



نموذج طلب لوثيقة تأمين أخطاء ممارسة المهن الطبية
PROPOSAL FORM FOR MEDICAL MALPRACTICE POLICY

This proposal must be signed. All questions must be answered. The completion and signature of this proposal does not bind the proposer or Insurer to complete a contract of Insurance

يجب التوقيع على هذا العرض. ويجب الإجابة على كافة الأسئلة. يرجى ملاحظة أن إكمال هذا العرض والتوقيع عليه لا يلزم مقدمه أو شركة التأمين بإكمال عقد التأمين.

1) a) Name of Proposer	(أ) اسم مقدم العرض
b) Iqama No.	(ب) رقم الإقامة
2) a) Residential address	(أ) عنوان الإقامة
b) Clinic address	(ب) عنوان العيادة
3) a) Professional Qualifications and the year of such qualifications	(أ) المؤهلات المهنية وعام الحصول على هذه المؤهلات
b) In which branch of medicine please specify	(ب) الرجاء التحديد في أي شعبة من شعب الطب
4) a) Medical Registration No.	(أ) رقم السجل الطبي
b) Year of Registration	(ب) سنة التسجيل
c) How long have you been practicing	(ج) ما مدة مزاولتك للمهنة
5) Are you a member of any Medical Association/Council? If so, please state Name and Address of such Association/Council with Membership No.	(هـ) هل أنت عضو في أي رابطة / مجلس طبي؟ إذا كنت كذلك الرجاء تحديد اسم وعنوان هذه الرابطة / المجلس مع رقم العضوية.
6) Are you a -	(و) هل أنت -
a) General Practitioner/ General Physician	(أ) ممارس عام / طبيب عام؟
b) Pathologist/Radiologist	(ب) اختصاصي علم أمراض / اختصاصي أشعة
c) Consulting Physician	(ج) طبيب استشاري
d) Anesthetist/Plastic Surgeon	(د) طبيب تخدير / جراح تجميل
Note: If Specialist, please specify your line of specialization.	ملاحظة: إذا كنت اختصاصي، فالرجاء تحديد مجال التخصص.
7) a) Specify facilities such as dispensing facility, X-ray radiation therapy, scanning ECG, Sonography, MRI, etc. available/operated by you or under your control.	(و) الرجاء تحديد التسهيلات المتاحة مثل وسيلة التوزيع، والعلاج الإشعاعي بالأشعة السينية، وأجهزة رسم القلب، والتصوير بالسونار، والتصوير بالرنين المغناطيسي، إلخ المتوفرة / التي تتم تشغيلها لديكم أو تحت إشرافكم.



نموذج طلب لوثيقة تأمين أخطاء ممارسة المهن الطبية
PROPOSAL FORM FOR MEDICAL MALPRACTICE POLICY

<p>b) Are these facilities being maintained through regular service contracts with the manufacturers/specialized Servicing Agencies?</p>	<p>(ب) هل تخضع هذه التسهيلات للصيانة من خلال عقود الصيانة المنتظمة مع الشركات المصنعة / وكالات الصيانة المتخصصة؟</p>
<p>c) If these facilities are operated by employees please state their i) names</p>	<p>(ج) إذا كانت التسهيلات يتم تشغيلها من خلال الموظفين، فيرجى تحديد: (أ) أسمائهم</p>
<p>ii) technical qualification</p>	<p>(ب) مؤهلاتهم الفنية</p>
<p>iii) experience</p>	<p>(ج) خبراتهم</p>
<p>iv) name of the facility operated (please use separate sheet)</p>	<p>(د) اسم المنشأة قيد التشغيل (الرجاء استخدام ورقة منفصلة).</p>
<p>d) Please indicate whether you wish to extend the policy to cover, out of the above list, personnel who are not qualified to operate the facility mentioned against their names.</p>	<p>(د) الرجاء الإشارة إلى ما إذا كنت ترغب في تمديد البوليصة بحيث تشمل - باستثناء القائمة السابقة - أفراد العمل غير المؤهلين مهنيًا لتشغيل التسهيلات المذكورة بإزاء أسمائهم.</p>
<p>8) Specify No. of employees, their job specifications, their experience and nature of your supervision.</p>	<p>(هـ) حدد عدد الموظفين، وتخصصاتهم الوظيفية، وخبراتهم وطبيعة الإشراف الذي تقوم به.</p>
<p>9) a) i) Are you attached to/or attending as a visiting physician/surgeon in any Hospital/Nursing home/Clinic etc.. If yes, please give details:</p>	<p>(أ) هل أنت مرتبط بـ / أو تحضر كطبيب / جراح زائر في أي مستشفى / مركز ترميز / عيادة إلخ. إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى توفير التفاصيل:</p>
<p>ii) Are you in service with any organization? If yes, then please give name & address of the same.</p>	<p>(ب) هل تعمل لدى أي مؤسسة؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فالرجاء ذكر اسم وعنوان المؤسسة.</p>
<p>b) Are they covered under a Medical Establishment- Errors & Omissions policy?</p>	<p>(ب) هل هي مشمولة بموجب بوليصة تأمين لمؤسسة طبية - الأخطاء والإغفال؟</p>
<p>10) State the average number of patients you are attending per day.</p>	<p>(أ) حدد العدد المتوسط للمرضى الذين تعالجهم كل يوم.</p>



نموذج طلب لوثيقة تأمين أخطاء ممارسة المهنة الطبية
PROPOSAL FORM FOR MEDICAL MALPRACTICE POLICY

<p>11) Have any claims been made upon you or legal proceedings instituted or likely to be instituted against you by patients in respect of your treatment etc. If so, please give details.</p>	<p>١١) هل تم رفع أية دعوى أو مطالبة عليك أو قضية قانونية رفعت أو من المحتمل أن ترفع ضدك من خلال المرضى فيما يتعلق بمعالجتك، إلخ، إذا كانت الإجابة بنعم، الرجاء ذكر التفاصيل.</p>
<p>12) Have you been previously insured for the subject risk? If so, give full particulars.</p>	<p>١٢) هل تم التأمين عليك من قبل لمخاطر المرضى. إذا كانت الإجابة بنعم، الرجاء ذكر التفاصيل.</p>
<p>13) Has any Company</p>	<p>١٣) هل قامت أي شركة:</p>
<p>(a) declined your proposal</p>	<p>(أ) برفض مقترحك؟</p>
<p>(b) required an increased premium</p>	<p>(ب) بمطالبتك بقرسط زائد؟</p>
<p>(c) refused to renew your policy</p>	<p>(ج) برفض تجديد وثيقة تأمينك؟</p>
<p>(d) cancelled such a policy</p>	<p>(د) بإلغاء هذه الوثيقة؟</p>
<p>14) Limit of Indemnity required</p>	<p>١٤) حد التعويض المطلوب</p>
<p>For Any One Act SR</p>	<p>لأي إجراء واحد بالريال</p>
<p>Any One Year Limit SR</p>	<p>لحد أي عام واحد - ريال سعودي</p>
<p>15) Period of Insurance</p>	<p>١٥) فترة التأمين من: إلى:</p>



نموذج طلب لوثيقة تأمين أخطاء ممارسة المهنة الطبية
PROPOSAL FORM FOR MEDICAL MALPRACTICE POLICY

We do hereby declare that the above statements and answers are true and what I/We have not withheld any information whatsoever regarding the proposal. I/We hereby declare that all statutory provisions relating to my/our business proposed for insurance are complied with. I/We agree that this proposal and declarations shall be the basis of the contract between me/us and The Saudi Indian Company for Cooperative Insurance whose policy for the insurance proposed is acceptable to me/us. I/We undertake to exercise all ordinary and reasonable precautions for safety of the property/Persons as if it were uninsured.

Date :

Place :

NAME AND SIGNATURE OF PROPOSER

Note 1.

The liability of the company does not commence until the proposal has been accepted by the Company and full premium paid. OR guaranteed to be paid

2. If space is found insufficient, please attach separate sheets for details.

3. Premium will be quoted on application.

4. Insurance is the subject matter of solicitation.

نقر نحن بموجب ذلك بأن البيانات والإجابات الواردة أعلاه صحيحة وأنا لم ندخر أية معلومات مهما كانت فيما يتعلق بالمقترح. كما أقر/نقر بموجب ذلك بالالتزام بكافة الأحكام النظامية المتعلقة بعملتي /أعمالنا المقترح التأمين عليها. أوافق / نوافق على هذا المقترح والإعلانات ستكون أساس التعاقد بيني/بيننا وبين الشركة السعودية للتأمين التعاوني المقبولة بوليصة تأمينهم المقترحة من جانبي / جانبنا. وأتعهد/نتعهد باتخاذ كافة الاحتياطات العادية والمعقولة اللازمة للحفاظ على سلامة الممتلكات / الأشخاص كما لو كانت غير مؤمن عليها.

التاريخ:

المكان:

أسم وتوقيع مقدم الطلب:

ملاحظة:

لا تسري مسئولية الشركة إلى أن يتم قبول العرض من جانب الشركة مع سداد القسط بالكامل أو تقديم ضمان بسداده.

2. إذا لوحظ أن المكان غير كاف، فيرجى إرفاق صفحات منفصلة للتفاصيل الإضافية.

3. يتم ذكر تفاصيل القسط التأميني على الطلب.

4. التأمين هو المادة الأساسية وموضوع العرض.