

הצעה לביטוח אחריות מקצועית - פארא רפואי

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


א פרטי הסוכן	
שם הסוכן	שם הסוכנת

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

תשומת לב! הביטוח מוגבל להעסקה של לא יותר מ-3 עובדים העוסקים במקצוע בתחום הפארא-רפואי / רפואה משלימה בהתאם לתחומי ההתמחות שציינת בסעיף ט' להלן. בכל מקרה אחר: יש למלא טופס הצעה לביטוח אחריות מקצועית למוסד רפואי.

ג תקופת ביטוח
המבוקשת מיום: / / עד יום: / / בחצות
מבוטח נכבד: הפוליסה לאחריות מקצועית מבוססת על תאריך הגשת התביעה.

ד אופן התשלום
<input type="checkbox"/> גביה רגילה <input type="checkbox"/> כרטיס אשראי <input type="checkbox"/> שירות שקים

ה כיסוי רטרואקטיבי
<p>כיסוי רטרואקטיבי מבוקש? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן - החל מתאריך:</p> <p>הריני מצהיר/ה בזאת כי אין לי ולא ידוע לי על כל מקרה או אירוע היכול להוות עילה להגשת תביעה נגדי, בגין המקצוע /העיסוק לגביו מתבקש ביטוח על פי הצעה זו, שאירע בתקופה שבין התאריך הנ"ל ועד ליום הגשת ההצעה.</p> <p>תאריך:</p> <p>חתימת המועמד לביטוח: </p> <p>שם חברת הביטוח הקודמת שביטחה אותך בפוליסת אחריות מקצועית:</p> <p>יש לצרף עותק מפוליסה קודמת עליה מצוין תאריך הרטרואקטיביות.</p>

ו גבולות האחריות
<p>גבול האחריות המקצועית הרפואית, המבוקש בגין מקרה אחד וכל התביעות במשך תקופת הביטוח:</p> <p><input type="checkbox"/> עד 250,000 ₪ <input type="checkbox"/> עד 500,000 ₪ <input type="checkbox"/> עד 1,000,000 ₪ <input type="checkbox"/> עד 2,000,000 ₪ <input type="checkbox"/> עד 4,000,000 ₪ <input type="checkbox"/> עד 10,000,000 ₪. לגבול אחריות גבוה יותר ניתן לפנות לחברה.</p> <p>האם מתבקשת הרחבת כיסוי לאחריות כלפי צד שלישי כללי? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן. אם כן יש לבחור:</p> <p><input type="checkbox"/> עד 250,000 ₪ <input type="checkbox"/> עד 400,000 ₪ <input type="checkbox"/> עד 500,000 ₪ <input type="checkbox"/> עד 1,000,000 ₪ <input type="checkbox"/> עד 2,000,000 ₪.</p> <p>*לידיעתך -</p> <p>1. גבול האחריות לצד ג' לא יהיה גבוה מגבול האחריות המקצועית הרפואית.</p> <p>2. גבולות האחריות להרחבת צד ג' זו יכללו בגבולות האחריות המקצועית הרפואית (ולא בנוסף אליהם), אלא אם צויין אחרת בדפי הרשימה.</p>



האם הנך מעוניין בהנחה בדמי הביטוח, תמורת השתתפותך העצמית בכל תביעת אחריות מקצועית? כן לא
 תשומת לב - בכיסוי אחריות כלפי צד שלישי אם נרכש כיסוי כאמור השתתפות העצמית לכיסוי זה אינה ניתנת לביטול.

ח פרטי העסק

מקצוע הפרא רפואי או מהות עסק/ה של המציע/ה לגביו/הן מתבקש כסוי 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'):

חבר/ה באיגוד / ארגון מקצועי לא כן, פרט

יש לצרף את המסמכים הבאים, ככל שרלבנטיים למקצועך:

תעודת/ות הסמכה

רישיונות/ משרד הבריאות

תעודת/ות מומחיות של משרד הבריאות

תעודת/ות הכרה של משרד הבריאות או תעודת גמר לימודים ממוסד מוכר

תעודת/ות רישום בפנקס הפסיכולוגים/פנקס העובדים הסוציאליים

אחר

ט תחומי ההתמחות

תחומי ההתמחות ופירוט תפקידים:

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

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

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?

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

1. ביטול חריג אובדן מסמכים? לא כן

2. ביטול חריג הוצאת דיבה, השמצה? לא כן

3. האם הינך מעניק יעוץ באינטרנט? לא כן

4. האם הינך מבצע סדנאות / ימי כיף בהם משתתפים מעל 20 איש? לא כן
מספר אנשים מרבי המשתתפים בסדנא/יום כיף?

5. האם הינך מעסיקה/ עובדים? לא כן
האם פיטרת עובדת, או חשבת לפטרו/ה, בשל טעות מקצועית? לא כן, פרט

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

6. האם ברצונך לרכוש כיסוי לאחריות שילוחית? לא כן, תשומת לב כי כיסוי זה הינו במסגרת תחום ההתמחות שציינת בסעיף ט' לעיל. כמו כן כיסוי זה אינו מכסה את אחריותם המקצועית של המועסקים על ידך.
אם כן אנא פרט:

ת.ז. שם

ת.ז. שם

ת.ז. שם

7. האם ברצונך לרכוש כיסוי לאחריות המקצועית הישירה של העובדים?
 לא כן, תשומת לב כי כיסוי זה הינו במסגרת תחום ההתמחות שציינת בסעיף ט' לעיל.
אם כן אנא פרט:

ת.ז. שם

ת.ז. שם

ת.ז. שם

8. האם בתחום עיסוקך במקצוע לגביו ניתן הכיסוי הביטוחי, נעשה שימוש במכשירים כלשהם?
 לא כן, אם כן פרט/י:

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

שם המדינה, מהות העיסוק, שיעור העיסוק:

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. תשומת ליבך - פעילות בחו"ל המתבצעת על בסיס קבוע אינה מכוסה.

10. האם ברצונך לוותר על כיסוי לתקופת דיווח מוארכת תמורת הנחה בדמי הביטוח? לא כן

יא עבר ביטוחי

1. האם היית מבטוח/ת ב-5 השנים האחרונות, או הינך מבטוח/ת כעת, בגין אחריות מקצועית? לא כן, פרט:

שם החברה המבטחת:

תקופת הביטוח: מס' פוליסה:

2. האם נדחתה הצעתך ב-5 השנים האחרונות, או מי משותפך, לביטוח אחריות מקצועית? לא כן, פרט:

3. האם הותנו תנאים מיוחדים להצעה כזו ב-5 השנים האחרונות? לא כן, פרט:

4. האם ביטל מבטח כלשהוא לך, או למי משותפך, פוליסה? לא כן, פרט:


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

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

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

הריני מצהיר/ ה בזאת כי אין לי ולא ידוע לי על כל מקרה או אירוע היכול להוות עילה להגשת תביעה נגדי, בגין המקצוע/העיסוק לגביו מתבקש ביטוח על פי הצעה זו שאירע בתקופה עובר למועד מילוי הצעתי זו.

תאריך:

חתימת המועמד לביטוח: 

יב פרטים נוספים

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 הואשם (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. אם התשובה "כן" נא פרט:

3. האם הואשם (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. אם התשובה "כן" נא פרט:

4. האם הואשם (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. אם התשובה "כן" נא פרט:


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

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 ידי, במצב בריאותי, או על דבר סידור ביטוחים נוספים. כמו כן, הנני מסכים/ה שהצעה זו והצהרתי, בין שנכתבו על ידי ובין שלא על ידי, תשמנה יסוד לחוזה שבני 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 הערותיך בהקדם האפשרי, בכל מקרה שבו תמצאי/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.

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

אף שאין חובה חוקית למסור חלק מהמידע המתבקש במסמך זה, המידע 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) וצדדים 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.**


יד 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 או לשנות בחירה קודמת, בכל עת, באמצעות "טופס אי קבלת פרסומות והצעות שיווקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.hrl.co.il/pirsum או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, חטיבת ביטוח כללי, אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.

טו 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 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 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: 

טז הצהרת הסוכן לבירור צרכי המועמד והצעת ביטוח התואמת לצרכיו

אני מאשר כי ביררתי את צרכי המועמד/ים לביטוח בהתאם להוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח והצעתי לו/הם ביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת, התואמים לצרכיו/הם.

תאריך:..... שם הסוכן:..... חתימה: 

יז אחזור מידע אישי

לידיעתך, לצורך ייעול ושיפור השירות הניתן על ידי "הראל", ככל שההצעה תאושר ותופק פוליסת ביטוח בהתאם - המידע, הדיוריים והמסמכים, אשר ישלחו אליך מחברת הראל, יופיעו במסגרת ה-"האזור האישי" שלך באתר הראל.