

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.ז/הת.ח.פ.	תאריך לידה
רחוב	מס' / שכונה/עיר
מס' תלפון נייד	מיקוד
כתובת דואר אלקטרוני לצורך קבלת דיוורים	
@	
<p>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,</p> <p>פרט אחוז הבעלות שלך %</p> <p>שם החברה</p> <p>תחומי פעילות של החברה/שותפות</p>	

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

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

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

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

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



קורסים ופירוט תפקידים:

מס' שנות התמחות: חברה/ באיגוד/ 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	עצמאי	מבטח במסגרת מקום העבודה (כן/לא)
		% משרה	מס' שעות שבועיות	
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/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 מבטח/ת ב-10 שנים האחרונות, או הינך מבטח/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 משותפך, 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 כנ"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.

יא 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 ענין 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, תשמשה 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 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.

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 ו/או 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.**


יב 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 פנייה טלפונית למספר 03-7547777.

יג 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: .....

יד 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, התואם/ים לצרכיו/הם.

תאריך:..... שם הסוכן:..... חתימה: .....

טו אחזור מידע אישי

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.

11/2019 25057/27139 אהאל