

שאלון לביטוח אחריות מקצועית רפואית-למוסדות רפואיים

1 שם המציע במלואו : _____
שם המציע באנגלית : _____

2 הגדרת האישיות המשפטית של המציע: חב' בע"מ, עמותה, שותפות רשומה, אחר : _____
מס' רישום (ח.פ., ע.מ וכדו'): _____ . שנת ייסוד _____

3 כתובת : _____
מספרי טלפון : _____ . טל' נייד : _____
e-mail : _____ . פקס : _____

4 סוג המוסד הרפואי : _____
אנא פרט : _____

5 מספר המרכזים הרפואיים/ מרפאות בהם תתנהל הפעילות וכתובתם :
א. _____ . ד. _____
ב. _____ . ה. _____
ג. _____ . ו. _____

6 נא לפרט את תחום הפעילות המקצועית, סוגי הטיפולים והשירותים המקצועיים הניתנים על-ידכם למטופלי העסק (בפירוט רב ככל שניתן) :

7 א. מספר מטופלים בשנה האחרונה : _____
ב. מספר מטופלים צפוי לשנה הבאה (לעסק חדש) : _____
ג. מחזור הכנסות שנתי של העסק (שנה אחרונה) : _____

8 האם אתה זקוק לאישור ביטוח עבור גורם מסוים או האם הנך עובד תחת מכרז מסוים ?
(לדוג' קופות החולים, משרדי הממשלה וכו'..)
אם כן, אנא פרט _____

9 האם מתבצעת פעילות כירורגית (שאינה בתחום הפלסטיקה)? כן לא

כירורגיה קטנה כירורגיה בינונית כירורגיה גדולה

נא פרט מספר הפרוצדורות הכירורגיות שבוצעו בשנה החולפת בחלוקה לסוגיהן:

10 באם מבוצעים טיפולים בתחום הכירורגיה הפלסטית, נא לפרט את מספר הניתוחים והפרוצדורות, בחלוקה לסוגיהם:

א. _____ .ג. _____
 ב. _____ .ד. _____

11 באם מבוצעים טיפולים בתחום האסתטיקה שאינה כירורגית, נא לפרט את מספר הטיפולים והפרוצדורות, בחלוקה לסוגיהם:

א. _____ .ג. _____
 ב. _____ .ד. _____

12 באם ניתנים שירותי הדמיה ואולטרסאונד:

א האם הפעילות כוללת אולטרסאונד מיילדות? כן לא

ב האם מבוצעת סקירת מערכות? כן לא

ג מספר בדיקות הדמיה ואולטרסאונד בשנה האחרונה בחלוקה לסוגיהן:

א. _____ .ג. _____
 ב. _____ .ד. _____

13 ציוד רפואי:

- א. מספר עמדות ניתוח: _____ מספר מיטות התאוששות: _____
- ב. מספר מיטות אשפוז יום/טיפול: _____
- ג. מספר כסאות דנטליים: _____
- ד. מספר אמבולנסים רגילים: _____ מס' אמבולנסים טיפול נמרץ: _____
- ה. מספר יחידות דיאליזה: _____
- ו. מספר יחידות אולטרסאונד: _____ רנטגן: _____ CT: _____ אחר: _____
- ז. מספר יחידות לייזר לניתוחים לתיקון הראיה: _____
- ח. מספר יחידות לייזר להסרת שיער: _____
- ט. מכשור רפואי אחר: _____ כמות: _____

14 צוות רפואי:

א: רופאים שכירים - משרה מלאה

מס' רופאים במשרה מלאה	מומחיות רפואית

ב: רופאים שכירים - משרה חלקית

משרה חלקית		מומחיות רפואית
מס' הרופאים	אחוז משרה <u>כולל</u> (של כלל הרופאים באותה במומחיות)	

ג: רופאים עצמאיים (מתוגמלים על בסיס חשבונית)

מס' שעות עבודה בשבוע	מספר הרופאים	מומחיות רפואית מורשה כדין

ד: רופאים תורנים או על בסיס קריאה

מס' שעות עבודה כולל	מספר רופאים	מומחיות רפואית מורשה כדין

15 צוות פארה-רפואי:

עיסוק מקצועי	מספר המועסקים	שכירים: סך כל אחוזי משרה	עצמאיים: סך כל מספר שעות עבודה בשבוע
אחיות מוסמכות			
אחיות מעשיות			
מיילדות מוסמכות			
עובדי מעבדה			
רוקחים			
טכנאי אולטרסאונד			
טכנאי רנטגן			
פיזיותרפיסטים			
עובדים סוציאליים			
דיאטניות			
פסיכולוגים			
מטפלות סיעודיות (לא אחיות)			
חובשים:			
פרמדיקים:			
אחרים: פרט: _____			
אחרים: פרט: _____			
אחרים: פרט: _____			

16 האם נדרש כיסוי לאחריות הישירה והשילוחית של העסק? כן לא.

17 האם נדרש כיסוי לאחריות מקצועית של הרופאים השכירים בעסק? כן לא.

18 האם נדרש כיסוי לאחריות מקצועית של הרופאים העצמאיים בעסק? כן לא.

19 האם נדרש כיסוי לאחריות מקצועית של הצוות הפארה-רפואי המועסק? כן לא.

20 גבולות האחריות הנדרשים:

סה"כ לתביעה: \$ _____ (דולר ארה"ב)

סה"כ לשנת ביטוח: \$ _____ (דולר ארה"ב)

21 האם היית או הינך מבוטח בביטוח אחריות מקצועית? כן לא.

אם כן, ציין באיזו חברה: _____

תקופת הביטוח מיום: **לחץ כאן להזנת תאריך**. ועד ליום: **לחץ כאן להזנת תאריך**.



22 תקופת הביטוח המבוקשת: **מיום**: לחץ כאן להזנת תאריך.

23 האם הוגשה תביעה כלשהי בגין אחריות מקצועית נגד המוסד ו/או נגד אחד מהבעלים ו/או שותפים ו/או מועסקים בגין רשלנות מקצועית? כן לא.

באם כן, נא לפרט בצורה מלאה (או בנספח נפרד) פרטים על תביעות ששולמו או תלויות (תאריך האירוע, מועד הגשת התביעה, טענת התובע, הפיצוי הנדרש, הסכום שנקבע ע"י המבטח כרזרבה עתידית לתשלום, או לחילופין סכום הפיצוי ששולם):

אם כן, פרט:

24 האם ידוע לך על נסיבות קיימות העלולות לשמש עילה לתביעה בעתיד נגד המוסד ו/או מי מהבאים מטעמו בקשר עם אחריות מקצועית? כן לא

אם כן, פרט:

25 האם נדרש כיסוי רטרואקטיבי? כן לא.

באם כן, נא לפרט פרטי הביטוח אצל המבטח הקודם (גבולות אחריות, השתתפות עצמית, תקופת ביטוח, המבוטחים בפוליסה, הפעילות המבוטחת), וכן פירוט ניסיון התביעות ואירועים חריגים ב- 5 שנים האחרונות:

26. ניהול סיכונים:

א. האם קיימת במוסד יחידת ניהול סיכונים/ בטיחות הטיפול?

ב. מי ממונה על ניהול סיכונים/ בטיחות הטיפול? האם עבר הכשרה פורמאלית בתחום?

ג. האם קיים נוהל אירועים חריגים ביחס למטופלי המוסד? ככל שכן- אנא צרפו הנוהל.

ד. האם נעשה שימוש בטפסי הסכמה ייעודים בתחומים רלבנטיים? אם כן- פרט:

הצהרת המבקש/מציע

1. אני הח"מ _____ מצהיר/ה בזה שהתשובות הינן נכונות, מלאות וכנות ושלא העלמתי כל ענין מהותי הנוגע לביטוח זה. הנני מסכים/ה להודיע לחברה על כל שינוי שיחול בכל עניין מהותי, לרבות שינוי שיחול במקצועי או במשלוח יד, במצב בריאותי, או על דבר סידור ביטוחים נוספים. כמו כן, הנני מסכים/ה שהצעה זו והצהרתי, בין שנכתבו על ידי ובין שלא על ידי, תשמשנה יסוד לחוזה שביני ובין הראל חברה לביטוח בע"מ. אני מסכים/ה לקבל את הפוליסה הנהוגה בחברתכם ומתחייב/ת לשלם את הפרמיה המגיעה בגינה.
2. מציע נכבד! כדי למנוע אי הבנות ואי דיוקים, הנך מתבקש/ת לקרוא את הפוליסה ואת דף המפרט שישלחו אלייך אחרי הפקת הפוליסה ולהעיר את הערותייך בהקדם האפשרי, בכל מקרה שבו תמצא/י כי הפוליסה אינה תואמת את הצעתך.
3. המידע הכלול במסמך זה ניתן מרצוני ובהסכמתי המלאה.
4. אינך רשאי למסור פרטים של אדם אחר בטופס זה, אלא אם יידעת אותו על כך וקיבלת מראש את הסכמתו לשימוש הראל במידע כאמור בטופס זה ובהסכמות שתסמן.

מס' תעודת זהות:	תאריך:	חתימת המציע:
-----------------	--------	--------------

המידע הכלול במסמך זה הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסות ולטיפול בעניינים הקשורים בהן. המידע ייאסף, יישמר ויעובד בחברה ובחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) ועל ידי צדדים שלישיים הפועלים עבורן והן/ואו מטעמן תעשנה בו שימוש, לצורך הטיפול בפוליסה ולמטרות לגיטימיות אחרות, לרבות ביצוע תחשיבים אקטואריים. פרטים נוספים ניתן למצוא במדיניות הפרטיות שבאתר החברה.

לידיעתך, אם ברשותך פוליסת ביטוח בתוקף, עליה הנך מבקש להוסיף כיסוי נוסף, הרחבה או כתב שירות, הוספתם נתונה לבחירתך, והנך רשאי לבחור בהם או לוותר עליהם, מבלי שהדבר יפגע ביתר תנאי הפוליסה. **תשומת ליבך כי בהיעדר כיסוי לפרק מסוים- לא ניתן לרכוש כיסוי להרחבות לאותו פרק.**

קבלת דבר פרסומת

הרינו להודיעך כי קיימת אפשרות שתקבל מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן יועברו פרטיך (ככל שנתת הסכמה להעברת פרטיך אליהן), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברה ו/או החברות בקבוצת הראל, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS). אם אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותך להודיע על סירובך בכל עת באמצעות "טופס סירוב קבלת דבר פרסומת" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת <http://www.harel-group.co.il> או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, חטיבת ביטוח כללי, אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 52118, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.

הסכמה לשימוש במידע

אני מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותיי, המצוי או שיהיה מצוי בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסים בע"מ וחברות בנות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסים) ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתי מידע על מוצרים ושירותים, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.

תאריך _____ שם המציע: _____ חתימה _____

מאגר משותף ועיבוד מידע

קבוצת הראל פועלת כל העת לשפר את שירותיה תוך שימוש בכלים טכנולוגיים מתקדמים כדי לייעל את השירות. בכלל זה מפעילה קבוצת הראל מאגר מידע מרכזי, אשר משמש את הגופים המוסדיים בקבוצה, בין היתר, בעיבוד וניתוח הנתונים בניהול מערך השירותים, ובביצוע התאמות אישיות ובמסגרתו ירוכזו ויעובדו גם המידע אודותיך. לפרטים נוספים באפשרותך לעיין במדיניות הפרטיות שבאתר החברה.

אם אתה מעדיף שלא נשתמש במידע אודותיך לשימושים אלה, תוכל להודיע על העדפתך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il/t/H88B3N.