

הצעה לביטוח אחריות מקצועית - רפואה משלימה ופרא - רפואי

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

א פרטי הסוכן

שם הסוכן	שם הסוכנת
----------	-----------

ב פרטי המציע/ה

שם משפחה בעברית	שם משפחה באנגלית		תואר
שם פרטי בעברית	שם פרטי באנגלית		מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
מס' ת' זהות/ח"פ	תאריך לידה	טלפון (+קידומת)	טלפון נייד
רחוב	מס'	שכונה/עיר	מיקוד
כתובת דואר אלקטרוני לצורך קבלת דיוורים			
מקום המרפאה: כתובת: רחוב	מס'	שכונה/עיר	מיקוד
<p>האם הינך מנהל/ת את עסקיך המקצועיים- רפואיים / פרא-רפואיים באמצעות חברה בע"מ הנמצאת בבעלותך או באמצעות שותפות כלשהי? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>פרט/י את אחוז הבעלות שלך %</p> <p>שם החברה:</p> <p>תחומי פעילות של החברה/שותפות:</p> <p>האם הינך הבעלים היחיד של החברה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>האם הינך משמש/ת כמנהל/ת החברה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p>			

תשומת לב!

באפשרותך לרכוש כיסוי לאחריותם הישירה של עד 3 עובדים העוסקים מטעמך במקצוע בתחום הפרא-רפואי / רפואה משלימה בהתאם לתחומי ההתמחות שציינת בסעיף ח' להלן. כמו כן, באפשרותך לרכוש כיסוי לאחריותך השלוחית ללא יותר מ-10 מטפלים העוסקים מטעמך במקצוע בתחום הפרא-רפואי / רפואה משלימה בהתאם לתחומי ההתמחות שציינת בסעיף ח'. בכל מקרה שבו כמות העוסקים מטעמך עולה על האמור בהדגשה זו, יש למלא טופס הצעה לביטוח אחריות מקצועית למוסד רפואי.


ג תקופת הביטוח

המבוקשת מיום: / / עד יום: / / בחצות	מבוטח/ת נכבד/ה: 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; מספר תשלומים:
-------------------------------------	--------------------------------------	--

ה כיסוי רטרואקטיבי

<p>כיסוי רטרואקטיבי מבוקש? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן - החל מתאריך:</p> <p>האם נדרש כיסוי רטרואקטיבי עבור תקופת ביטוח מחברה אחרת? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>אם כן יש לציין - מועדי תחילה וסיום של התקופה הנדרשת:</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>



גבולות האחריות

רפואה משלימה - גבול האחריות המקצועית הרפואית המבוקש בגין מקרה אחד וכל התביעות במשך תקופת הביטוח:
 עד 500,000 ₪ עד 1,200,000 ₪ עד 2,000,000 ₪ עד 4,000,000 ₪

פרא-רפואי - גבול האחריות המקצועית הפרא-רפואית המבוקש בגין מקרה אחד וכל התביעות במשך תקופת הביטוח:
 עד 1,200,000 ₪ עד 2,000,000 ₪ עד 4,000,000 ₪ עד 10,000,000 ₪.

יובהר כי במקרים בהם ייבחר גבול אחריות שונה בין מקצוע הרפואה המשלימה למקצוע הפרא-רפואי, גבול האחריות הנמוך יהווה תת גבול אחריות לגבול האחריות הגבוה.

לגבולות אחריות גבוהים יותר ניתן לפנות לחברה.
 הרחבת גבול כיסוי לאחריות כלפי צד שלישי כללי עד 2,000,000 ₪
 (ניתן לרכוש רק כשקיים גבול אחריות מינימלי למקצועות המבוטחים, שלא יפחת מ-2,000,000 ₪) * לא כן

*לידיעתך -
 1. גבול האחריות לצד ג' לא יהיה גבוה מגבול האחריות המקצועית הרפואית.
 2. גבולות האחריות לכיסוי צד ג' זה יכללו בגבולות האחריות המקצועית הרפואית / הפרא-רפואית (ולא בנוסף אליהם), אלא אם צויין אחרת בדפי הרשימה.

השתתפות עצמית

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

פרטי העסק ותחומי ההתמחות

המקצוע הרפואי / הפרא-רפואי או מהות עסק/ה של המציע/ה לגביו מתבקש כיסוי זה - הכיסוי הביטוחי כפוף לעיסוק המוצהר להלן (בתנאי שהושלם חוזה הביטוח):

מוסד ההסמכה: תואר ההסמכה: תאריך ההסמכה:

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

אם המקצוע שצוין הוא חניך בקואופ'ינג, יש לציין את פרטי החונך:
 שם: ת"ז: כתובת:

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

יש לצרף את המסמכים הבאים, ככל שרלבנטיים למקצועך:

- תעודות הסמכה
- רישיונות משרד הבריאות
- תעודות מומחיות של משרד הבריאות
- תעודות הכרה של משרד הבריאות או תעודת גמר לימודים ממוסד מוכר
- תעודות רישום בפנקס הפסיכולוגים/פנקס העובדים הסוציאליים
- אחר:

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"/> לא <input type="checkbox"/> כן
בית חולים ציבורי				<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
בית חולים פרטי				<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
קופת חולים				<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
מרפאה כירורגית				<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
אחר				<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן

רשומי כיצד את/ה מנהל/ת את הרשומות הרפואיות: באיזה אמצעי, מה סוג המידע, היכן ובמשך כמה זמן הן נשמרות? כיצד נשמרת סודיות המידע?

שימ/י לב שדרישת 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. ביטול חריג אי יושר עובדים? לא כן
4. האם הינך מעניקה/ יעוץ באמצעות מדיה דיגיטלית? לא כן
5. האם הינך מבצעת/ סדנאות* / ימי כיף בהם משתתפים מעל 30 איש (לרבות באמצעות מדיה דיגיטלית)? לא כן

מספר אנשים מרבי המשתתפים בסדנא/ יום כיף:

* חניך בקואוצ'ינג: אין כיסוי לסדנאות.

6. האם הינך מעסיקה/ עובדים? לא כן

האם פיטרת עובד/ת, או חשבת לפטר/ה, בשל טעות מקצועית? לא כן, פרט/י:

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

7. האם ברצונך לרכוש כיסוי לאחריות שילוחית (עד 10 הפועלים מטעמך)? לא כן, תשומת לב כי כיסוי זה הינו במסגרת תחום ההתמחות שציינת בסעיף ח' לעיל. כמו כן כיסוי זה אינו מכסה את אחריותם המקצועית של המועסקים על ידך.

אם כן אנא פרט/י:

.....	שם	ת"ז
.....	שם	ת"ז
.....	שם	ת"ז
.....	שם	ת"ז
.....	שם	ת"ז
.....	שם	ת"ז
.....	שם	ת"ז
.....	שם	ת"ז
.....	שם	ת"ז
.....	שם	ת"ז
.....	שם	ת"ז
.....	שם	ת"ז
.....	שם	ת"ז
.....	שם	ת"ז
.....	שם	ת"ז
.....	שם	ת"ז
.....	שם	ת"ז
.....	שם	ת"ז
.....	שם	ת"ז
.....	שם	ת"ז
.....	שם	ת"ז
.....	שם	ת"ז
.....	שם	ת"ז
.....	שם	ת"ז

8. האם ברצונך לרכוש כיסוי לאחריות המקצועית הישירה של המטפלים העוסקים מטעמך? (עד 3 מטפלים) לא כן, תשומת לב כי כיסוי זה הינו במסגרת תחום ההתמחות שציינת בסעיף ח' לעיל.

אם כן אנא פרט/י:

.....	שם	ת"ז
.....	שם	ת"ז
.....	שם	ת"ז

ככל שציינת מטפלים בסעיף 7/8 לעיל, יש לצרף את המסמכים הבאים, ככל שרלבנטיים למקצועך:

- תעודות הסמכה
- רשימות משרד הבריאות
- תעודות מומחיות של משרד הבריאות
- תעודות הכרה של משרד הבריאות או תעודות גמר לימודים ממוסד מוכר
- תעודות רישום בפנקס הפסיכולוגים / פנקס העובדים הסוציאליים
- אחר:

9. האם בתחום עיסוקך במקצוע לגביו ניתן הכיסוי הביטוחי, נעשה שימוש במכשירים כלשהם?*

לא כן, אם כן פרט/י:

*לעיסוק בתחום הקוסמטיקה אין כיסוי לטיפול במכשור (למעט טיפול באדים).

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

שם המדינה, מהות העיסוק, שיעור העיסוק:

תשומת לבך 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.

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

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

תקופת הביטוח: מס' הפוליסה:

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

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


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

5. האם הוגשו ב-5 השנים האחרונות תביעות נגדך בגין ביטוח אחריות מקצועית? לא כן,
 פרט/י: השנה, מהות התביעה, סכום התביעה וסכום הפיצוי ששולם:

יש להמציא אישור מחברת הביטוח בה בוטחת בגין נסיון העבר הביטוחי, בין אם הוגשו תביעות ובין אם לאו.

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

הריני מצהיר/ה בזאת כי אין 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: 

פרטים נוספים

1. האם נשלל / הוטלה / צומצם / הוגבל הרישיון (הנדרש בחוק) לעסוק במקצועך, לגביו מתבקש ביטוח זה? לא כן, אם התשובה "כן" נא לפרט 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 שלגביו ניתן ביטוח זה? לא כן. אם התשובה "כן" נא לפרט:

3. האם הואשם (בהווה) או הורשע* המציע, או מי מהאנשים לגביהם מתבקש ביטוח זה בפלילים בגין הטרדה מינית, בקשר עם העיסוק/המקצוע שלגביו ניתן ביטוח זה? לא כן. אם התשובה "כן" נא לפרט:

4. האם הואשם (בהווה) או הורשע* המציע, או מי מהאנשים לגביהם מתבקש ביטוח זה, בפלילים בגין הפרת הפרטיות, בקשר עם העיסוק/המקצוע שלגביו ניתן ביטוח זה? לא כן. אם התשובה "כן" נא לפרט:

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


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 במשלח 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, תשמשנה 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 הערותייך 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 ו/או מטעמן והן 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 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 521 1802, או באמצעות פניה טלפונית למספר 03-7547777.

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: 

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