



Medical Malpractice Practitioners Proposal Form

طلب تأمين أخطاء ممارسة المهن الطبية

GENERAL DATA

بيانات عامة

1. Name of proposer in full: ا. اسم طالب التأمين كاملاً:

2. Address: ٢. العنوان:
WASEL ADDRESS عنوان بريد واصل OFFICE/WORK ADDRESS عنوان مقر العمل

Building No. رقم المبنى	*Building No	*رقم المبنى
Additional Code الرمز الإضافي	*Region	*إسم المنطقة
Region إسم المنطقة	*City	*إسم المدينة
City إسم المدينة	*Postal Code	*الرمز البريدي
Postal Code الرمز البريدي	*Additional Code	الرقم الإضافي
P.O.Box صندوق البريد	Unit No.	رقم الوحدة
Phone/Mobile No. رقم الهاتف/الجوال	Street	إسم الشارع
	District	إسم الحي
	Email	البريد الإلكتروني
	*Required fields	*حقول إلزامية

3.a) At what medical School did the proposer graduate? ٣. أ) في أي كلية طب تخرج طالب التأمين؟

b) Year of Graduation? (ب) سنة التخرج؟

4. Professional Experience ٤. الخبرة المهنية في مجال التخصص

1.	From:	To:	إلى:	من:
2.	From:	To:	إلى:	من:
3.	From:	To:	إلى:	من:

5. Is the proposer duly licensed in accordance with law to practice at the address given under item 2? ٥. هل طالب التأمين مصرّح له بممارسة المهنة وفق القانون بالعنوان الموضّح بالبند رقم ٢؟

6. Member of association? ٦. هل أنت عضو في نقابة أو اتحاد؟

7. Period of Insurance: From: To: إلى: من: ٧. فترة التأمين المطلوبة: من: إلى:

PROFESSION

المهنة

1. ١.

<input type="checkbox"/> Surgeon <input type="checkbox"/> Non-Surgeon	<input type="checkbox"/> Other Medical Professions	<input type="checkbox"/> جراح <input type="checkbox"/> غير جراح
<input type="checkbox"/> General Practitioner <input type="checkbox"/> Cardiology	<input type="checkbox"/> Pharmacist	<input type="checkbox"/> الطب العام <input type="checkbox"/> القلب
<input type="checkbox"/> Dentistry <input type="checkbox"/> Orthopedic Surgery	<input type="checkbox"/> Lab Technician	<input type="checkbox"/> طب الأسنان <input type="checkbox"/> جراحة العظام
<input type="checkbox"/> Internal Medicine <input type="checkbox"/> Urology	<input type="checkbox"/> Nurse	<input type="checkbox"/> الطب الباطني <input type="checkbox"/> المسالك البولية
<input type="checkbox"/> Obstetrics/Gynecology <input type="checkbox"/> Psychiatry	<input type="checkbox"/> X-Ray Technician	<input type="checkbox"/> النساء والتوليد <input type="checkbox"/> الطب النفسي
<input type="checkbox"/> Pediatric <input type="checkbox"/> Dermatology	<input type="checkbox"/> Dietician	<input type="checkbox"/> طب الأطفال <input type="checkbox"/> الأمراض الجلدية
<input type="checkbox"/> Neurology <input type="checkbox"/> Ophthalmology	<input type="checkbox"/> Others: _____	<input type="checkbox"/> طب العيون <input type="checkbox"/> الأمراض العصبية
<input type="checkbox"/> Anesthesia <input type="checkbox"/> Others: _____		<input type="checkbox"/> التخدير <input type="checkbox"/> أخرى: _____

2. Is the proposer, partner or assistant regularly involved in first-aid service? ٢. هل طالب التأمين أو الشريك أو المساعد يشارك بصفة منتظمة في خدمات إسعافات أولية؟

No لا Yes نعم

3. Name(s) of partners For each partner all questions listed above. ٣. اسم/ أسماء الشركاء بالنسبة لكل شريك، يجب الرد على جميع الأسئلة أعلاه كل على حدة

4. Name(s) of qualified medical assistant(s) ٤. اسم/ أسماء المساعدين الطبيين المؤهلين



Medical Malpractice Practitioners Proposal Form

طلب تأمين أخطاء ممارسة المهن الطبية

5. Number of technicians employed _____ عدد الفنيين العاملين لدى طالب التأمين
6. Number of nurses employed _____ عدد أفراد طاقم التمريض لدى المؤمن له
7. Is the proposer under contract with or in the employment of any individual, firm or cooperation? No لا Yes نعم هل طالب التأمين مرتبط بعقد أو يعمل مع أي فرد أو شركة أو مؤسسة؟
If so, please give details. _____ إن كانت الإجابة "نعم" وضع ذلك تفصيلاً
8. Does the proposer own, wholly or in part, operate or administer any hospital, nursing home or other institution where medical services are customarily rendered? Does he have any reserved beds there? No لا Yes نعم هل طالب التأمين يمتلك بشكل كلي أو جزئي أو يشغل أو يدير أي مستشفى، مركز تمريض أو أي مؤسسة أخرى يتم فيها توفير الخدمات الطبية بشكل عادي؟ هل يوجد لديكم أي أسرة محجوزة؟
If so, please give details including number of reserved beds. _____ إن كانت الإجابة "نعم"، يرجى توضيح ذلك بما في ذلك عدد الأسرة المحجوزة.
9. Does the proposer own or operate X-ray machines or laser? No لا Yes نعم هل طالب التأمين يمتلك أو يشغل جهاز أشعة أو ليزر؟
If so, please give number, type and whether they are used for diagnosis or treatment or both. _____ إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى ذكر الرقم، النوع، وإذا كانت استعملت لغرض التشخيص أو العلاج أو كلاهما.
10. Number of patients per year: _____ عدد المرضى لكل عام:

PREVIOUS INSURANCE/PREVIOUS CLAIMS

التأمين السابق / المطالبات السابقة

1. Has the proposer previously been insured? No لا Yes نعم هل سبق لك التأمين لدى أي شركة تأمين أخرى؟
If so, please specify: _____ إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى توضيح ما يلي:
- | حد التعويض
Compensation limit | فترة التأمين
Policy Period | اسم شركة التأمين
Name of Insurer |
|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
2. Has a previous application been declined? No لا Yes نعم هل سبق أن تم رفض أي طلب تأمين لكم؟
Has a previous insurance _____ هل شركة التأمين السابقة طلبت؟
a) required increased premium? No لا Yes نعم (أ) زيادة قسط التأمين؟
b) required special restrictions? No لا Yes نعم (ب) شروط و قيود معينة؟
c) been terminated/not been renewed by an insurer? No لا Yes نعم (ج) تم إنهاؤه / لم يتم تجديده من قبل أي شركة تأمين؟
If so, please give detailed information. _____ إذا كانت الإجابة "نعم"، وضع ذلك بالتفصيل.
3. Have any claims or suits for malpractice been made against the proposer or any of his partners, assistants, nurses or technicians during the past five Years? No لا Yes نعم هل توجد أي مطالبات أو دعاوى قضائية جراء أخطاء ممارسة طبية مرفوعة أو منظورة ضدكم أو أي من شركائكم أو مساعديكم أو ممرضيكم أو جهازكم الفني خلال السنوات الخمس الماضية؟
If so, please advice amount and background of each claim. _____ إذا كانت الإجابة "نعم"، وضع قيمة كل مطالبة وخلفية عامة عنها.
4. Is the proposer or any of his partners, assistants, nurses or technicians aware of any circumstances or incidents which may result in a claim? No لا Yes نعم هل طالب التأمين أو أي من شركائه أو مساعديه أو جهاز التمريض أو الفني لديه على علم بأي أوضاع أو حوادث والتي من شأنها أن يترتب عليها أي مطالبة؟
If so, please give details. _____ إذا كانت الإجابة "نعم"، وضع ذلك بالتفصيل.



Medical Malpractice Practitioners Proposal Form

طلب تأمين أخطاء ممارسة المهن الطبية

INDEMNITY REQUIRED

التعويض المطلوب

- 100,000 any one claim and in the aggregate during the whole policy period
(Nurses & Technicians only)
- 250,000 any one claim and in the aggregate during the whole policy period
- 250,000 any one claim and SR 500,000 in the aggregate during the whole policy period
- 250,000 any one claim and SR 1,000,000 in the aggregate during the whole policy period
- 500,000 any one claim and in the aggregate during the whole policy period
- 500,000 any one claim and SR 1,000,000 in the aggregate during the whole policy period
- 1,000,000 any one claim and in the aggregate during the whole policy period
- * Gynecologist/Obstetrician restricted to category 5 only
(SR 500,000 any one claim and in the aggregate during the whole policy period)
- Deductible: amount to be borne by the insured each and every claim/loss: _____
- ١٠٠,٠٠٠ ريال عن أي مطالبة واحدة وفي الإجمالي خلال كامل فترة التأمين
(الممرضين والفنيين فقط)
- ٢٥٠,٠٠٠ ريال عن أي مطالبة واحدة وفي الإجمالي خلال كامل فترة التأمين
- ٢٥٠,٠٠٠ ريال عن أي مطالبة واحدة و ٥٠٠,٠٠٠ ريال في الإجمالي خلال كامل فترة التأمين
- ٢٥٠,٠٠٠ ريال عن أي مطالبة واحدة و ١,٠٠٠,٠٠٠ ريال في الإجمالي خلال كامل فترة التأمين
- ٥٠٠,٠٠٠ ريال عن أي مطالبة واحدة وفي الإجمالي خلال كامل فترة التأمين
- ٥٠٠,٠٠٠ ريال عن أي مطالبة واحدة و ١,٠٠٠,٠٠٠ ريال في الإجمالي خلال كامل فترة التأمين
- ١,٠٠٠,٠٠٠ ريال عن أي مطالبة واحدة و في الإجمالي خلال كامل فترة التأمين
- * يقتصر تخصص النساء والولادة على الفئة الخامسة فقط
(٥٠٠,٠٠٠ ريال لكل مطالبة واحدة وفي الإجمالي خلال كامل فترة التأمين)
- التحمل/الإقتطاع: المبلغ الذي يتحمّله المؤمن له عن كل حادث/مطالبة: _____

DECLARATION

إقرار

I/We declare that the statements and particulars in this proposals are true and that I/We have not misstated or suppressed any material facts.

أقر أنا الموقع أدناه بأن جميع البيانات والمعلومات الواردة بهذا الطلب صحيحة وأني لم أقم بإعطاء أي معلومات خاطئة أو بتحريف أو إخفاء أي معلومات جوهرية.

I/We agree that this proposal, together with any other information supplied by me/us, shall form the basis of any contract of insurance effected thereon.

أوافق/نوافق على أن هذا الطلب وأي معلومات أخرى تم تقديمها من جانبي/جانبينا تعتبر أساس أي عقد تأمين يتم تفعيله مع شركة سوليدرتي.

Will notify the Saudi Credit Bureau (SIMAH) in the event of non-compliance with financial obligations.

سوف يتم إشعار الشركة السعودية للمعلومات الائتمانية (سمة) في حال عدم التقيد بالالتزامات المالية.

Signing this proposal form does not bind the proposer or company to complete this insurance.

توقيع هذا الطلب لا يلزم طالب التأمين أو شركة التأمين إتمام هذا التأمين

Date: _____

التاريخ: _____

For and behalf of: _____ (Insert name of firm)

وقعها نيابة عن: _____ (أذكر اسم المنشأة)

Signature of partner or principal: _____

توقيع الشريك أو المالك: _____

SCOPE OF COVER

نطاق التغطية التأمينية

Protects medical professionals against legal liability for breach of professional duty in the conduct of their professional practice.

تأمين أخطاء ممارسة المهن الطبية يحمي الممارس الطبي ضد المسؤولية القانونية بسبب الإخلال بالواجب المهني في تقديم الخدمة الطبية المهنية.

Policy Provides cover for:

الوثيقة تغطي:

1. Compensatory damages against the medical professionals
2. Legal costs and expenses associated with defending legal actions

١. التعويضات المحكوم بها من قبل اللجان أو المحاكم المختصة ضد الممارس الطبي.
٢. المصاريف والتكاليف القانونية المتكبدة والمتعلقة بالدفاع و/أو بالتسوية في أي مطالبة.