

طلب تأمين الأخطاء المهنية الطبية (الأفراد)

1/2

بيانات طالب التأمين

اسم طالب التأمين:	الجنسية:	رقم الهوية/الإقامة:
تاريخ الميلاد:	البريد الإلكتروني:	
رقم الجوال:	رقم الهاتف (منزل):	رقم الهاتف (عمل):
رقم الجوال:	رقم الهاتف (منزل):	رقم الهاتف (عمل):
العنوان الوطني:	الحي:	الشارع:
المنطقة:	رقم الوحدة:	الرمز البريدي:
رقم المبنى:	رقم الوحدة:	الرمز الإضافي:
جهة العمل:	خاص <input type="checkbox"/> حكومي <input type="checkbox"/>	المنطقة: _____ المدينة: _____
رقم التسجيل بالهيئة السعودية للتخصصات الصحية:	تاريخ انتهاء التسجيل:	

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

فئة (أ)

تقني أشعة تقني مختبرات تمريض أخصائي تغذية أخصائي علاج طبيعي مسعف

فئة (ب)

طبيب عيون طبيب كلي طبيب عام طبيب أسنان طبيب أشعة طبيب نفسي

فئة (ج)

طبيب (غير جراحي) جراح الفم أخصائي أشعة نووية أخصائي كلي أخصائي أشعة تداخلية أخصائي أعصاب

فئة (د)

طبيب أنف/ أنف/ حنجرة (جراح) أخصائي أمراض الجهاز الهضمي جراحة قلب جراح تجميل أخصائي عيون (جراح) جراح أعصاب

فئة (هـ)

أخصائي تخدير أخصائي أمراض نساء وتوليد أخصائي أطفال طبيب (بما في ذلك الجراحة) أخصائي مسالك بولية طبيب متخصص لحديثي الولادة

أخرى: _____

فضلاً بيّن حد التعويض المطلوب:

حد التعويض

<input type="checkbox"/> 100,000 ريال لأي مطالبة واحدة وفي الإجمالي السنوي	<input type="checkbox"/> 300,000 ريال لأي مطالبة واحدة وفي الإجمالي السنوي
<input type="checkbox"/> 250,000 ريال لأي مطالبة واحدة وفي الإجمالي السنوي	<input type="checkbox"/> 300,000 ريال لأي مطالبة واحدة وفي الإجمالي السنوي
<input type="checkbox"/> 250,000 ريال لأي مطالبة واحدة وفي الإجمالي السنوي	<input type="checkbox"/> 500,000 ريال لأي مطالبة واحدة وفي الإجمالي السنوي
<input type="checkbox"/> 250,000 ريال لأي مطالبة واحدة وفي الإجمالي السنوي	<input type="checkbox"/> 500,000 ريال لأي مطالبة واحدة وفي الإجمالي السنوي
<input type="checkbox"/> 300,000 ريال لأي مطالبة واحدة وفي الإجمالي السنوي	<input type="checkbox"/> 1,000,000 ريال في الإجمالي السنوي

مدة التأمين المطلوبة سنة واحدة سنتان ثلاث سنوات أربع سنوات خمس سنوات

من: _____ إلى: _____

المؤهلات الدراسية (العلمية) بكالوريوس الطب دراسات عليا

شهادة اعلى في التخصص (دبلوما/الزمالة) (فضلاً حدّدها): _____

الخبرة العملية في مجال التخصص: 5 سنوات فأقل من 6 سنوات الى 10 سنوات

من 11 سنة الى 20 سنة أكثر من 20 سنة

لا نعم

1. هل كان لديك تأمين يغطي أخطاء ممارسة المهن الطبية الطبية؟
إذا كانت الاجابة نعم يرجى اعطاء التفاصيل التالية:
(إسم الشركة/ رقم الوثيقة / تاريخ إنتهاء الوثيقة)

2. هل سبق لأي شركة تأمين أن ألغت أو إمتنعت أو رفضت تجديد أي تأمين لك يتعلق بأخطاء ممارسة المهن الطبية او قبلته ولكن بشروط خاصة؟
 لا نعم

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

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

تفاصيل بطاقة الائتمان



نوع 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 أكتم 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).
- أقر بأنني اطلعت ووافقت على وثيقة تأمين أخطاء ممارسة المهن الطبية للأفراد.
- 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 لوثيقة التأمين إذا ما تم إصدار الوثيقة.
- أفوض "التعاونية" بفتح مبلغ _____ ريال سعودي ، والذي يمثل قيمة الاشتراك وذلك على بطاقتي الائتمانية الموضح تفاصيلها أعلاه.

التاريخ:

توقيع طالب التأمين:

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.

* تخضع منتجات التأمين التي توفرها شركة التعاونية للتأمين لضريبة القيمة المضافة، فيما عدا تأمين الحياة (التكافل)، حيث تضاف نسبة 15% للإشتراكات والرسوم الإدارية لجميع الوثائق الصادرة ابتداءً من 1 يوليو 2020.