

Medical Malpractices Claim Form (CF022)

نموذج إخطار مطالبة – الممارسات الطبية الخاطئة (CF.٢٢)

IMPORTANT INSTRUCTIONS

تعليمات هامة

- Claim form to be filled in capital letters and signed by the insured.
- Please fill all the data contained this form
- You can use extra paper in case of insufficient space available for the disclosure.

- تدون البيانات بخط واضح وتوقع من المؤمن له.
- برجاء استيفاء كافة البيانات الواردة بالنموذج.
- يمكنك استخدام ورقة اضافية في حالة عدم كفاية المساحة المتاحة للإفصاح.

Name of the insured: اسم المؤمن له:
Address of the insured: عنوان المؤمن له:
Policy No.: رقم الوثيقة:
Telephone No.: رقم الهاتف:
The contact person and his mobile: اسم الشخص الواجب الاتصال به ورقم الجوال:

Patient Name: اسم المريض:
Age: العمر:
Sex: الجنس:
Name of hospital: اسم المستشفى:
Medical File No.: رقم الملف الطبي:

Diagnosis: تشخيص الحالة:

Medical Treatment Period: From: To: إلى: مدة العلاج بالمستشفى: من:
Explain briefly the Medical Treatment provided to the Patient: شرح موجز المعالجة الطبية و نتائجها 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 ؟

Have you been receiving any verbal or written notification from any person or entity regarding any complaint against you? and when? هل تم استلام أي إخطاراً شفهيّاً أو كتابياً من أي شخص أو جهة بخصوص أي شكوى ضدكم ؟ ومتى؟

Name of Claimant: اسم المدعي:
Date of Complain: تاريخ الدعوى:
When did you come to know about the complain ? تاريخ علمكم بالدعوى:
Who is investigating the matter? 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 complain? تاريخ و كيفية تبليغكم بالدعوى:

Medical Malpractices Claim Form (CF022)

نموذج إخطار مطالبة – الممارسات الطبية الخاطئة (CF٠٢٢)

DECLARATION

إقرار

I/we the above named, do hereby acknowledge the truth of the foregoing statements in every respect and agree that if I have made any false or fraudulent statement of these be any suppression or concealment, the policy shall be cancelled and the claim shall be forfeited. And i/we agree to provide additional information to the insured upon request.

أقر بصحة جميع البيانات السابقة ، وفي حال ادلائي ببيانات خاطئة أو زائفة من شأنها إخفاء الحقيقة فإنه سيتم إلغاء الوثيقة ورفض المطالبة ، كما أتعهد بالادلاء بأي معلومات إضافية للشركة حسب طلبها

Signature of insured

توقيع المؤمن له

Name: Title:

الاسم: الصفة:

Signature: Date:

التوقيع: التاريخ: