

**Patient Info**

Full Name الاسم الثلاثي  
 Date of Birth تاريخ الميلاد  
 National Id / Iqama # رقم الهوية / الإقامة  
 Medical Insurance Card # رقم بطاقة التأمين الطبي  
 Insurance Co. Reference # الرقم المرجعي لشركة التأمين  
 Email: البريد الإلكتروني Tel # الهاتف  
 Address: العنوان City المدينة

**Employee Info**

Full Name الاسم الثلاثي  
 Staff Number العلاقة بالمريض Relation to Patient  
 Company Name اسم الشركة

**Medical Condition**

Incident Date سبب الإصابة Reason of Illness تاريخ الإصابة  
 Diagnosis الحالة المرضية  
 Prescribing Doctor الطبيب المشخص

**Treatment Info**

Treatment Date تاريخ العلاج  
 Amount Claimed العملة Currency قيمة المطالبة  
 Treatment details تفاصيل العلاج

**Payment Info**

Beneficiary Name اسم المستفيد  
 Payment Mode  HR Cheque  Personal Cheque  Direct Deposit  Transfer طريقة الدفع  
 Bank اسم البنك  
 Account Number رقم الحساب

Patient Signature Date / /  
 Employee Signature Date / /  
 Human Resources Head Signature Date / /

**Internal Use (Do Not fill this area)**

Insurance Company Reception Date / /  
 GlobeMed Gulf Reception Date / /  
 Payable Amount Treaty Gratis Currency

All Claims should include the following documents

- 1 Original Doctor's Prescription / Medical Report
- 2 Original Invoices
- 3 Original Test Results (if being claimed)
- 4 Discharge Summary (for In-Patient Claims)
- 5 Copy of National ID / IQAMA or Passport
- 6 Copy of Medical Insurance Card

- على جميع المطالبات أن تتضمن البيانات التالية
- 1 التقرير أو الوصفة الطبية الأصلية للطبيب المشخص
  - 2 الفواتير الأصلية
  - 3 النتائج الأصلية للفحوصات و الاختبارات
  - 4 تقرير الخروج من المرف الطبي (في حالة التنويم)
  - 5 صورة عن الهوية أو الإقامة أو جواز السفر
  - 6 صورة عن بطاقة التأمين

All claims should be dispatched to the insurance Company within a maximum period of **30 days** when incurred **IN UAE**, and within **45 days** when incurred **OUTSIDE UAE**