

MEDICAL MALPRACTICE INSURANCE POLICY SCHEDULE

جدول وثيقة تأمين اخطاء المهن الطبية

Name of Insured : Dr.FATIMA MOHAMMED A ALABBASI	اسم المؤمن له	Policy No : P/205/5019/25/00083557/00	رقم الوثيقة
Insured Id : 1099643510	رقم هوية المؤمن له	Issue Date : 13-July-2025	تاريخ الاصدار
Address : KING ABDULLAH MEDICAL CITY - MAKKAH	عنوان	ProductId : A-ACIG-1-I-16-024	معرف المنتج
		Mobile No : 541650460	الهاتف الجوال

Gross Premium : SAR 816.30	816.30 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 841.30	841.30 SAR :	الاجمالي بدون الضريبة
VAT (15.00%) : SAR 126.20	126.20 (15.00%) SAR :	ضريبة القيمة المضافة
UPR VAT : SAR 0.00	0.00 SAR :	UPR VAT
Total : SAR 967.50	967.50 SAR :	الاجمالي
SurPlus Amount : SAR 0.00	0.00 SAR :	SurPlus Amount
Net Premium : SAR 967.50	967.50 SAR :	Net Premium

Customer VAT Certificate Number : الرقم التعريفي لضريبة القيمة المضافة للعميل

Policy Period : From 14-July-2025 To 14-July-2026 (BOTH DAYS INCLUSIVE)	
مدة الوثيقة : من	الى

Retroactive type :	Compulsory	:	نوع رجعي
Retroactive Date :	14/07/2025	:	تاريخ بأثر رجعي
Additional Retroactive Date :		:	تاريخ إضافي بأثر رجعي
Extended Reporting period :	0 Months	:	تمديد الفترة المشمولة بالتقرير
Deductible :	10000	:	التحمل

Risk Details

Profession المهنة	Level المستوى	Nationality الجنسية	Type Of Cover نوع التغطية
NEUROLOGY RISEDINT~301	SR 500,000 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
- ب) سداد تكاليف الدفاع
- b) Indemnity of defense costs.
- The total indemnity stated a) and b) above shall not exceed the limit of liability stated herein.
- 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 500,000.00 any one occurrence and Aggregate (annually) حدود المسؤولية : ريال سعودي 500,000.00 حدود المسؤولية الإجمالية 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 استرداد الحق الخاص (ينطبق على الأساسيات والإضافات)

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



Hospitals/Clinics Being Attended

KING ABDULLAH MEDICAL CITY - MAKKAH

المستشفيات / المستوصفات التي تشملها التغطية

KING ABDULLAH MEDICAL CITY - MAKKAH

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 Warrenty 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 البوليصة



For and on behalf of
Allied Cooperative Insurance Group

Cash Receipt	13-July-2025		13-July-2025	سند قبض نقدي
Amount Received from Client	967.50	SAR	967.50	القسط المستلم من المذكور أعلاه
Commission Excluding VAT	0.00	SAR	0.00	العمولة بدون الضريبة
VAT on Comission (0%)	0.00	SAR	0.00	ضريبة القيمة المضافة (0%)
Total Commission	0.00	SAR	0.00	إجمالي العمولة
Commission Percentage	0%		0%	النسبة المئوية للعمولة
Broker Name	ACIG		ACIG	اسم الوكيل / الوسيط
Broker VAT Registration No				رقم تسجيل الضريبة
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	



For and on behalf of
Allied Cooperative Insurance Group

فاتورة ضريبية مبسطة
Simplified Tax Invoice

Invoice Number DNUR50-205/70842 رقم الفاتورة
Invoice Issue Date 13/07/2025 01:09:24PM 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/205/5019/25/00083557/00	841.30	1	967.50

Total Taxable Amount (Excluding Total VAT) (إجمالي الخاضع للضريبة (باستثناء إجمالي ضريبة القيمة المضافة) 841.30
Total VAT إجمالي ضريبة القيمة المضافة 126.20
Total Amount Due إجمالي المبلغ المستحق 967.50

