

הצעה לביטוח אחריות מקצועית - רופא שיניים

פרטי הסוכן:

מס' הסוכן: שם הסוכן: שם הסוכנות:

פרטי המציע/ה: מספר רישיון לעסוק בישראל כרופא שיניים.....תוקף הרישיון.....

שם משפחה/ בעברית ובאנגלית: תואר

שם פרטי בעברית ובאנגלית: מין:

מס' ת. זהות/ ח.פ.: תאריך לידה:

כתובת:

רחוב
(+קידומת)
מס' שכונה/ עיר מיקוד טלפון

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? לא כן, פרט אחוז הבעלות שלך

שם החברה..... ח.פ.

תחומי פעילות של החברה/שותפות

מקום המרפאה כתובת:

רחוב מס' שכונה/ עיר מיקוד טלפון (+קידומת)

תקופת הביטוח המבוקשת מיום:/...../..... עד יום:/...../..... בחצות

מבוטח נכבד: הפוליסה לאחריות מקצועית לרופאי שיניים מבוססת על **מועד מקרה הביטוח**.

אופן התשלום גביה רגילה כרטיס אשראי הוראת קבע לבנק

גבול האחריות המבוקש בגין מקרה ביטוח אחד וכל מקרי הביטוח שיארעו בתקופת הביטוח

\$2,500,000

\$5,000,000

האם הנך מעוניין בהנחה בדמי הביטוח, תמורת השתתפותך העצמית בכל תביעה? כן לא
(ניתן באישור החברה מראש ורק במקרים בהם קיים העדר תביעות ו/או אירועים העשויים להביא לתביעות)

תחום ההתמחות ופירוט תפקידים ועיסוקים נלווים (ניהול, יעוץ לגופים, הנחיית סדנאות, פעילות באתרי אינטרנט, הדרכות, קידום מכירות וכו'):

מס' שנות התמחות: חבר/ה באיגוד/ ארגון מקצועי לא כן, פרט

ותק שלך במקצוע משנת שנת היווסדות העסק: מס' הרישיון המקצועי:

יש לצרף את המסמכים הבאים:

רישיון תקף לרפואת שיניים בישראל

תעודת/ות מומחיות של משרד הבריאות ככל שנדרשת כזו לצורך העיסוק ברפואת השיניים

האם הינך עוסק באחד או יותר מהתחומים הבאים:

עוסק בטיפולים תחת הרדמה

ניסויים קליניים

משתמש במוצר שיוצר ו/או נלקח מגוף האדם, פרט:

פעולות פולשניות אחרות, שאינן במסגרת מקובלת של רופא שיניים, פרט:

האם הינך מעסיק/ה עובדים ו/או רופאים ו/ או מתמחים ו/או שיניניות ו/או סיעות ו/או עובדי משרד:

לא כן, פרט תפקידיהם ושמותיהם של כל אחד

האם ברצונך כי במסגרת הכסוי שיינתן בפוליסה ברצונך לכסות גם את אחריותה/ן המקצועית של סניע/ות במסגרת עבודתן אצלך? כן לא אם "כן" נא ציין שמ/ות ומספרי תעודת זהות וצרף תצלומי רישיונות ותעודות הסמכה בהם יועסקו על ידך.

האם ברצונך כי במסגרת הכסוי שיינתן בפוליסה ברצונך לכסות גם את אחריותה/ן המקצועית של שיננית/יות במסגרת עבודתן אצלך? כן לא אם "כן" נא ציין שמ/ות ומספרי תעודת זהות וצרף תצלומי רישיונות ותעודות הסמכה בהם יועסקו על ידך.

האם ברצונך כי במסגרת הכסוי שיינתן בפוליסה ברצונך לכסות גם את אחריותה/ן המקצועית המתמחים/ות'ים במסגרת עבודתן אצלך? כן לא אם "כן" נא ציין שמ/ות ומספרי תעודת זהות וצרף תצלומי רישיונות ותעודות הסמכה בהם יועסקו על ידך.

תשומת ליבך, כי הכיסוי עפ"י הפוליסה הינו לאחריותך הישירה והשילוחית בלבד, ואינו מכסה את אחריות הסגל המועסק על ידך, אלא אם מדובר במתמחה ו/או שיננית ו/או סניעת אשר עובדים עימך ועבורך וצוין במפורש ברשימה כי חבותם מכוסה וכן צרפת תצלומי רישיונות ותעודות הסמכה בהם יועסקו על ידך.

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

מה מספר המועסקים בעסק הנדון? שותפים ומנהלים: סגל מקצועי: שאר העובדים:
סה"כ:

האם הינך מקיים פעילות מקצועית/ עסקית בחו"ל? לא כן, פרט:

שם המדינה, מהות העיסוק, שיעור העיסוק מסה"כ המחזור הכללי של עיסוקך:

אין כיסוי בארה"ב וקנדה

תשומת ליבך כי רק אם צוין במפורש ברשימה הביטוח מכסה פעילות מקצועית אקראית וגם או מזדמנת בכל רחבי העולם למעט בארה"ב ובקנדה והמדינות המחילות את חוקיהן. הביטוח אינו מכסה שיפוט, בכל שלב, על פי חוקי ארה"ב וקנדה והמדינות המחילות את חוקיהן ואינו מכסה "אימוץ וגם או אכיפת פס"ד שנתקבל בארה"ב / בקנדה או על פי חוקיהן. לתשומת ליבך הכיסוי שיינתן בפוליסה לעניין פעילות בחו"ל המתבצעת על בסיס קבוע אינו מכוסה.

מבוטח במסגרת מקום העבודה (כן/לא)	עצמאי	שכיר	שם מקום העבודה ושם המעסיק	מקום עבודה
	מס' שעות שבועיות	% משרה		
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן				פרקטיקה פרטית

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
צה"ל / משהב"ט	<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא

אחר לא כן

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 בתשובתיך גם למרשמים בכתב יד, העתקים של חוות דעת ומרשמים)?

.....

.....

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

.....

עבר ביטוחי

האם היית מבוטח/ת ב-10 שנים האחרונות, או הינך מבוטח/ת כעת, בגין אחריות

מקצועית? לא כן, פרט/י:

שם החברה המבטחת:

תקופת הביטוח: מס' פוליסה:

(נא צרף תצלום הפוליסה האחרונה)

האם נדחתה הצעתך ב-10 שנים האחרונות, או מי משותפך, לביטוח אחריות מקצועית?

..... לא כן, פרט:

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

האם ביטל מבטח כלשהוא לך, או למי משותפך, או למי מעובדיך את ביטוח אחריותם

המקצועית אותה הינך מבקש לכסות, ? לא כן, פרט:

האם הוגשו ב-5 השנים האחרונות תביעות נגדך או נגד מבטח אשר ביטח את חבותך

המקצועית בגין אחריות מקצועית? לא כן,

.....

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

.....

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

.....

האם נשלל/הוטלה/צומצם/הוגבל הרישיון (הנדרש בחוק) לעסוק במקצועך לגבי תבקש ביטוח זה? לא כן, פרט נסיבות, מועדים, ע"י מי נשלל:

.....

האם מואשם (בהווה) או הורשע* המציע או מי מהאנשים - לגביהם מתבקש ביטוח זה - בפלילים בגין מעשה מרמה - בקשר עם העיסוק/המקצוע - לגבי ניתן ביטוח זה? לא כן, פרט-

.....

האם מואשם (בהווה) או הורשע* המציע או מי מהאנשים - לגביהם מתבקש ביטוח זה - בפלילים בגין הטרדה מינית- בקשר עם העיסוק/המקצוע - לגבי ניתן ביטוח זה? לא כן, פרט:-

.....

האם מואשם (בהווה) או הורשע* המציע או מי מהאנשים - לגביהם מתבקש ביטוח זה - בפלילים בגין הפרת הפרטיות - בקשר עם העיסוק/המקצוע - לגבי ניתן ביטוח זה? לא כן, פרט

.....

*הורשע – יש לציין העבירות המבוקשות ככל שטרם נמחקו לפי חוק המרשם הפלילי ותקנות השבים, התשמ"א-1981.

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 יוכל 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, תשמנה 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 פיננסים 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 <https://www.hrl.co.il/pirsum> או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, אגף שיווק, 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 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 והפיננסים) ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתי 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 _____ שם המועמד לביטוח: _____ חתימה _____