

طلب تأمين ضد المخاطر المهنية للممارسين الطبيين
Professional Indemnity Insurance Proposal Form for Medical
Practitioners

أولا :- بيانات عامة:

1-اسم مقدم الطلب بالكامل:

2-العنوان بالكامل:

3- أ) من أي كلية طب تخرج طالب التأمين؟

ب) وضح سنة التخرج

4- أين مارس طالب التأمين مهنته منذ التخرج؟

في : -----الفترة من ----- حتى -----

في : -----الفترة من ----- حتى -----

5- هل مقدم الطلب مرخص له نظاميا وفق القانون لممارسة مهنة الطب بالعنوان الموضح

بالبند رقم 2 ؟ نعم لا

6- هل أنت عضو في نقابة أو إتحاد؟ نعم لا

ثانيا :- ما هي طبيعة وحجم الأنشطة الحالية والمتوقعة مستقبلا:

1- هل يمارس مقدم الطلب أو مساعده المهنة كـ

أ) طبيب عام نعم لا

ب) جراح نعم لا

ج) جراح تجميل نعم لا

د) طبيب تخدير نعم لا

- هـ) طبيب أمراض نساء وولادة
 و) مسالك بولية
 ز) جراح عظام ومفاصل
 ح) طبيب أشعة
 ط) طبيب أسنان
 ك) أخرى ، غير موضحة
- إن كانت الإجابة بنعم ، وضح ذلك
- 2- هل طالب التأمين أو الشريك أو المساعد يشارك بصفة منتظمة في خدمات إسعافات أولية
- 3- اسم / أسماء الشركاء
 بالنسبة لكل شريك، يجب الرد على جميع الأسئلة أعلاه كل على حدة.
- 4- اسم /أسماء المساعدين الطبيين المؤهلين
- 5- عدد الفنيين العاملين لدي طالب التأمين

- 6- عدد أفراد طاقم التمريض لدى المؤمن له

- 7- هل طالب التأمين مرتبط بعقد أو يعمل مع أي فرد أو شركة أو مؤسسة
- إن كانت الإجابة "نعم" وضح ذلك تفصيلا
- 8- هل طالب التأمين يمتلك ، بشكل كلي أو جزئي ، أو يشغل أو يدير أي مستشفى ، مركز ترميض أو أي مؤسسة أخرى تقوم بتقديم خدمات طبية بشكل اعتيادي؟
- هل يوجد لديه أية أسرة محجوزة له هناك ؟

إن كانت الإجابة "نعم" ، يُرجى توضيح ذلك بما في ذلك عدد الأسرة المحجوزة .

9- هل طالب التأمين يمتلك أو يشغل جهاز أشعة أو ليزر

نعم لا

10- عدد المرضى لكل عام

ثانياً :- التأمين السابق / المطالبات السابقة

أ) هل سبق لك التأمين لدى أي شركة تأمين أخرى؟

نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم ، يُرجى توضيح ما يلي:

حد التعويض

فترة التأمين

اسم شركة التأمين

1

2

3

4

5

نعم لا

ب) هل سبق أن تم رفض أي طلب تأمين لكم ؟

أ) زياد قسط التأمين؟

هل التأمين السابق طلب

نعم لا

ب) إضافة شروط وقيود معينة

؟

نعم لا

ج) تم إنهاؤه /لم يتم تجديده من قبل

أي شركة تأمين؟

لا نعم

إذا كانت الإجابة بنعم ، وضح ذلك بالتفصيل

3- 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

لا نعم

إذا كانت الإجابة، نعم، وضح قيمة كل مطالبة وخلفية عامة عنها

4- هل طالب التامين أو أي من شركاءه أو مساعديه أو جهاز التمريض أو الفني لديه على علم بأي ظروف أو وقائع والتي من شأنها إن يترتب عليها أي مطالبة؟

لا نعم

إذا كانت الإجابة بنعم ، وضح ذلك بالتفصيل

رابعا :- التعويض المطلوب

1 - حد التعويض عن حادث واحد : -----

2 - حد التعويض الإجمالي في السنة: -----

3- مبلغ التحمل / الاقتطاع التي يتحملها المؤمن له عن كل خسارة : -----

خامسا :- الملاحق للتغطية الأساسية :

1- هل مطلوب تمديد فترة الإبلاغ عن الحوادث؟ لا نعم

2- هل مطلوب تغطية خسارة المستندات إن كان كذلك ، فما هو أقصى قيمة يمكن تغطيتها؟ لا نعم

أقر / نقر أن المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة على حسب علمنا بها وإننا قدمنا جميع المعلومات والبيانات التي قد يكون لها تأثير على تقييم نطاق المخاطرة. وأوافق/ نوافق على إن هذا الطلب والإقرار يشكلان أساس العقد بيني/ بيننا وبين شركات التأمين.

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

تحريرا في هذا اليوم ----- من شهر ----- لعام 20

تم التوقيع نيابة عن : -----

توقيع الشريك أو المسئول الرئيسي