

MEDICAL MALPRACTICE INSURANCE POLICY SCHEDULE

جدول وثيقة تأمين اخطاء المهن الطبية

Name of Insured : MASHAEL KHALID A BOGSHAN	اسم المؤمن له	Policy No : P/211/5019/24/00067580/00	رقم الوثيقة
Insured Id : 1095687388	رقم هوية المؤمن له	Issue Date : 07-January-2024	تاريخ الاصدار
Address : All Hospitals within Kingdom of Saudi Arabia	عنوان	ProductId : A-ACIG-1-I-16-024	معرفة المنتج
		Mobile No : 565585951	الهاتف الجوال
Gross Premium : SAR 1,320.00		1,320.00 SAR :	السعر
Discount Amount : SAR 0.00		0.00 SAR :	مقدار الخصم
Retroactive Amount : SAR 0.00		0.00 SAR :	المبلغ بأثر رجعي
Additional Retroactive Amount : SAR 0.00		0.00 SAR :	المبلغ الإضافي بأثر رجعي
Extended Reporting period Amount : SAR 0.00		0.00 SAR :	تمديد فترة التقرير المبلغ
Admin Fee : SAR 25.00		25.00 SAR :	رسوم المشرف
Premium(Excl.VAT) : SAR 1,345.00		1,345.00 SAR :	الاجمالي بدون الضريبة
VAT (15.00%) : SAR 201.75		201.75 (15.00%) SAR :	ضريبة القيمة المضافة
UPR VAT : SAR 0.00		0.00 SAR :	UPR VAT
Total : SAR 1,546.75		1,546.75 SAR :	الاجمالي
SurPlus Amount : SAR 0.00		0.00 SAR :	SurPlus Amount
Net Premium : SAR 1546.75		1546.75 SAR :	Net Premium
Customer VAT Certificate Number			الرقم التعريفي لضريبة القيمة المضافة للعميل
Policy Period : From 08-January-2024 To 08-January-2026			(BOTH DAYS INCLUSIVE)
مدة الوثيقة	من	الى	و يشمل كلا اليومين
Retroactive type :	Compulsory	:	نوع رجعي
Retroactive Date :	08/01/2024	:	تاريخ بأثر رجعي
Additional Retroactive Date :		:	تاريخ إضافي بأثر رجعي
Extended Reporting period :	0 Months	:	تمديد الفترة المشمولة بالتقرير
Deductible :	0	:	التحمل
Risk Details			
Profession المهنة	Level المستوى	Nationality الجنسية	Type Of Cover نوع التغطية
GENERAL PRACTITIONER~16	SR 300,000 any one event and in the aggregate annually	Saudi	Medmal Basic
Cover : The Policy Covers :			
a) Indemnity for all amounts for which the insured is legally liable to pay to others, due to medical malpractice based on final verdict issued judicial competent body		التعويض عن جميع المبالغ التي يكون المؤمن عليه مسؤولاً قانوناً عن دفعها للغير بسبب سوء الممارسة الطبية بناء على حكم نهائي صادر من جهة قضائية مختصة	
b) Indemnity of defense costs. The total indemnity stated a) and b) above shall not exceed the limit of liability stated herein.		ب) سداد تكاليف الدفاع يجب ألا يتجاوز إجمالي التعويض المنصوص عليه في (أ) و (ب) أعلاه حد المسؤولية المنصوص ع	

For and on behalf of
Allied Cooperative Insurance Group

Limit Of Liability :SR 300,000.00 any one occurrence and Aggregate (annually) حدود المسؤولية : ريال سعودي 300,000.00 حدود المسؤولية الاجمالية السنوية

Section A- Private Right Recovery :(Applicable for Basics & plus)

For any one claim or series of claims arising out of one Medical Incident AND in the annual aggregate

الفقرة أ- 3 أستراداد الحق الخاص (ينطبق على الأساسيات والإضافات)

لأي مطالبة واحدة أو سلسلة مطالبات ناجمة عن حادث طبي واحد وفي المجموع السنوي



Hospitals/Clinics Being Attended

All Hospitals within Kingdom of Saudi Arabia

المستشفيات / المستوصفات التي تشملها التغطية

All Hospitals within Kingdom of Saudi Arabia

الشروط

Condition

It is hereby warranted that the cover granted under this Policy will only be in force upon the submission of a copy of a valid license issued by the relevant authorities.

انه من المعلوم ان التأمين المعطى بموجب هذه الوثيقة سيكون ساريا فقط بعد احضار المؤمن عليه نسخة من شهادة ترخيص سارية المفعول صادرة عن الجهة المختصة

Premium Payment Warranty Clause

If the premium is not paid when due we may cancel the policy at any time by giving you 30 days notice of cancellation, Such notice sent to your Broker 'on record' or your Broker who negotiated this policy shall be of same effect as if sent to you directly.

شروط ضمان سداد القسط

إذا لم يدفع القسط عند استحقاقه يمكننا إلغاء الوثيقة بإعطائكم إخطار مدته 30 يوما. مثل هذا الإخطار والذي يكون قد أرسل إلى مندوبكم المسجل لدينا أو مندوبكم الذي ناقش الوثيقة سوف يكون له نفس التأثير كما لو أنه قد أرسل اليكم مباشرة

Payment Terms

Premium to be paid in full at inception

شروط دفع القسط

يدفع قسط التأمين كاملا عند بداية سريان البوليصه



For and on behalf of
Allied Cooperative Insurance Group

07-January-2024			07-January-2024			سند قبض نقدي
Cash Receipt	1,546.75	SAR	ريال سعودي	1,546.75	القسط المستلم من المذكور أعلاه	
Amount Received from Client	105.60	SAR	ريال سعودي	105.60	العمولة بدون الضريبة	
Commission Excluding VAT	0.00	SAR	ريال سعودي	0.00	ضريبة القيمة المضافة (0%)	
VAT on Commission (0%)	105.60	SAR	ريال سعودي	105.60	إجمالي العمولة	
Total Commission	8%			8%	النسبة المئوية للعمولة	
Commission Percentage	ACIG			ACIG	اسم الوكيل / الوسيط	
Broker Name					رقم تسجيل الضريبة	
Broker VAT Registration No						
Recipient	Signature				المستلم	
Insured name & signature					إسم و توقيع المؤمن له	
7121 Al Amir Turki Ibn Abdula Aziz Al-Awal Road - Hiteen Dist. RIYADH 13512 - 2305 Kingdom of Saudi Arabia P.O. Box 40523 Riyadh 11511 Tel : +966 11 485 2626 Fax : +966 11 485 2727 ACIG VAT Registration Number 300007361200003			7121 طريق الأمير تركي بن عبدالعزيز الأول - حي حطين الرياض 13512 - 2305 المملكة العربية السعودية ص. ب 40523 الرياض 11511 هاتف +966 11 485 2626 فاكس +966 11 485 2727 رقم تسجيل ضريبة القيمة المضافة - أسيج 300007361200003			

ACIG



For and on behalf of
Allied Cooperative Insurance Group

فاتورة ضريبية مبسطة
Simplified Tax Invoice

Invoice Number DNUR50-211/41428 رقم الفاتورة
Invoice Issue Date 07/01/2024 08:18:43AM تاريخ إصدار الفاتورة

Nature Of Goods طبيعة السلعة	Unit Price سعر الوحدة	Quantity كمية	Item Sub Total(Including VAT) إجمالي البند الفرعي (بما في ذلك ضريبة القيمة المضافة)
P/211/5019/24/00067580/00	685.00 SAR	1	787.75 SAR

Total Taxable Amount (Excluding Total VAT) إجمالي الخاضع للضريبة (باستثناء إجمالي ضريبة القيمة المضافة) 685.00 SAR
Total VAT إجمالي ضريبة القيمة المضافة 102.75 SAR
Total Amount Due إجمالي المبلغ المستحق 787.75 SAR

