

## طلب تأمين اخطاء ممارسة المهنة الطبية (الأفراد)

1/2

### بيانات طالب التأمين

رقم الوثيقة:	رقم الطلب:
رقم الهوية/الإقامة:	اسم طالب التأمين:
<input type="text"/>	
الجنسية:	تاريخ الميلاد:
الرمز البريدي:	العنوان:
رقم الهاتف (عمل):	رقم الهاتف (منزل):
رقم الفاكس:	رقم الجوال:
تاريخ انتهاء التسجيل:	رقم التسجيل بالهيئة السعودية للتخصصات الصحية:

فضلاً وضح في أي فرع من فروع المهنة الطبية مؤهل ومرخص لك بالممارسة في نطاق المملكة العربية السعودية؟

#### فئة ( أ )

- تقني أشعة  
 تقني مسح  
 تقني مختبرات  
 أخصائي تغذية  
 أخصائي الأمراض  
 أخصائي علاج طبيعي  
 تمريض  
 مسعف

#### فئة ( ب )

- طبيب عيون  
 طبيب أسنان  
 طبيب كلي  
 طبيب أشعة  
 طبيب أطفال (غير جراحي)  
 طبيب نفسي  
 أخصائي توليد  
 طبيب عام

#### فئة ( ج )

- جراح

فضلاً بين حد التعويض المطلوب

#### حد التعويض

- 100,000 ريال لأي مطالبة واحدة وفي الاجمالي السنوي  
 250,000 ريال لأي مطالبة واحدة وفي الاجمالي السنوي  
 500,000 ريال لأي مطالبة واحدة وفي الاجمالي السنوي  
 1,000,000 ريال لأي مطالبة واحدة وفي الاجمالي السنوي  
 500,000 ريال لأي مطالبة واحدة وفي الاجمالي السنوي  
 1,000,000 ريال لأي مطالبة واحدة وفي الاجمالي السنوي  
 250,000 ريال لأي مطالبة واحدة وفي الاجمالي السنوي  
 1,000,000 ريال في الاجمالي السنوي

مدة التأمين المطلوبة

- سنة واحدة  
 أربع سنوات  
 سنتان  
 خمس سنوات  
 ثلاث سنوات

المؤهلات الدراسية (العلمية)

- بكالوريوس الطب  
 شهادة اعلى في التخصص (دبلوما)/(الزمالة) (فضلاً حددها):  
 دراسات عليا

الخبرة العملية في مجال التخصص:

- 5 سنوات فأقل  
 من 11 سنة الى 20 سنة  
 من 6 سنوات الى 10 سنوات  
 أكثر من 20 سنة

تفاصيل عن جهة العمل (رب العمل)

- مستشفى حكومي  
 عيادة خاصة  
 مستشفى خاص  
 يعمل لحسابه الخاص

موقع الممارسة الطبية

- الرياض  
 مكة  
 الدمام/الخبر  
 أخرى (فضلاً حددها):  
 جدة

1. هل كان لديك تأمين يغطي أخطاء ممارسة المهنة الطبية خلال الـ 12 شهراً الماضية؟  نعم  لا
2. هل سبق لأي شركة تأمين أن ألغت أو امتنعت أو رفضت تجديد أي تأمين لك يتعلق بأخطاء ممارسة المهنة الطبية أو قبلته ولكن بشروط خاصة؟ نعم  لا

إذا كانت الاجابة نعم يرجى اعطاء التفاصيل




3. هل سبقك ادانتك عن فعل ارتكبته بالمخالفة لأي قانون أو نظام (بخلاف مخالفات المرور) أو أنك خضعت لاجراءات تأديبية أو تم توجيه اللوم لك رسمياً من قبل أي جهة ادارية أو نقابية مهنية؟ نعم  لا
- إذا كانت الاجابة نعم يرجى اعطاء التفاصيل

4. هل أقيمت ضدك مطالبات أو دعاوى قضائية بسبب إهمال أو خطأ أو إغفال في ممارسة مهنتك أو عملك؟ نعم  لا
- إذا كانت الاجابة نعم يرجى اعطاء التفاصيل

5. هل أنت على علم بأي مطالبات أو دعاوى قضائية أقيمت ضد أي من شركائك، مساعديك، ممرضيك، أو موظفيك التقنيين بسبب إهمال أو خطأ أو إغفال في سياق عملهم؟ نعم  لا
- إذا كانت الاجابة نعم يرجى اعطاء التفاصيل

6. هل أنت على علم بأية ظروف قد ينتج عنها إقامة مثل هذه المطالبات أو الدعاوى مستقبلاً؟ نعم  لا
- إذا كانت الاجابة نعم يرجى اعطاء التفاصيل

## تفاصيل بطاقة الائتمان

نوع البطاقة:      

رقم البطاقة:

تاريخ الانتهاء: الشهر   السنة

ملاحظة: يجب أن تكون بطاقة الائتمان باسم صاحب الطلب.

## إقرار

أقر بموجب هذا الطلب حسب أقصى علمي واعتقادي أن الإجابات والبيانات الواردة في هذا الطلب كاملة وصحيحة وأني لم أحرف أو أكتتم أية حقيقة جوهرية. (الحقيقة الجوهرية هي تلك التي يحتمل أن تؤثر في قرار "التعاونية" بقبول أو تقييم هذا الطلب، وإذا كان هناك شك في أن حقيقة ما هي جوهرية أم لا فيجب عندها الإفصاح عنها).

إن تقديم هذا الطلب لا يلزم طالب التأمين بالتعاقد على التأمين، كما لا يلزم "التعاونية" بقبوله، ولكن من المتفق عليه أن هذا الطلب سيعتبر أساساً للتعاقد إذا ما تم إصدار الوثيقة.

أفوض "التعاونية" بقبول مبلغ \_\_\_\_\_ ريال سعودي ، والذي يمثل قيمة الاشتراك وذلك على بطاقتي الائتمانية الموضح تفاصيلها أعلاه.

توقيع طالب التأمين التاريخ: \_\_\_\_\_

## ملاحظة مهمة

سوف تكون التغطية على أساس إقامة المطالبات، وهذا يعني أن الوثيقة سوف تكون ملزمة فقط بالدفع عن كل المطالبات المقامة ضدك والتي تم إبلاغ الشركة بها خلال مدة التأمين.