**Medical Malpractice - Questionnaire / Proposal Form**

**الأخطاء المهنية الطبية - نموذج إستبيان/ طلب**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| أولا:  معلومات عامة عن ممارس المهنة الطبية (طالب التأمين) | | | | | | | | | | | | First:  General Information about the Medical Practitioner (Proposer) | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | الأسم الكامل | | |  | | | | | | | | | | | | | | Full Name | | | | 1 | |
| 2 | | رقم "الهويةالوطنية" /  رقم "هوية مقيم" | | |  | | | | | | | | | | | | | | “National Identity Card” Number / “Resident Identity Card” Number | | | | 2 | |
| 3 | | العنوان الوطني لطالب التأمين | | |  | | | | | | | | | | | | | | National Address of the Proposer | | | | 3 | |
| 4 | | الجنسية | | |  | | | | | | | | | | | | | | Nationality | | | | 4 | |
| 5 | | التخصص المهني | | |  | | | | | | | | | | | | | | Profession | | | | 5 | |
| 6 | | من أية كلية طب تخرج طالب التأمين | | |  | | | | | | | | | | | | | | From what medical school did the proposer graduate | | | | 6 | |
| 7 | | سنة التخرج | | |  | | | | | | | | | | | | | | Year of Graduation | | | | 7 | |
| 8 | | شهادة التخصص | | |  | | | | | | | | | | | | | | Degree or Diploma | | | | 8 | |
| 9 | | جهة العمل  (مستشفى / مستوصف / مركز صحي) | | |  | | | | | | | | | | | | | | Employer  (Hospital / Dispensary / Health Center) | | | | 9 | |
| 10 | | العنوان الوطني لجهة العمل | | |  | | | | | | | | | | | | | | National Address of the Employer | | | | 10 | |
| 11 | | موقع الممارسة الطبية | | |  | | | | | | | | | | | | | | Medical practice location | | | | 11 | |
| 12 | | طالب التأمين يمارس المهنة الطبية حالياً بصفة | | |  | | | | | | | | | | | | | | The Proposer Practicing Now As | | | | 12 | |
| 13 | | رقم الهاتف الثابت | | |  | | | | | | | | | | | | | | Landline Number | | | | 13 | |
| 14 | | رقم الجوال | | |  | | | | | | | | | | | | | | Mobile Number | | | | 14 | |
| 15 | | عنوان البريد الالكتروني | | |  | | | | | | | | | | | | | | E-mail Address | | | | 15 | |
| 16 | | الخبرة العملية في مجال التخصص | | | 5 سنوات وأقل | | | | |  | | | | 5 Years & less | | | | | Practical experience of the proposer specialization | | | | 16 | |
| 6 - 10 سنوات | | | | |  | | | | 6 - 10 Years | | | | |
| 10 - 20 سنة | | | | |  | | | | 10 - 20 Years | | | | |
| أكثر من 20 سنة | | | | |  | | | | More than 20 Years | | | | |
| 17 | | رقم التسجيل بالهيئة السعودية للتخصصات الطبية، إن وجد | | |  | | | | | | | | | | | | | | Registration number with Saudi Authority for medical specialties, if any | | | | 17 | |
| تاريخ انتهاء التسجيل | | |  | | | | | | | | | | | | | | Expiration date | | | |
| 18 | | هل طالب التأمين مرتبط بعقد أو بعمل لدى أي فرد أو شركة أو مؤسسة؟  إذا كانت الاجابة "نعم"، يرجى توضيح ذلك بالتفصيل | | | نعم Yes □  كلاNo □ | | | | | | | | | | | | | | Is the proposer under contract with or in the employ of any individual, firm or cooperation?  If the answer is “Yes”, please give details | | | | 18 | |
| 19 | | هل يرغب طالب التأمين بتغطية "تمديد مدة التبليغ عن المطالبات" التي تشمل الحالات التالية:   1. تقاعد المؤمن له عن العمل. 2. انتهاء أو إنهاء ترخيص المؤمن له لممارسة المهنة الصحية. 3. انهاء أو إنتهاء تعاقد المؤمن له مع مقدمي الخدمة الصحية. 4. الغاء الوثيقة. | | | | | | | نعم Yes □  كلاNo □ | | | | | | | | | Dose the Proposer want to cover “Claims Extended Reporting Period” which includes the following cases:   1. Retirement of the Insured. 2. Expiry or termination of the Insured’s license. 3. Expiry or termination of the Insured’s contract with medical service providers. 4. Cancellation of the policy. | | | | | 19 | |
| إذا كانت الاجابة "نعم"، الرجاء تحديد المدة. | | | | | | |  | | | | | | | | | If the answer is “Yes”, please indicate the period. | | | | |
| 20 | | تاريخ بدء سريان التغطية التأمينية | | |  | | | | | | | | | | | | | | Inception Date of Insurance Coverage | | | | 20 | |
| 21 | | مدة التغطية التأمينية | | |  | | | | | | | | | | | | | | Period of Insurance | | | | 21 | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ثانيا:  التأمين السابق/المطالبات السابقة | | | | | | | | | | | | Second:  Previous Insurance/previous | | | | | | | | | | | | |
| 1 | هل كان طالب التأمين مؤمن عليه سابقا؟  إذا كانت الاجابة "نعم"، يرجى التوضيح | | | | نعم Yes □  كلاNo □ | | | | | | | | | | | | | | Has the proposer previously been Insured?  If the answer is “Yes”, please specify | | | | | 1 |
| أسم شركة التأمين Name of Insurer | | | | فترة التأمين Insurance Period | | | | | | | | | | | | | | حدود التعويض Limit of Indemnity | | | | |
| a | |  | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | a | |
| b | |  | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | b | |
| 2 | هل سبق لأي شركة تأمين أن ألغت أو إمتنعت أو رفضت تجديد أي تأمين يتعلق بأخطاء ممارسة المهن الطبية أو قبلته ولكن بشروط خاصة؟ | | | | | | | نعم Yes □  كلاNo □ | | | | | | | | | Has any insurance company cancelled or abstained or refused to renew Medical Malpractice insurance or accepted under special conditions? | | | | | | | 2 |
| إذا كانت الاجابة "نعم"، يرجى التوضيح | | | | | | | | | | | | | | | If the answer is “Yes”, please specify | | | | | | | |
| 3 | الرجاء توضيح سبب تغيير شركة التأمين | | | | |  | | | | | | | | | | | | | Please clarify reason for changing Insurance Company | | | | | 3 |
| 4 | 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؟  إذا كانت الاجابة "نعم"، يرجى الافادة عن قيمة المطالبة وظروفها | | | | | | | نعم Yes □  كلاNo □ | | | | | | | | | Has 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?  If the answer is “Yes”, please advise amount and circumstances of each claim | | | | | | | 4 |
| 5 | هل طالب التأمين أو أي من شركائه أو مساعديه أو جهاز التمريض أو الجهاز الفني على علم بأي ملابسات أوحوادث والتي قد ينشاً عنها حادث أو حوادث؟  إذا كانت الاجابة "نعم"، يرجى توضيح ذلك بالتفصيل | | | | | | | نعم Yes □  كلاNo □ | | | | | | | | | Is the proposer or any of his partners, assistants, nurses or technicians aware of any circumstances or incidents which may result in accident(s)?  If the answer is “Yes”, please give details | | | | | | | 5 |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ثالثا:  حدود التغطية التأمينية (المسؤولية) والتحمل | | | | | | | | | | | | | Third:  Limits of Insurance Coverage (Indemnity) & Deductibles | | | | | | | | | | | |
| 1 | حدود التغطية التأمينية (المسؤولية) | | | | | | | | | | Limits of Insurance Coverage (Indemnity) | | | | | | | | | | | | | 1 |
| التخصصات | | | | | | Limit any one occurrence and in the aggregate in Saudi Riyal (Annually)  حدود المسؤولية لكل واقعة وفي الإجمالي بالريال السعودي (سنوياً) | | | | | | | | | | | | | Professions | | | |
| ممرضون | | |  | | | SAR 100,000 | | | | | | | | | | | | |  | Nurses | | |
| فنيون | | |  | | |  | Technicians | | |
| مساعدون صحيون | | |  | | |  | Medical Assistants | | |
| صيادلة | | |  | | |  | Pharmacists | | |
| أطباء (غير جراحين) | | |  | | | SAR 300,000 | | | | | | | | | | | | |  | Physicians (Non-Surgical) | | |
| أطباء الأسنان | | |  | | |  | Dentists | | |
| أطباء (جراحين) | | |  | | | SAR 500,000 | | | | | | | | | | | | |  | Physicians (Surgeons) | | |
| أطباء التخدير | | |  | | |  | Anesthetists | | |
| أطباء النساء والولادة | | |  | | |  | Obstetricians & Gynecologists | | |
| أطباء الأطفال | | |  | | |  | Pediatricians | | |
| 2 | التحمل (بالريال السعودي) | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | Deductible (in Saudi Riyal) | | | | 2 |
| **توقيع هذا الطلب لا يلزم**  **مقدم الطلب باستكمال هذا التأمين** | | | | | | | | | | | | | | | **SIGNING THIS PROPOSAL DOES NOT BIND**  **THE PROPOSER TO COMPLETE THIS INSURANCE** | | | | | | | | | |
| **إقرار** | | | | | | | | | | | | | | | **Declaration** | | | | | | | | | |
| أقر بموجب هذا الطلب أن المعلومات والبيانات والتفاصيل المذكورة أعلاه صحيحة وأنني لم أقم بتحريف أو إخفاء أية معلومات حقيقية وجوهرية قد يكون لها تأثيرعند تقييم نطاق الخطر.  وأتعهد بإبلاغ **شركة التأمين العربية التعاونية** بأي تعديلات تطرأ على أي وقائع قد تكون أو تصبح بموجب ذلك مادية قبل ابتداء عقد التأمين.  كما أوافق على أن هذا الطلب والاقرار يشكلان أساس العقد مع **شركة التأمين العربية التعاونية**.  وإن توقيع وتقديم هذا الطلب لا يلزم طالب التأمين بالتعاقد على التأمين، كما لا يلزم **شركة التأمين العربية التعاونية** بقبوله، ولكن المتفق عليه أن هذا الطلب سيعتبر أساساً للتعاقد إذا ما تم إصدار الوثيقة، ومرجعاً في حال وجود مطالبة مستقبلاً. | | | | | | | | | | | | | | I hereby declare in accordance with this Proposal Form that the above information and statements and particulars are true and that I have not misstated or hidden any genuine/true and material information that would influence the assessment of the scope of risk.  And I do undertake to inform **Arabia Insurance Cooperative Company** of alterations to any facts which are or thereby become material before inception of the contract of insurance.  And I do agree/consent that this Proposal Form and declaration shall form the basis of the contract with **Arabia Insurance Cooperative Company**.  The signing and submitting of this Proposal Form does not bind the Proposer to make an insurance contract and it does not bind **Arabia Insurance Cooperative Company** to accept/complete the insurance, however it is agreed that this Proposal Form will be the basis of any contract, if a policy was issued, and a reference in case of any future claim. | | | | | | | | | | |
| **الاسم** | | | | | | | | | | | | | | **Name** | | | | | | | | | | |
| **التوقيع** | | | | | | | | | | | | | | **Signature** | | | | | | | | | | |
| **التاريخ** | | | | | | | | | | | | | | **Date** | | | | | | | | | | |
| **في حال عدم توفر مساحة كافية لإي سؤال يرجى إرفاق ورقة أخرى موقعة من طالب التأمين.** | | | | | | | | | | | | | | **Should there be insufficient room for any answer, please attach a further signed sheet.** | | | | | | | | | | |