



MEDICAL MALPRACTICE PROPOSAL (HOSPITALS)

طلب تأمين ضد أخطاء المهن الطبية (مستشفيات)

ID: A-SAIC-1-B-12-015





This proposal is to be completed by the proposer or an authorized representative of the propose. All questions should be answered fully and accurately.	هذا الطلب يجب تعيئته من قبل مقدم الطلب أو شخص مفوض عنه . يجب أن تكون الإجابة كاملة وصحيحة لجميع الاسئلة .
Signing of this proposal does not bind the company to offer, nor the proposer to accept, insurance. But it is agreed that this proposal shall be the basis	إن التوقيع على هذا الطلب لايلزم الشركة بتقديم عرض ، وكذلك لايلزم مقدم الطلب بقبول التأمين. ولكن من المتفق عليه بين الشركة ومقدم الطلب أن هذا الطلب سيشكل الاساس لأي تأمين يتم اصداره.
No inference should be made, however, from the inclusion of any question in this proposal that the subject matter to which that question relates will be covered under the policy. The policy terms are only as stated in the policy which should be read carefully.	يجب عدم الاستنتاج بأن ادراج اي سؤال في هذا الطلب بأن الموضوع الذي يتعلق بذلك السؤال سيتم تغطيته تحت وثيقة التأمين. أن احكام وشروط الوثيقة كما هي وارده بها والتي يجب قراءتها بعناية
Attention is drawn to the proposer's obligations at law to disclose all material facts which would affect the issuance of the proposed insurance.	يجب التنبيه بأن مقدم الطلب يجب عليه بموجب النظام ان يفصح عن جميع المعلومات الجوهرية التي قد تؤثر على التأمين المطلوب بموجب هذا الطلب.
If there is insufficient space to complete the proposal, please continue on your headed paper	إذا لم تكن هنالك مساحة كافية للإجابة على الاسئلة نرجو استخدام الورق الرسمي للجهة طالبة التأمين لتكملة ذلك.
1-Proposer (to be named as insured if policy is issued	(1- مقدم الطلب) الذي يوضح اسمه كمومن له في حال اصدار الوثيقة
1-1) Name:	(1-1) :-الإسم
2-1) Address:	(1-2) العنوان :-
3-1) Location of all premises:	(1-3) موقع عمل جميع المباني :-
4-1) The proposer is a(n): <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Joint Venture <input type="checkbox"/> Partnership <input type="checkbox"/> Organisation (other than Partnership or J.V.) <input type="checkbox"/> Governmental Entity	(1-4) إن مقدم الطلب هو :- <input type="checkbox"/> فرد <input type="checkbox"/> شركة مختلطة <input type="checkbox"/> شراكة <input type="checkbox"/> شركة (منظمة) - خلاف الشراكة أو الشركة المختلطة <input type="checkbox"/> جهة حكومية
5-1) Date of establishment:	(1-5) تاريخ الانشاء
1-6) Description of the propose (Please attach literature, brochures, if applicable.)	(1-6) وصف لمقدم طلب التأمين (الرجاء ارفاق بيانات خطية ، كتيبات تعريفية عن ذلك في حالة الانطباق
7-1)Partners, principals	(1-7) الشركاء ، الأصلاء

Name		الاسم
Age		السن
Qualifications		المؤهلات
Date qualified		تاريخ التأهيل





How long practicing with:- a- Proposer? b- Previous firm?	مدة العمل لدى أ- مقدم الطلب ب- جهات أخرى
8-1) Have any partners or principals ever been subject to professional disciplinary action? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If yes, please give full details	1-8) هل أي من الشركاء ، الأصلاء قد خضع لاجراءات محاسبية أو تأديب مهني <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم إذا كانت الإجابة نعم الرجاء ذكر التفاصيل
9-1) Has the proposer recently discharged any of the staff or severed relationships with any partners or principals <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If yes, please give full details	1-9) هل قام مقدم طلب التأمين بإنهاء عمل اي من الموظفين أو قطع أو فصل علاقته مع أي شريك أو أصليل أو ان هذا الانهاء أو قطع العلاقة من المتوقع حدوثه ؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم إذا كانت الإجابة نعم الرجاء ذكر التفاصيل
2- Limits of Insurance Requested a- Each Incident Limit: b- Aggregate Limit each policy year:	2- حدود التغطية التأمينية المطلوبة أ- حد التغطية الواحدة : ب- حد متوسط التغطية لكل سنة تأمينية :
3- Insured's Retained Amount Requested (Deductible)	3- مبلغ التحمل المطلوب :
4- Policy Period Requested From the day of 20 (Inception Date). To the day of 20 (Expiration Date).	4- مدة وثيقة التأمين المطلوبة : من يوم 20 (بداية السريان) إلى يوم 20 (نهاية الوثيقة)
5- Scope of Coverage:- The scope of coverage is determined by the Medical Malpractice Insurance Policy	5- نطاق التغطية التأمينية :- ان نطاق التغطية التأمينية يتم تحديده بوثيقة تأمين الأخطاء الطبية
6- Does the propose require written reference in respect of new employees? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	6- هل يطلب مقدم الطلب مرجعية خطية فيما يتعلق بالموظفين الجدد ؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
7- Does the propose hire contract, non-employed physicians? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If yes, are contract non-employed physicians required to carry Professional Liability Insurance? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If yes, what are the limits required:	7- هل يقوم مقدم الطلب بالتعاقد مع أطباء غير موظفين لديه ؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم إذا كانت الإجابة نعم هل يطلب من الأطباء المتعاقدين غير الموظفين لدى مقدم الطلب ان يكون لديهم تأمين ضد الاخطاء الطبية . <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم إذا كانت الإجابة نعم ما هي حدود التغطية المطلوبة _





<p>8-Is the proposer or are partners or principals member(s) of professional organisations?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>If yes, please specify:</p>		<p>8- هل مقدم هذا الطلب أو الشركاء أو الاصلاء هم اعضاء بالمنظمة المهنية؟</p> <p><input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم</p> <p>إذا كانت الاجابة نعم الرجاء بيان التفاصيل:</p>	
<p>9-Fees: Please give estimated gross revenues for the current and actual gross revenues for the last three years:</p>		<p>9- الرسوم: الرجاء اعطاء تقديرات عن الدخل الكلي والدخل الحقيقي للسنوات الثلاثة الماضية</p>	
Year		Gross annual revenues	
Current year			
20__			20__
<p>10- Number of beds (including maternity bassinets):</p>		<p>10- عدد الاسرة (شاملا حاضنات الاطفال).....</p>	
<p>11- Average Daily Occupancy:</p>		<p>11- المتوسط اليومي لشغل الأسرة.....</p>	
<p>12-Does the proposer maintain a blood bank?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>If yes, we will provide you with a supplementary questionnaire.</p>		<p>12- هل يدير مقدم الطلب بنكاً للدم</p> <p><input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم</p> <p>إذا كانت الاجابة نعم فسوف يتم مدمك بملحق اسئلة اضافي</p>	
<p>13- Number of Patients per year</p>		<p>13- عدد المرضى في السنة الواحدة</p>	
		Number	العدد
A	In-patients		أ المنومين
B	Out-patient Surgeries		ب عمليات المراجعين لمرضى العيادات الخارجية
C	Out-patient Others		ث مرضى العيادات الخارجية الاخرين
D	Emergency Visits/Surgeries		ج زيارات الطوارئ ، العمليات
E	Deliveries		خ الولادات
F	Cosmetic/Plastic		د التجميل / البلاستيك
H	Any other class, please specify		ذ اي فئات اخرى ، الرجاء التحديد
<p>14- Division of Work</p>		<p>14- تقسيم الأعمال :-</p>	





14-1) Please select present speciality/subspecialty of the proposer's employed practitioners from the list below and give the corresponding number.		1-14) الرجاء اختيار التخصص أو التخصص الفرعي للأطباء الممارسين لدى مقدم الطلب من القائمة ادناه مع اعطاء الرقم الترتيبي	
Description	Number	العدد	الوصف
Acupuncturists			ممارس الوخز بالابر الصينية
Allergists			اخصائي حساسية
Anaesthesiologists			اخصائي علم التخدير
Broncho-Esophagologists			اخصائي علم الشعب والمرئ
Cardiologists			اخصائي قلب
Chiropractors			المعالج باليدين
Dentists			طبيب اسنان
Dermatologists			اخصائي جلدية
Emergency Medicine			طب الطوارئ
Endocrinologists			اخصائي الغدد الصماء
Gastroenterologists			اخصائي معدة وامعاء
Gynaecologists			أخصائي نساء
Haematologists			اخصائي دم
Internal Medicine			اخصائي الباطني
Laryngologists			اخصائي حنجرة
Legal/Forensic Medicine			الطب الشرعي
Otorhinolaryngologists			اخصائي الاذن والانف والحنجرة
Pathologists			اخصائي علم الامراض
Paediatricians			اخصائي اطفال
Physicians - General Practitioners			طب عام
Physiotherapists			طبيب علاج طبيعي
Podiatrists			اخصائي
Psychiatrists			اخصائي امراض نفسية
Psychoanalysts			اخصائي تحليل نفسي
Psychosomatic Medicine			الطب النفسي البدني
Radiologists			اخصائي الأشعة





Rheumatologists			اخصائي علاج الروماتيزم
Rhinologists			اخصائي انف
Roentgenologists			اخصائي اشعة
Surgeons - cardiovascular diseases			امراض القلب والأوعية
Surgeons - cosmetic/plastic			تجميل
Surgeons - gynaecology/obstetrics			النساء والولادة
Lung/Chest Specialists			اخصائي صدر ورئة
Midwives			قابلة قانونية
Miscellaneous Practitioners - NOC			ممارس عام
Nephrologists			اخصائي كلي
Neurologists			اخصائي اعصاب
Nuclear Medicine			الطب النووي
Nurses			ممرض / ممرضة
Obstetricians			طبيب ولادة
Ophthalmologists			طبيب عيون
Optometrists			اخصائي بصريات
Orthodontists			طبيب تقويم اسنان
Otologists			طبيب الاذان
Surgeons - internal medicine			جراح باطنية
Surgeons - neurology			جراح اعصاب
Surgeons - ophthalmology			جراحة العيون
Surgeons - oral and dental			جراحة الفم والاسنان
Surgeons - orthopedics			جراحة عظام
Surgeons - otorhinolaryngology			جراح اذن وانف واحنجرة
Surgeons - general - NOC			جراحة عامة
Urologists			طبيب مسالك بولية
Others, please specify:			تخصص اخرى
Othopaedic			طبيب عظام
Oncologist			طبيب أورام





15- الخسارة السابقة

15-1) Loss Experience					15-1) Please indicate below all losses paid or now reserved (whether or not resulting in claims) occurring during the past five years				
Year	Total No. of claims	Amount paid	Outstanding claims reserves	Please give full details of the largest three losses	الرجاء بيان التفاصيل عن اكبر ثلاث خسائر	المبالغ المدفوعة للمطالبات التي لم تسوى	المبالغ المدفوعة	مجموع المطالبات	السنة

15-2) Is the proposer aware, AFTER INQUIRY, of any circumstances or incident that could reasonably give rise to a claim under the proposed insurance? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2-15) هل مقدم الطلب على علم - بعد التحريات - عن وجود اي ظروف او حالات من الممكن ان تنشأ عنها مطالبة تحت التأمين المطلوب ؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
If yes, please give full details	إذا كانت الاجابة نعم الرجاء ذكر التفاصيل

16- Prior Insurance					16- التأمين السابق					
Please give full details of proposer's professional liability insurance coverage for the past five years:					الرجاء بيان التفاصيل الكاملة عن تغطية مقدم الطلب بموجب بوليصة التأمين المهنية لفترة الخمس سنوات السابقة					
Year	Carrier	Policy No.	Limits of prior insurance			حدود التغطيات التأمينية السابقة		رقم الوثيقة	المؤهل	السنة
			Premium	Each Incident Limit	Aggregate Limit	الحد المتوسط للتغطية	حد التغطية للحادث الواحد	القسط		





<p>16-2) Has any insurer ever declined or cancelled or refused to renew insurance or required reduced limits or imposed special terms</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>If yes, please give full details including name of insurer</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>16-2) هل توجد اي شركة تأمين رفضت اجراء تأمين أو ألغت أو رفضت التجديد لاي بوليصة تأمين أو طلبت تخفيض حد التغطية التأمينية أو وضعت شروط خاصة للتأمين ؟</p> <p><input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم</p> <p>إذا كانت الاجابة نعم الرجاء ذكر التفاصيل مع ذكر اسم شركة التأمين</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>I/We, the undersigned, declare that to the best of my/our knowledge and belief the statements set forth herein are true and correct, and agree that this proposal and any supplementary information requested by the company and furnished in connection herewith shall form the basis of and be incorporated into any contract of insurance which may be concluded between the proposer and the company.</p>	<p>أقر أنا / نحن الموقع / الموقعين ادناه بأنه وعلى حسب مالدنيا / لدي من علم واعتقاد بأن المعلومات ، البيانات المبينة في هذا الطلب هي صحيحة وحقيقية ووافق / نوافق على ان هذا الطلب واي معلومات اخرى إلحاقية تطلبها الشركة وتم منحها بموجب هذا الطلب فهي تشكل الأساس ويجب تضمينها في اي عقد تأمين يتم عقده بين مقدم الطلب والشركة .</p>
<p>I/We undertake to inform underwriters of any material alteration to facts occurring before completion of the contract of insurance.</p>	<p>وأوافق / نوافق على تزويد الشركة بأي تغير جوهري في الحقائق الجوهرية التي حدثت قبل توقيع عقد التأمين .</p>

