

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.  
הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

<b>א פרטי הסוכן</b>	
שם הסוכן	שם הסוכנת

<b>ב פרטי המציעה/ה</b>	
שם משפחה בעברית	שם משפחה באנגלית
שם פרטי בעברית	שם פרטי באנגלית
מס' ת.זהות/ח.פ.	תאריך לידה
רחוב	מס' שכונה/עיר
מיקוד	טלפון נייד
כתובת דואר אלקטרוני לצורך קבלת דיוורים	
@	
האם הינך מנהל את עסקיך המקצועיים-רפואיים באמצעות חברה בע"מ הנמצאת בבעלותך או באמצעות שותפות כלשהי? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט אחוז הבעלות שלך %	
שם החברה ח.פ.	
תחומי פעילות של החברה/שותפות	

<b>ג מקום המרפאה</b>	
רחוב	מס' שכונה/עיר
מיקוד	טלפון (+קידומת)

<b>ד תקופת ביטוח</b>
המבוקשת מיום: / / עד יום: / / בחצות מבוסס נכבד: הפוליסה לאחריות מקצועית מבוססת על תאריך הגשת התביעה.

<b>ה אופן התשלום</b>
<input type="checkbox"/> גביה רגילה <input type="checkbox"/> כרטיס אשראי <input type="checkbox"/> הוראת קבע לבנק

<b>ו גבול האחריות</b>
גבול האחריות המבוקש בגין מקרה אחד וכל התביעות דיווחו במשך תקופת הביטוח (בהתאם לאפשרויות הבחירה המצורפות):

<b>ז פרטי העסק</b>
פרטי ושמות ההתאגדיות המקצועיות אשר בהן הינך חבר:
מקצועו הרפואי או מהות עסקו/ה של המציעה/ה לגביו/הן מתבקש כיסוי זה - הכיסוי הביטוחי כפוף לעיסוק המוצהר להלן ובתנאי שהושלם חוזה הביטוח):
מוסד ההסמכה: תואר ההסמכה: תאריך ההסמכה:
תחום ההתמחות ופירוט תפקידים ועיסוקים נלווים (ניהול, יעוץ לגופים, הנחיית סדנאות, פעילות באתרי אינטרנט וכו'):
<b>יש לצרף את המסמכים הבאים:</b>
<input type="checkbox"/> תעודת/ות הסמכה
<input type="checkbox"/> רישיון/ות משרד הבריאות
<input type="checkbox"/> תעודת/ות מומחיות של משרד הבריאות
<input type="checkbox"/> תעודת/ות הכרה של משרד הבריאות או תעודת גמר לימודים ממוסד מוכר
<input type="checkbox"/> תעודות התמחות / קורסים / השתלמויות
<input type="checkbox"/> אחר

קורסים ופירוט תפקידים: .....

מס' שנות התמחות: ..... חברה/ באגוד/ ארגון מקצועי  לא  כן, פרט .....

ותק שלך במקצוע משנת ..... שנת היווסדות העסק: ..... מס' הרישוי המקצועי: .....

**האם הינך עוסק באחד או יותר מהתחומים הבאים:**

אסתטיקה כירורגית ושאונה כירורגית (יש לפרט במכתב נפרד את סוגי הטיפולים)

הרדמה

השתלת שיער

טיפול נמרץ

כירורגיה פלסטית

מיילדות (לרבות מעקב היריון ו/או אולטרא-סאונד מיילדותי ו/או גנטיקה ו/או פיריון ו/או הפרייה חוץ גופית)

ניסויים קליניים

ניתוחים לתיקון ראייה בטכניקת לאסיק/לייזר

פסיכותרפיה (יש לצרף תעודת גמר לימודים ממוסד מוכר)

פעולות פולשניות אחרות, פרט: .....

רפואה משלימה, פרט: .....

האם הינך עובד/ת בקופת חולים / בית חולים  לא  כן, פרט .....

האם הינך עובד/ת או מועסק/ת על ידי אדם או חברה כלשהם:  לא  כן, פרט .....

שם המעסיק: .....

האם הינך עובד/ת כעצמאי/ת? .....

האם בתחום עיסוקך במקצוע לגביו ניתן הכיסוי הביטוחי, נעשה שימוש במכשירים או בתכשירים כלשהם  לא  כן,

אם כן פרט/י: .....

האם הינך מעסיק/ה עובדים רפואיים ו/או פרא רפואיים ו/או רפואה משלימה:  לא  כן, פרט תפקידיהם ושמותיהם של כל אחד: .....

**תשומת ליבך, כי הכיסוי עפ"י הפוליסה הינו לאחריותך הישירה והשילוחית בלבד, ואינו מכסה את אחריות הסגל המועסק על ידך, וכי לכל אחד מהצוות הרפואי / פרא-רפואי / רפואה משלימה המועסק על ידך דרוש כיסוי ביטוחי נפרד לאחריותו.**

האם פיסרת עובד/ת, או חשבת לפטור/ה, בשל טעות מקצועית?  לא  כן, פרט .....

מה מספר המועסקים בעסק הנדון? שותפים ומנהלים: ..... סגל מקצועי: ..... שאר העובדים: .....

סה"כ: .....

מקום עבודה	שם מקום העבודה	שכיר % משרה	עצמאי מס' שעות שבועיות	מבוטח במסגרת מקום העבודה
				(כן/לא)
פרקטיקה פרטית				<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
בית חולים ציבורי				<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
בית חולים פרטי				<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
קופת חולים				<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
מרפאה כירורגית				<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
אחר				<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא

רשומי/י כיצד אתה מנהל את הרשומות הרפואיות: באיזה אמצעי, מה סוג המידע, היכן ובמשך כמה זמן הן נשמרות? כיצד נשמרת סודיות המידע (אנא התייחס בתשובותך גם למרשמים בכתב יד, העתקים של חוות דעת ומרשמים)? .....

שימי לב שדרישות פוליסה זו לשמירה על רשומות הינה 10 שנים לכל הפחות ובמקרה של קטין 10 שנים מבגירותו.

ט עבר ביטוחי

1. האם היית מבוטח/ת ב-10 שנים האחרונות, או הינך מבוטח/ת כעת, בגין אחריות מקצועית?  לא  כן, פרט: .....

שם החברה המבטחת: ..... מהות הביטוח: .....

תקופת הביטוח: ..... מס' פוליסה: .....

2. האם נדחתה הצעתך ב-10 שנים האחרונות, או מי משותפייך, לביטוח אחריות מקצועית?  לא  כן, פרט: .....

3. האם הותנו תנאים מיוחדים להצעה כזו ב-10 שנים האחרונות?  לא  כן, פרט: .....

4. האם סירב מבטח כלשהו לחדש ביטוח כזה, או ביטל אותו ב-10 שנים האחרונות?  לא  כן, פרט: .....

5. האם הוגשו ב-5 השנים האחרונות תביעות נגדך בגין ביטוח אחריות מקצועית?  לא  כן, פרט: .....

השנה, מהות התביעה, סכום, התביעה וסכום הפיצוי ששולם: .....

6. האם ידוע לך על מקרים כלשהם העשויים לגרום לתביעה כ"ל נגדך?  לא  כן, פרט: .....


1. האם נשלל / הוטלה / צומצם / הוגבל הרישיון (הנדרש בחוק) לעסוק במקצועך לגביו תבקש ביטוח זה?  לא  כן, אם התשובה "כן" נא פרט נסיבות, מועדים, ע"י מי נשלל.....
  2. האם מואשם (בהווה) או הורשע\* המציע או מי מהאנשים - לגביהם מתבקש ביטוח זה - בפלילים בגין מעשה מרמה - בקשר עם העיסוק/המקצוע - לגביו ניתן ביטוח זה? לא/כן, מחק את התשובה המיותרת. אם התשובה "כן" נא פרט:.....
  3. האם מואשם (בהווה) או הורשע\* המציע או מי מהאנשים - לגביהם מתבקש ביטוח זה - בפלילים בגין הטרדה מינית - בקשר עם העיסוק/המקצוע - לגביו ניתן ביטוח זה? לא/כן, מחק את התשובה המיותרת. אם התשובה "כן" נא פרט:.....
  4. האם מואשם (בהווה) או הורשע\* המציע או מי מהאנשים - לגביהם מתבקש ביטוח זה - בפלילים בגין הפרת הפרטיות - בקשר עם העיסוק/המקצוע - לגביו ניתן ביטוח זה? לא/כן, מחק את התשובה המיותרת. אם התשובה "כן" נא פרט:.....
- \*הורשע - יש לציין העבירות המבוקשות ככל שטרם נמחקו לפי חוק המרשם הפלילי ותקנות השבים, התשמ"א-1981.

**יצא הצהרות והסכמות המציע**

1. אני הח"מ ..... מצהיר/ה בזה שהתשובות הינן נכונות, מלאות וכנות ושלא העלמתי כל ענין מהותי שנשאלתי עליו הנוגע לביטוח זה. תשומת ליבך כי עליך לתת תשובות נכונות, מלאות וכנות בעניין מהותי וככל שלא יינתנו תשובות כאמור יכול ותהיה לכך השפעה על תגמולי הביטוח. הנני מסכים/ה להודיע לחברה על כל שינוי שיחול בכל עניין מהותי, או על דבר סידור ביטוחים נוספים. כמו כן, הנני מסכים/ה שהצעה זו והצהרתי, 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/ה נכבד/ה! 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 הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסה וכן לכל דבר ועניין אחר הקשור לפוליסות ולטיפול בהן. החברה וחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) תעשנה בו שימוש, לרבות עיבודו, אחסונו ושימוש בו לכל עניין הקשור בפוליסות לרבות טיפול בתביעות. זאת, אף באמצעות העברתו של המידע, למטרות אלו, לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל בעניינים אלו.


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

**קבלת דבר פרסומת**  
הרינו להודיעך כי קיימת אפשרות שתקבל מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן יועברו פרטיך, 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 או לשנות בחירה קודמת בכל עת באמצעות "טופס אי קבלת פרסומת והצעות שיווקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת [www.hrl.co.il/pirsum](http://www.hrl.co.il/pirsum) או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, אגף שיווק, אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.

**יב 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 החברה וחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים 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 והפיננסיים) ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתך מידע על מוצרים ושירותים, וכן לצורך טיפול בפוליסות ו/או במוצרי ביטוח, חיסכון ארוך טווח ופיננסיים אחרים שברשותי, עיבודו ואחסונו של המידע, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, ולמטרות לגיטימיות אחרות הקשורות לשימושים הרלוונטיים לקשרים העסקיים עימי.

תאריך: ..... מס' תעודת זהות: ..... חתימת המועמד לביטוח:  .....

טל: 03-7547777