

طلب تأمين ضد أخطاء المهن الطبية

1. اسم طالب التأمين:

2. عنوان العمل:

رقم الهاتف: رقم الفاكس:

3. ما اسم الكلية أو المعهد الذي تخرج منه طالب التأمين؟

سنة التخرج: التخصص:

4. أين مارس طالب التأمين عمله منذ تخرجه؟

في: من: إلى:

في: من: إلى:

في: من: إلى:

في: من: إلى:

5. هل طالب التأمين عضو في جمعية طبية؟ في حالة الإيجاب، اذكر اسم الجمعية. نعم لا

6. هل طالب التأمين:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> طبيب جراح | <input type="checkbox"/> طبيب مسالك بولية |
| <input type="checkbox"/> جراح باطني | <input type="checkbox"/> جراح عظام |
| <input type="checkbox"/> جراح تجميل | <input type="checkbox"/> طبيب أشعة |
| <input type="checkbox"/> طبيب تخدير | <input type="checkbox"/> طبيب أسنان |
| <input type="checkbox"/> طبيب وجراح نساء وولادة | <input type="checkbox"/> غير ما ورد أعلاه – يذكر بالتفصيل |

7. هل يوجد لطالب التأمين شركاء في العيادة/ المستشفى يمارسون المهنة معه؟ نعم لا
في حالة الإيجاب، يجب تعبئة طلب تأمين خاص لكل شريك من الشركاء.

8. هل يرغب طالب التأمين بأن يشمل الغطاء التأميني مساعديه و/أو الممرضين الذين يعملون في خدمته؟ نعم لا
في حال الإيجاب، تذكر الأسماء ووظائف هؤلاء المساعدين والممرضين بالتفصيل:

الاسم:

الوظيفة:

.....
.....
.....
.....

9. هل طالب التأمين مرتبط بعقد مع فرد أو جمعية أو مؤسسة أو شركة؟ نعم لا
في حال الإيجاب، يرجى بيان التفاصيل.

10. هل يتعاون طالب التأمين مع أي من المستشفيات الخاصة لإجراء عمليات جراحية أو تقديم خدمات طبية أخرى فيها؟ نعم لا
في حال الإيجاب، يذكر اسم المستشفى.

11. هل يستخدم طالب التأمين وحدات أشعة إكس أو ليزر؟ نعم لا
في حال الإيجاب، يرجى إعطاء العدد والنوع وسنة الصنع وبيان ما إذا كان يستعمل للعلاج أو لتشخيص المرض أو كليهما.

12. هل سبق لطالب التأمين أن طلب التأمين من أي شركة تأمين أخرى (محلية أو خارجية)؟ نعم لا
في حال الإيجاب:

- هل تم الموافقة على طلب التأمين؟
- هل رفض طلب التأمين؟
- اذكر تفاصيل طلب التأمين.

حدود المسؤولية

مدة التأمين

اسم شركة التأمين

عند تجديد وثيقة التأمين:

- هل طالبت شركة التأمين بزيادة قسط التأمين؟
- هل تم وضع شروط إضافية محددة في وثيقة التأمين؟
- هل لجأت شركة التأمين إلى إلغاء التأمين؟ ولماذا؟

13. هل طالب التأمين أو أي من شركائه أو مساعديه أو مرضيه على علم أو دراية بأية حالات أو حوادث يمكن أن تؤدي إلى مطالبة بالتعويض؟ نعم لا
في حالة الإيجاب، يرجى ذكر التفاصيل

14. هل هناك أي مطالبة أو دعوى قضائية أو عشائرية قدمت ضد طالب التأمين أو أي من شركائه أو ممرضيه خلال خمس السنوات الماضية؟ نعم لا

إذا كان الجواب بنعم، الرجاء ذكر التفاصيل.

15. العدد التقريبي للمرضى الذين يعالجهم طالب التأمين في السنة:
قيمة الدخل السنوي الإجمالي:

16. مبلغ التأمين المطلوب تغطيته:
للمريض الواحد (للحادث الواحد):
لمجموع المرضى خلال مدة التأمين (لجميع الحوادث):

17. هل ترغب في إضافة أية بيانات أو معلومات أخرى يمكن أن تفيد الشركة في التقييم الدقيق للخطر؟

أنا الموقع أدناه، اقر بأن جميع المعلومات الواردة أعلاه صحيحة وكاملة ولم يتم إخفاء أية معلومات تهم الشركة، وأوافق على أن تكون البيانات الواردة في هذا الطلب جزءاً لا يتجزأ من وثيقة التأمين التي ستبرم بيني وبين الشركة.

التوقيع:

في: