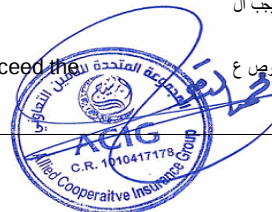


MEDICAL MALPRACTICE INSURANCE POLICY SCHEDULE

جدول وثيقة تأمين اخطاء المهن الطبية

Name of Insured: FATIMAH ALI ALHARBI فاطمة علي الحربي		Policy No :P/219/5019/23/00065705/00	رقم الوثيقة
Address : 3216 مكة المكرمة قريش - حي بطحاء قريش		Issue Date :26-11-2023	تاريخ الصادر
Mobile No 966530566334		ProductId : A-ACIG-1-I-16-024	معرف المنتج
Gross Premium : SAR		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		SAR :	رسوم المشرف
Premium(Excl.VAT) : SAR 619		619 SAR :	الجمالي بدون الضريبة
VAT (15.00% : SAR 92.85		92.85 (15.00%) SAR :	ضريبة القيمة المضافة
UPR VAT : SAR 0.00		0.00 SAR :	UPR VAT
Total : SAR 711.85		711.85 SAR :	الجمالي
SurPlus Amount : SAR 0.00		0.00 SAR :	SurPlus Amount
Net Premium : SAR		SAR :	Net Premium
Customer VAT Certificate Number		الرقم التعريفي لضريبة القيمة المضافة للعميل	
Policy Period : From 25-11-2023 To 24-11-2024	(BOTH DAYS INCLUSIVE)		
مدة الوثيقة	و يشمل كل اليومين		
Retroactive type : Compulsory	:	نوع رجعي	
Retroactive Date : 25-11-2023	:	تاريخ بأثر رجعي	
Additional Retroactive Date :	:	تاريخ إضافي بأثر رجعي	
Extended Reporting period :	:	تمديد الفترة المشمولة بالتقرير	
Deductible : 10000	:	التحمل	
Risk Details			
Profession المهنة	Level المستوى	Nationality الجنسية	Type Of Cover نوع التغطية
طبيب أعصاب (غير جراح)	SR 300,000 any one event and in the aggregate annually	Saudi Arabia	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		التغطية عن جميع المبالغ التي يكون المؤمن عليه مسئول قانونا 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 أن يتجاوز إجمالي التعويض المنصوص عليه في (ا) و (ب) أعلى حد المسؤولية المنصوص ع	



**For and on behalf of
Allied Cooperative Insurance Group**

Limit Of Liability :SR 300,000 any one occurrence and Aggregate (annually)	حدود المسؤولية : ر سعودي 300,000 حدود المسؤولية الجمالية 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 السياسات والضافات) لي مطالبة واحدة أو سلسلة مطالبات ناجمة عن حادث طبي واحد وفي المجموع السنوي
Hospitals/Clinics Being Attended KING ABDULLAH MEDICAL CITY - MAKKAH 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. 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. Payment Terms Premium to be paid in full at inception	المستشفيات / المستوصفات التي تشملها التغطية KING ABDULLAH MEDICAL الشرط انه من المعلوم ان التأمين المعطى بموجب هذه الوثيقة سيكون سارياً فقط بعد احضار المؤمن عليه نسخة من شهادة ترخيص سارية المفعول صادرة عن الجهة المختصة شرط ضمان سداد القسط لم يدفع القسط عند استحقاقه يمكننا إلغاء الوثيقة بإعطائكم إخطار مدته 30 يوماً. مثل هذا الخطار والذي يكون قد أرسل إلى مندوبكم المسجل لدينا أو مندوبكم الذي ناقش الوثيقة سوف يكون له نفس التأثير كما لو أنه قد أرسل إليكم مباشرة شروط دفع القسط يدفع قسط التأمين كامل عند بداية سريان البوليصة

For and on behalf of
Allied Cooperative Insurance Group



Cash Receipt				سند قبض نقدي
Amount Received from Client	SAR	ر سعودي		القسط المستلم من المذكور أعلاه
Commission Excluding VAT	SAR	ر سعودي		العمولة بدون الضريبة
VAT on Comission (0%)	0.00	ر سعودي	0.00	ضريبة القيمة المضافة (0%)
Total Commission	SAR	ر سعودي		إجمالي العمولة
Commission Percentage	15%		15%	النسبة المئوية للعمولة
Broker Name	BCare		عناية الوسيط	اسم الوكيل / الوسيط
Broker VAT Registration No	301329257300003		301329257300003	رقم تسجيل الضريبة
Recipient	Signature			المستلم
Insured name & signature				إسم وتوقيع 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	71 طريق المير تركي بن عبدالعزيز الول - 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	رقم الفاتورة	
Invoice Issue Date	تاريخ إصدار الفاتورة	
SAR Total Taxable Amount (Excluding Total VAT)	(إجمالي الخاضع للضريبة (باستثناء إجمالي ضريبة القيمة المضافة	SAR.
Total VAT	إجمالي ضريبة القيمة المضافة	
Total Amount Due	إجمالي المبلغ المستحق	SAR711.85
		

Nature Of Goods طبيعة السلع	Unit Price سعر الوحدة	Quantity كمية	Item Sub Total(Including VAT) (إجمالي البند الفرعي (بما في ذلك ضريبة القيمة المضافة
P/219/5019/23/00065705/00	619SAR	1	711.85SAR