



**ACIG**  
التأمين أماناً

التأمين ضد أخطاء المهن الطبية - استمارة المطالبة  
(تعبئة و تقديم استمارة المطالبة لا يعني بالتأكد قبولها وإعتماد التعويض)

أ. بيانات المؤمن له:

- 1- الاسم: .....
2. التخصص: .....
3. رقم الوثيقة: .....
4. فترة التأمين: .....
5. البريد الإلكتروني: .....
6. رقم الجوال: .....

ب. بيانات المريض (المتضرر):

1. الاسم : .....
2. العمر : .....
3. رقم الملف الطبي: .....
4. تاريخ العملية/المعاينة الطبية: .....
5. وصف حالة المريض بالتفصيل مع ذكر كافة الاجراءات الطبية المتخذة والعقاقير المصروفة: .....
6. هل استلمت أي بلاغ شفهي أو كتابي يفيد برفع دعوى عليك؟ (إذا كان الجواب نعم، اذكر التفاصيل).....

د. تفاصيل الحادثة/الواقعة:

1. اسم المطالب: .....
2. تاريخ تقديم المطالبة/الشكوى: .....
3. تاريخ علمكم بالمطالبة/الشكوى: .....
4. من الذي قام بالتحقيق؟ .....
5. أسماء و تخصصات الأطباء المشرفين على الحالة: .....

6. كيف ومتى استلمت الشكوى؟

**المستندات المطلوب ارفاقها:**

1. صورة من خطاب الشؤون الصحية بمنع الحظر
2. خطاب من الطبيب (المؤمن له) يصف الحالة بالتفصيل
3. تقرير طبي من المستشفى يصف الحالة بالتفصيل
4. صورة من تصريح هيئة التخصصات الطبية للطبيب نفسه
5. صورة بطاقة أحوال /اقامة الطبيب

**أقرار:**

أقر أنا/نحن بأن المعلومات والتفاصيل المعطاة فيما سبق صحيحة وكاملة على حسب علمي/علمنا .

الاسم: .....

التاريخ: .....

التوقيع: .....