلف بإعادة تقييم أو التحقيق في المطالبات بدون أي مسؤولية قانونية اتجاهها.</p> <p>التوقيع ----- Signature</p> |

| | | |
|----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| Health Insurance Claims Division | ميدغلف MedGulf 800 118 8555 | إدارة مطالبات التأمين الصحي |
|----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|