

למען הסר ספק מודגש כי מילוי טופס זה נועד רק לצורך בחינת האפשרות למתן הצעה על ידי חברת הביטוח ואינו מהווה אישור לכיסוי

שם הסוכן/סוכנות	מרחב
מספר הסוכן	צוות

הצעה לביטוח אחריות מקצועית למקצועות הפרא רפואיים ורפואה משלימה

מציע נכבד, נא השב על השאלות שבטופס זה במלואן, תשובות מלאות וכנות.
טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד

א. פרטי המציע			
שם פרטי	שם משפחה	שם חברה/ תאגיד	מס' ת.ז. / ח.פ. / עוסק זעיר/ עוסק מורשה
שם מסחרי (אם שונה מהשם הנ"ל)		שם בלועזית	

ב. פרטי התקשרות				
רחוב	מס' בית	מס' דירה	עיר/ישוב	מיקוד
מס' טלפון	מס' טלפון נייד	מס' פקס	כתובת דוא"ל (e-mail)	
כתובת אתר אינטרנט				

ג. פרטים אודות העיסוק הפרא רפואי/רפואה משלימה עבורו נדרש הביטוח
1. מה סוג העיסוק והתחום הפרא רפואי/רפואה משלימה עבורו נדרש הכיסוי הביטוחי?
2. האם עסקת בפעילות דומה תחת שם מסחרי אחר? לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____
3. האם אתה מבצע פעולות פולשניות או ניתוחים? לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____
4. האם אתה עורך ניסויים קליניים?

5. אנא מסור פרטים מלאים על אופן ניהול רשומות המטופלים: סוג הרשומות, היכן וכיצד הן מאוכסנות ומשך שמירתן. לידיעתך, ככל שהצעתך תתקבל, תחול עליך חובת רישום ושמירת מסמכים, כמפורט בסעיף 5.12 לפוליסה

סוג הרשומות	מקום וצורת אחסון / סוג הגיבוי	משך זמן שמירתן

6. רשום את החלוקה המוערכת באחוזים ובשעות עבודה של עבודתך לפי התחומים המפורטים להלן כשכיר או כעצמאי

שם המקום בו מתבצעת פעילותך לידיעתך, לא ניתן לבטח פעילות בחו"ל								שכיר	עצמאי
שעות שבועיות	%	שעות שבועיות	%	שעות שבועיות	%	שעות שבועיות	%	שעות שבועיות	%
קליניקה של המציע (קליניקה פרטית / בית / בתי לקוחות)									
בתי חולים במגזר הציבורי									
מרפאת קופת חולים									
אחר, פרט: _____									
סך הכל									

ד. הסמכה / הכשרה מקצועית			
שם המוסד בו הוסמכת	מדינה	שנה	תואר/דיפלומה
יש לצרף <input type="checkbox"/> העתק דיפלומה (תעודת גמר /הסמכה) <input type="checkbox"/> העתק רישיונות (כולל התמחות)		פרט סוגי התמחויות / השתלמויות והכשרות אותן סיימת בהצלחה	

ה. העסקת עובדים על ידי המבוטח			
7. האם יש בבעלותך (מלאה או חלקית) או האם אתה מפעיל או מנהל בית-חולים, בית-אבות, או מוסד רפואי אחר כלשהו? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____			
8. האם הנך מעסיק עובדים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט לפי הסעיפים מטה:			
שם מלא	עיסוק פרא רפואי/רפואה משלימה	הסמכה	מס' שעות שבועיות
9. האם אתה, או מי מעובדיך חולה במחלות מדבקות כגון צהבת נגיפית וכדומה, או כל מגבלה אחרת אשר עשויה להשפיע על ביצוע חובותיך המקצועיות או לסכן מטופלים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____			

ו. חברות בארגונים מקצועיים וביטוחים קודמים

10. האם הנך חבר או היית בעבר חבר בארגון מקצועי כלשהו?

☐ לא

☐ כן, פרט: _____

שם הארגון / הגוף	תקופת החברות/הרישום/הרישיון	הפסקה / ביטול / שינוי תנאי חברות
	לא / כן / מה הסיבה	
	לא / כן / מה הסיבה	

11. אם אתה שכיר, האם התנאי להעסקתך הוא שיהיה לך ביטוח אחריות מקצועית?

☐ לא

☐ כן, פרט: _____

12. האם גורם מוסמך או רשות כלשהיא ביטלה/ה או השעה/תה את רישיוןך?

☐ לא

☐ כן, פרט: _____

13. האם הותנו תנאים מיוחדים או מגבילים ברישיוןך הנוגעים לפעילותך?

☐ לא

☐ כן, פרט: _____

14. האם הנך מבטח בביטוח אחריות מקצועית? ☐ לא ☐ כן, פרט: _____

שם החברה המבטחת _____ מתי מסתיימת הפוליסה הנוכחית? / /

מהם גבולות האחריות בפוליסה הנוכחית? _____ מה התאריך הרטרואקטיבי? / /

15. האם אי פעם בקשה לכיסוי ביטוחי מהסוג הרשום לעיל:

☐ נדחתה ☐ לא ☐ כן, פרט: _____

☐ בוטלה ☐ לא ☐ כן, פרט: _____

☐ הצריכה תנאים מיוחדים ☐ לא ☐ כן, פרט: _____

ז. ניסיון תביעות קודם בקשר לביטוח אחריות מקצועית בלבד

16. האם ב- 5 השנים האחרונות ועד למילוי טופס זה, הוגשה תביעה נגד העסק ו/או נגדך באופן אישי ו/או נגד מי מעובדיך, בקשר לשירותים המקצועיים המוצעים לביטוח?

☐ לא

☐ כן, פרט: _____

17. האם קיימות נסיבות/ תלונות שעשויות לגרום לכך שיגישו נגדך תביעה בעתיד?

☐ לא

☐ כן, פרט: _____

ח. פרטי הכיסוי המבוקש

תקופת הביטוח המבוקשת:

מ / / עד / /

גבול אחריות למקרה ולתקופה

\$ 250,000 ☐

\$ 500,000 ☐

\$ 1,000,000 ☐

\$ 2,500,000 ☐

\$ אחר ☐

הרחבה לצד שלישי: אנא סמן את האופציה שבחרת

1. אם אינך עובד בקליניקה שלך ו/או קליניקה המושכרת לך ו/או בביתך:

☐ גבול אחריות \$ 200,000 למקרה ולתקופה משותף עם גבול האחריות בביטוח האחריות המקצועית

☐ גבול אחריות נפרד מגבולות האחריות בביטוח אחריות מקצועית:

☐ גבול אחריות \$ 200,000 למקרה ולתקופה

☐ גבול אחריות \$ 250,000 למקרה ולתקופה

2. אם הנך עובד בין היתר רק בביתך ו/או בקליניקה פרטית בבעלותך ו/או בקליניקה המושכרת לך:

☐ גבול אחריות נפרד מגבולות האחריות בביטוח אחריות מקצועית:

☐ גבול אחריות \$ 200,000 למקרה ולתקופה

☐ גבול אחריות \$ 250,000 למקרה ולתקופה

ט. הצהרת המציע
אני מאשר בחתימתי מטה כדלקמן:

1. הצהרת המציע בדבר נכונות המידע שנמסר על ידי

אני/נו החתום/ים מטה מצהירים בזה כי כל התשובות והפרטים שניתנו על ידי בהצעת הביטוח ו/או בנספח הרלוונטי (להלן: "טופס ההצעה"), נכונים לכל פרטיהם וכי אני/נו מסתיר/ים שום עובדה ו/או פרט מהותי העשוי להשפיע במובן כלשהו על שקולי החברה. ידוע לי כי השאלות המופיעות בטופס ההצעה יחשבו כעניין מהותי על פי הוראות סעיף 6 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981. אני מצהיר בזה כי עניתי לשאלות הנ"ל - ובמיוחד לשאלות א, ג-4, ג, ד, ה, ו-12, ו-13, ו-15, ז. אני/נו מסכים/ים בזאת כי הצעה זאת תהווה בסיס לחוזה ביטוח אחריות מקצועית ביני ובין כלל חברה לביטוח בע"מ, לפי תנאי הפוליסה שתוצא על ידי כלל חברה לביטוח בע"מ, במידה ותצא פוליסה כזו. במידה והצעתי תתקבל על ידי המבטח, אני מתחייב לקבל את פוליסת הביטוח על תנאיה ולשלם את דמי הביטוח (הפרמיה) במלואם ובמועדים שיוסכמו עם המבטח. אני מסכים כי מבטחים אחרים שביטחו את אחריותי המקצועית בעבר, ימסרו לכם מידע רלוונטי הנוגע לכיסוי המוצע לביטוח. אני הח"מ, מאשר בזאת שהמידע המבוקש שמסרתי במסגרת הצעה זו נמסר מרצוני ובהסכמתי. המידע והנתונים שמסרתי וכל עדכון שלהם יישמרו במאגרי המידע של המבטח וישמשו לבחינת ההצעה, להוצאת פוליסות, לניהול השוטף של תיק הביטוח, למתן שירותים במסגרת פוליסת הביטוח ולדיוור ישיר וליצירת קשר למתן מידע למבטח בקשר עם מתן השירותים בהתאם לפרטים שניתנו על ידי בטופס זה. אני מסכים כי הפרטים שמסרתי ימסרו לסוכן הביטוח שלי. אם המבטח יארגן את פעילותו במסגרת תאגיד אחר או יתמזג עם גוף אחר, הוא יהיה זכאי להעביר לתאגיד החדש העתק מן המידע שנאגר אודותי ובלבד שתאגיד זה יקבל על עצמו כלפי את הוראות הצהרה זו. ידוע לי שהביטוח יכנס לתוקפו אך ורק לאחר שטופס ההצעה יאושר בחתימת המבטח.

2. יידוע בעניין שמירת המידע

אני מוסר לכלל חברה לביטוח בע"מ מידע אישי מרצוני ובהסכמתי. לרוב אין חובה חוקית למסור את המידע, אך בלעדיו לא ניתן יהיה לרכוש את המוצר או לקבל את השירות לגביו לא אמסור את המידע. גופים מוסדיים בקבוצת כלל החזקות עסקי ביטוח בע"מ ישתמשו במידע זה, במידע אחר שבידם ובמידע שיעיג אליהם, כבעלי שליטה, לצורך אספקת שירות, ניהול עסקים, עמידה בהוראות החוק, פיתוח עסקי (כולל שיווק ופרסום מותאם אישית), להגנה על זכויותיהם ולישמושים לגיטימיים אחרים. המידע יועבר גם לגורמים המספקים לקבוצה שירותים שונים, לסוכני ביטוח, ולגורמים אחרים לפי דין, למטרות כאמור לעיל. פירוט נוסף אודות מטרות השימוש, למי יימסר המידע, דרכי ההתקשרות עם הממונה על הגנת הפרטיות בקבוצה וזכותך לבקש לעיין במידע האישי אודותיך במאגרי המידע ולבקש לתקנו אם אינו נכון, נמצא במדיניות הפרטיות בכתובת www.clalbit.co.il (מדיניות הפרטיות - כלל ביטוח).

3. אישור דיוור תפעולי

אני מסכים כי כלל חברה לביטוח בע"מ וחברות נוספות בקבוצת כלל, תשלחנה אליי מסמכים והודעות (לרבות מסמכי הפוליסה, דוחות שנתיים, ומסמכים הנדרשים על פי דין), בקשר עם כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים בקבוצת כלל באמצעות:
☐ אמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני ו/או מסרון טלפון נייד) ☐ דואר רגיל
לידיעתך, אם לא תבחר/י באחת האפשרויות המפורטות יישלחו אליך מסמכים והודעות כאמור באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני ו/או מסרון טלפון נייד), ככל שקיים בידי הקבוצה. ידוע לי כי פרטי ההתקשרות שמסרתי לעיל (מספר טלפון נייד וכתובת דואר אלקטרוני) יעודכנו במערכות כל החברות מקבוצת כלל, עבור כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצה, וישמשו לביצוע פניות אליי. ככל שברצונך לעדכן את ההסכמות האמורות ו/או פרטייך האישיים רק עבור מוצר ביטוח או חיסכון מסוים ניתן לפנות למוקד שירות הלקוחות בטלפון 5454*.

4. אישור שיווק

אני מאשר כי כלל חברה לביטוח בע"מ תפנה אליי מעת לעת בהצעות למוצרים ושירותים שונים. ההצעות יישלחו בין השאר בדואר אלקטרוני, במסרונים ובוואטסאפ, ובדיוור ישיר בכל אמצעי התקשורת. ניתן להודיע לכלל חברה לביטוח בע"מ בכל עת על העדפה לא לקבל פרסומות בדוא"ל, במסרונים ובוואטסאפ ולא לקבל דיוור ישיר, בטלפון (תא קולי) 03-7111192. כלל חברה לביטוח בע"מ תוכל לשלוח לכם הודעות שהדין מחייב או מתיר לשלוח גם ללא הסכמה.

תאריך _____ שם המציע (החותם) _____ חתימה X _____

י. הצהרת סוכן הביטוח

הצהרת סוכן הביטוח בדבר אימות פרטי ההצעה

אני, סוכן הביטוח, מצהיר ומאשר בחתימתי מטה, כי כל הפרטים והמידע שנמסרו על ידי המציע בהצעה זו, נרשם ונחתם על ידי לרבות חתימתו על הצהרת המציע לעיל ועל אישור דיוור תפעולי, וזאת לאחר שהסברתי לו כי עליו להשיב תשובות מלאות וכנות לשאלות וככל שלא יעשה כן עלולה להיות לכך השפעה על תגמולי הביטוח עד לכדי שלילתם המוחלטת. כמו כן, ביררתי את צרכי הביטוח שלו והסברתי לו את מהות הכיסויים, ההרחבות והתנאים המתייחסים לעריכת ביטוח זה ומשמעותם ומסרתי לו את המידע המהותי לגבי עיקרי הכיסוי הביטוחי, וכן מידע לגבי סכומי הביטוח וגבולות האחריות העיקריים, דמי הביטוח, פירוט אמצעי התשלום האפשריים, תנאי התשלום, מספר התשלומים ומועדי הגביה האפשריים, והוא אישרם בפניי לאחר שמצאם מתאימים לצרכיו. כמו כן, אני מאשר כי הלקוח מסר את המידע האמור לעיל לאחר שקרא את היידוע בעניין שמירת המידע האמור לעיל ולאחר שהסברתי לו את תוכנו.

תאריך _____ שם סוכן הביטוח _____ חתימה וחותמת X _____