

## Policy Schedule of Medical Malpractice Insurance جدول وثيقة التأمين ضد الأخطار المهنية الطبية

10-03-2025

Policy issuance date

96/22/133/2025

Policy Number

رقم الوثيقة

1103858732

Insured ID

ABDULRAHMAN MASOUD ALHARTHI

Insured

المؤمن له

رقم الهوية

عبدالرحمن مسعود الحارثي

National Address of the Insured

العنوان الوطني للمؤمن له

شارع فضل البار - حي الجامعة - مكة المكرمة 3890

Scope of Medical Practice

مجال الممارسة الطبية

Place of Work

مكان العمل

Limit of Insurance

Coverage

حد التغطية التأمينية

KING ABDULAZIZ MEDICAL CITY - NATIONAL GUARDS HOSPITAL - JEDDAH

Professions	Limit any one occurrence and aggregate (annually) حد المسؤولية لكل واقعة وفي الإجمالي (سنويا)	التخصصات
General Surgeon	Any One Occurrence: 100,000 In Aggregate: 100,000	جراح عام

Period of Insurance

مدة التغطية التأمينية

Inception date of insurance coverage

31-03-2025

تاريخ بدء سريان التغطية التأمينية

Expire date of insurance coverage

31-03-2026

تاريخ انتهاء سريان التغطية التأمينية

Extended Reporting period (if any)

تمديد مدة التبليغ عن المطالبات ( ان وجدت نوع  
الاثار الرجعي )  
نوع الاثر الرجعي

Retroactive type

-

نوع الاثر الرجعي

Retroactive Date (compulsory /  
Additional)

31-03-2025

تاريخ الاثر الرجعي الالزامي الاضافي

Deductible

التحمل

### SPECIAL CONDITIONS/WARRANTIES:

- Warranted that this insurance is subject to review of terms, premium rate and other conditions at the expiry of policy. "Salama" reserves the right to review premium contribution annually according to the claim experience.
- Warranted that the company's maximum liability per occurrence and/or successive incidents does not exceed Limits of Indemnity as mentioned above.
- Salama for Cooperative Insurance Company shall not be obliged to indemnify for any Medical Malpractice occurred within either Compulsory or Additional Retroactive Insurance unless it is unknown to the insured at the time the policy is being concluded.
- All other Terms, Conditions & Exclusions as per standard "Salama" Medical Malpractice policy wording.

721.05 Saudi Riyals

Premium

القسط

لشركة التأمين أو من ينوب عنها

For and on behalf of the Insurance Company

10-03-2025



Date

التاريخ

Signature

التوقيع

Company Seal

ختم الشركة