

تأمين ضد الأخطاء الطبية / Medical Malpractice

استمارة طلب / Proposal Form



If you are signing for someone else, include a copy of the durable power of attorney or executorship if not previously provided.

معلومات عامة / General information

1. Full name: _____ الاسم بالكامل
2. Business address: _____ عنوان العمل
3. At what medical school did the proposer graduate? _____ في أي كلية الطب تخرج مقدم الطلب؟

4. Year of graduation: _____ سنة التخرج

5. Where has the proposer practiced his profession since graduation?
أين عمل مقدم الطلب منذ التخرج؟
- In _____ from _____ to _____
- In _____ from _____ to _____
- In _____ from _____ to _____

6. Is the proposer duly licensed in accordance with law to practice at the address given under item 2?
هل مقدم الطلب مرخص حسب الأصول وفقاً للقانون لمزاولة المهنة على العنوان الوارد في البند 2؟
- Yes / نعم No / لا

7. Member of association? عضو في الجمعية؟ Yes / نعم No / لا

Nature and volume of your present and foreseeable future activities:

طبيعة وحجم أنشطتك الحالية والمستقبلية المتوقعة

8. Is the proposer or assistant practicing as
هل يقوم مقدم الطلب أو مساعده بممارسة المهنة
- I. Physician طبيب Yes / نعم No / لا
- II. Surgeon جراح طبيب Yes / نعم No / لا
- III. Cosmetic surgeon جراح التجميل Yes / نعم No / لا
- IV. Anesthetist طبيب تخدير Yes / نعم No / لا
- V. Gynecologist طبيب نساء Yes / نعم No / لا
- VI. Urologist طبيب مسالك البولية Yes / نعم No / لا
- VII. Orthopedist طبيب عظام Yes / نعم No / لا
- VIII. Radiologist أخصائي أشعة Yes / نعم No / لا
- IX. Dentist طبيب اسنان Yes / نعم No / لا
- X. Any other, not shown مهنة اخرى لم تذكر Yes / نعم No / لا

If "Yes", please specify.

إذا اجبت ب " نعم"، من فضلك وضح

9. Is the proposer, partner or assistant regularly involved? in first-aid service?
هل يشارك مقدم الطلب أو الشريك أو المساعد بانتظام في خدمة الإسعافات الأولية؟
- Yes / نعم No / لا

10. Name(s) of partners _____

أسماء الشركاء

***For each partner all questions listed above have to be answered individually**

***لكل شريك جميع الأسئلة المذكورة أعلاه ويتم الاجابة عليها بشكل فردي**

11. Name(s) of qualified medical assistant(s)

اسماء مساعدي الطبيب المؤهل

12. Number of technicians employed

عدد العمال الفنيين

13. Number of nurses employed

عدد الممرضين

14. Is the proposer under contract with or in the employment of any individual? firm or corporation?

هل مقدم الطلب متعاقد مع أي فرد أو يعمل في هذا المجال؟ شركة أم مؤسسة؟

Yes / نعم No / لا

If "Yes", please give details.

إذا نعم، الرجاء تقديم التفاصيل

15. Does the proposer own, wholly or in part, operate or administer any hospital, nursing home or other institution where medical services are customarily rendered?

هل يمتلك مقدم الطلب، كلياً أو جزئياً، أو يدير أي مستشفى أو دار لرعاية المسنين أو أي مؤسسة أخرى تقدم فيها الخدمات الطبية عادةً؟

Yes / نعم No / لا

16. Does he have any reserved beds there?

هل لديه أي أسرة محجوزة هناك؟

Yes / نعم No / لا

If "Yes", please give details including number of reserved beds.

إذا كانت الإجابة "نعم"، فيرجى تقديم تفاصيل بما في ذلك عدد الأسرة المحجوزة

17. Does the proposer own or operate X-ray machines or laser?

هل يمتلك مقدم الطلب أو يشغل أجهزة أشعة سينية أو ليزر؟

Yes / نعم No / لا

If "Yes", please give number, type and whether they are used for diagnosis or treatment or both.

إذا كانت الإجابة "نعم"، فيرجى ذكر الرقم والنوع وما إذا كانت تستخدم للتشخيص أو العلاج أو كليهما.

18. Number of patients per year

عدد المرضى سنوياً

Previous insurance/previous claims

I. Has the proposer previously been insured?

هل سبق أن تم تأمين مقدم الطلب؟

Yes / نعم No / لا

If "Yes", please specify: إذا اجبت بنعم، من فضلك وضح

Sir	Name of insurer اسم شركة التأمين	Policy period فترة الوثيقة	Limit of indemnity سقف التعويض
1			
2			
3			
4			
5			

II. Has a previous application been declined?

هل تم رفض طلب سابق؟

Yes / نعم No / لا

Has a previous insurance

لديه تأمين سابق

a. required increased premium?

طلب منه زيادة القسط؟

Yes / نعم No / لا

- b. required special restrictions? Yes / نعم No / لا
- c. طلب منه قيود خاصة؟ Yes / نعم No / لا
- d. been terminated/not been renewed by an insurer?
تم إنهاؤها / لم يتم تجديدها من قبل شركة التأمين؟ Yes / نعم No / لا

If "Yes", please give detailed information.

إذا كان الجواب "نعم" ، يرجى إعطاء معلومات مفصلة

- III. Have any claims or suits for malpractice been made against the proposer or any of his partners, assistants, nurses or technicians during the past five years?

هل تم رفع أي دعاوى أو دعاوى بسبب سوء التصرف ضد مقدم الطلب أو أي من شركائه من مساعدين أو ممرضات أو فنيين خلال السنوات الخمس الماضية؟

Yes / نعم No / لا

If "Yes", please advise amount and background of each claim

إذا كان الجواب "نعم" ، يرجى إبلاغ المبلغ والخلفية لكل مطالبة

19. Is the proposer or any of his partners, assistants, nurses or technicians aware of any circumstances or incidents which may result in a claim?

هل مقدم الطلب أو أي من شركائه أو مساعديه أو الممرضين أو الفنيين على علم بأي ظروف أو وقائع قد تؤدي إلى المطالبة؟

Yes / نعم No / لا

If "Yes", please give details

إذا كانت الإجابة "نعم" ، الرجاء تقديم التفاصيل

20. Indemnity required

التعويض المطلوب

- I. Limit any one claim
صقف المطالبة الواحدة
- II. Aggregate Limit
الحد الإجمالي
- III. Deductible each and every claim to be borne by insured
مبلغ التحمل لكل مطالبة يتحملها المؤمن عليه

21. Endorsements to basic cover

التغطيات الأساسية

- I. Extended Claims Reporting Period
تمديد فترة الإبلاغ عن المطالبات Yes / نعم No / لا
- II. Loss of Documents
فقدان الوثائق Yes / نعم No / لا

If "Yes", up to what amount?

إذا كانت الإجابة "نعم" ، فما هو المبلغ؟

إقرار

I / We hereby declare that the statements made by me / us in this Proposal Form are true to the best of my / our knowledge and belief and I / We hereby agree that this declaration shall form the basis of the contract between me / us and Arabia Falcon Insurance Company S.A.O.G.

إعلان:

أقر / نقر بموجب هذا بأن البيانات التي قدمت في نموذج العرض هذا صحيحة طبقاً لمعرفتنا / واعتقادنا ووافق / نوافق بموجب هذا على أن هذا الإعلان سيشكل أساس العقد بيني / بيننا وشركة التأمين العربية فالكون.

I/We also declare that any additions or alterations are carried out after the submission of this proposal form then the same would be conveyed to the insurers immediately.

أصرح / نقر أيضاً بأن سوف يتم البلاغ شركة التأمين عن أي إضافات أو تعديلات يتم إجراؤها بعد تقديم نموذج الاقتراح هذا على الفور.

Signature(s)

In order for us to process this request, please sign below and return. لإتمام المعاملة، الرجاء التوقيع.

**Sign
Here**

Signature / التوقيع

Date / التاريخ

How to submit this form / طريقة تسليم الاستمارة

صندوق البريد / Mail:
Arabia Falcon Insurance
P.O. Box 2279
Ruwi 112,
Muscat, Oman

الفاكس / Fax:
+968 24566476

البريد الإلكتروني / E-mail:
info@afic.om