

A-TAWU-1-B-16-025

Medical Malpractice Claims Form

تأمين الأخطاء المهنية الطبية نموذج المطالبات

tree

التعاونية
tawuniya

(Issuing this form does not constitute an admission of liability on the part of the Company)

(لن يشكل إصدار هذا النموذج إقراراً بالمسؤولية من جانب الشركة)

Part I – The Insured

القسم الأول - بيانات المؤمن له:

Name of Insured: اسم المؤمن له:

Major / Hospital: التخصص/المستشفى:

Policy No.: رقم وثيقة التأمين:

Effective date of the Policy: تاريخ سريان الوثيقة:
From من _____ To إلى _____

Address: العنوان البريدي:

Wasel بريد واصل

Zone: المنطقة:

City: المدينة:

District: الحي:

Street: الشارع:

Building No.: رقم المبنى:

Unit No.: رقم الوحدة:

Zip Code: الرمز البريدي:

0552397238

8001240505

WeCare@tree.com.sa

f in X @treeSaudi

tree

وكالة تري الرقمية للتأمين - وكالة مرخصة
خاضعة لرقابة وإشراف هيئة التأمين



رقم السجل التجاري: 1010816901
الرقم الموحد: 7030142249
رقم الترخيص: و ك ل / ش / 100 / 112022
تاريخ الإصدار: 1444-04-20 هجري

Additional No.:

الرمز الإضافي:

Postal Add

البريد العادي

City:

المدينة:

P.O. Box:

الصندوق البريدي:

Zip Code:

الرمز البريدي:

Tel.:

رقم الهاتف:

Fax:

رقم الفاكس:

E-mail:

البريد الإلكتروني:

Mobile:

رقم الجوال:

Part II - The Patient (Claimant)

القسم الثاني - بيانات المريض:

Name:

الاسم:

Age:

العمر:

Sex:

Female
أنثى

Male
ذكر

الجنس:

Medical File No.:

رقم الملف الطبي:

Name of hospital:

اسم المستشفى:

Medical Treatment
Period:

مدة العلاج بالمستشفى:

Admission date:

تاريخ الدخول:

Discharge date:

تاريخ الخروج:

Date of Surgery:

تاريخ العملية الجراحية:

Diagnosis:

تشخيص الحالة:

Explain briefly the Medical Treatment provided to the Patient and its results (Please advise the role of the insured in this treatment):

شرح موجز للمعالجة الطبية ونتائجها الطبية (الرجاء ذكر دور المؤمن له في المعالجة الطبية)

Was the condition of the Patient during or after the treatment might cause a complaint against you ?

هل كانت حالة المريض بعد أو خلال المعالجة الطبية من الممكن أن تكون سبباً لإقامة مطالبة ضدكم؟

 Yes
نعم No
لا

Did you receive any verbal or written advise from any person or party regarding any complaint against you?

هل تم استلام أي إخطار شفهيًا أو كتابيًا من أي شخص أو جهة بخصوص أي شكوى ضدكم؟

 Yes
نعم No
لا

If the answer was (Yes), when:
إذا كانت الإجابة بـ (نعم) ، متى:

Part III - The Complaint

القسم الثالث - تفاصيل الدعوى:

Name of Claimant:

اسم المدعي:

Date of Complaint:

تاريخ الدعوى:

When did you come to know about it:

تاريخ علمكم بالدعوى:

Who is investigating:

الجهة المكلفة بالنظر في الدعوى:

Name of Physicians/Consultants participating in the treatment:

أسماء الأخصائيين المشاركين في المعالجة الطبية:

When and how did you receive the Complaint:

تاريخ وكيفية تبليغكم بالدعوى:

Declaration

إقرار

I/We declare to the best of my/our knowledge and belief that the foregoing particulars are true and correct.

أقر/نقر بموجب هذا أن الإجابات والتفاصيل المعطاة في هذا الطلب هي حسب أقصى علمي/علمنا، واعتقادي/اعتقادنا حقيقية وصحيحة.

Signature of Claimant:

توقيع المؤمن له:

Date:

التاريخ:

NOTE – please attach the following supporting documents:-

1. Detailed Medical Report.
2. Copy of all correspondences exchanged between you and any party about this claim including the concerned Authority who will investigate the complaint.
3. Ministry of Health's letter
4. Medical Committee / Court verdict

ملاحظة: يرجى إرفاق المستندات المؤيدة التالية:

1. تقرير طبي مفصل
2. صورة من جميع المراسلات المتبادلة مع أي جهة حول هذه المطالبة بما فيها المراسلات مع الجهة التي سوف تنظر في
3. خطاب وزارة الصحة الموجه لكم أو للمستشفى والذي يحدد مسئوليتكم عن الخطأ الطبي.
4. صورة من الحكم الصادر من اللجنة الطبية أو المحكمة المختصة.