

# שאלון לביטוח אחריות מקצועית רפואי למרפאת שינויים

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

## 1 פרטי הסוכן

שם הסוכן	שם הסוכנות	מספר סוכן
----------	------------	-----------

## 2 פרטי המציג/ה

שם משפחה בעברית	שם פרטי בעברית	
הגדרת האישיות המשפטית של המציג: <input type="checkbox"/> חברה בע"מ <input type="checkbox"/> עסק מושמה <input type="checkbox"/> שותפות רשומה <input type="checkbox"/> אחרת:		
שם' רישום (ח.פ, ת.ז. וכדו): שנת יסוד המרפאה:		
פרטי הבעלים / המפעיל של המרפאה:		
טל', נייד	טליל	שם
טלפון		כתובת
טליל		טל', נייד
		פרטי איש קשר:
		שם

## 3 פרטי העוסק

מספר המרפאות בהם מתנהלת הפעילות, כתובותן ומספר היכומות הדנטליים בכל אחת מהן:	
א. כתובות:	<input type="checkbox"/> כיסאות דנטליים
ב. כתובות:	<input type="checkbox"/> כיסאות דנטליים
ג. כתובות:	<input type="checkbox"/> כיסאות דנטליים
ד. כתובות:	<input type="checkbox"/> כיסאות דנטליים
אילו פעילויות מתבצעות במרפאה: <input type="checkbox"/> כירורגית פה ולסת <input type="checkbox"/> שתלים <input type="checkbox"/> שיקום <input type="checkbox"/> אורתונדטיה <input type="checkbox"/> טיפולים משמריים	
<input type="checkbox"/> אסתטיקה לא כירורגית (זרקוט בטוקס וחומר מילוי זמני באיזור הפנים) <input type="checkbox"/> אחרת:	
פרט במידת הצורך.....	
א. מספר מטופלים בשנה האחרונות:	
ב. מספר מטופלים צפוי לשנה הבאה (עלסן חדש):	
ג. מחזור הכנסות שנתי של העסוק (שנה الأخيرة):	
אם אתהzekק לאישור ביטוח גורם מסוים או האם הנך עובד תחת מכרז מסוים? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא (לדוגמא קופות החולים, משרדי הממשלה וכו') אם כן, נא פרט (לרבות דרישות הביטוח):	

## 4 פרטי צוות המרפאה

צוות רפואי השניים במרפאה (כימם ובסנה האחרונה):	
א. שם..... מומחיות.....	ת.ז.....
ב. שם..... מומחיות.....	ת.ז.....
ג. שם..... מומחיות.....	ת.ז.....
ד. שם..... מומחיות.....	ת.ז.....
צוות שינוי/סיעות:	
א. שם.....	ת.ז.....
ב. שם.....	ת.ז.....
ג. שם.....	ת.ז.....
ד. שם.....	ת.ז.....

תשומת ליבך כי הpolloסה אינה מכסה את אחריותם המקצועית של רפואי שניים/שניים אלא את האחריות השילוחית של המוסד בלבד.



dt14503



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

שים/י לב שדרירת פולישה זו לשמירה על רשותות הינה 10 שנים לכל הפחות, ובמקרה של קטין 10 שנים מבוגרותו.

### הוצאת ווסכמתו המציג

10

1. אני הח"מ ..... מצהיר/ה בזאת שהתחשבות הינו נכונות, מלאות וכנות שלל העلمתי כל עני מהותי הנוגע לביטוח זה. הגני מסכימ/ה להודיע לחברה על כל שינוי שיחול בכל ענייה מהותי, לרבות שינוי שיחול במקרה או במקרה יד, במצב בריאותי, או על דבר סידור ביטוחים נוספים. כמו כן, הגני מסכימ/ה שהצעה זו והऋת, בין שנקתבו על ידי ובין שלא על ידי, תשמשנה יסוד לחוזה שביני ובין הראל חברה לביטוח בע"מ. אני מסכימ/ה לקבל את הפולישה הנהוגה בחברתכם ומתחייב/ת לשלם את הפרטיה המגיעה בגיןה.
2. מציע נכבד! כדי למנוע אי הבנות ואי דיווקים, הנר מתבקש/ת לקרוא את הפולישה ואת דף המפרט שישלו אליו אחריו הפתקת הפולישה ולהעיר את העורותיך בהקדם האפשרי, בכל מקרה שבו תמצאי כי הפולישה אינה תואמת את הצעתך.
3. המידע הכלול במסמך זה ניתן מרצוני ובהסכמה המלאה.
4. אין לך רשות פרטיהם של אדם אחר בטופס זה, אלא אם ידעת אותו על קר וקיבלה מראש את הסכמתו לשימוש הראל במידע כאמור בטופס זה ובהסכמה שתסמן



חתימת המציג:

תאריך:

מס' תעודה זהות:

### שליחת דבר פרסום

11

א. הוועדה על קבלת דבר פרסום של החברה:

פרטיהם שמסרת יישמשו לצורך משלוח דברי פרסום מהחברה באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטית או הוועדה טקסט. באפשרות לסרב בכל עת ב: <https://www.harel-group.co.il/t/QMUYBS;unsubscribe1@harel-ins.co.il>; קוד QR:



### ב. הסכמה לקבלת דברי פרסום נוספים:

בוסף על פרסוםashtra רשות לשלוח לי בהתאם להודעה שניתנה לי לעיל, אני רוצה לקבל גם פרסום על שירותים ומוצרים מכלל החברה בקבוצת הראל, שוטפין העסקיים וצדדים שלישיים באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הוועדה טקסט.  
\*קבוצת הראל - הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בתוות שלה.  
תשומת לבך, אי-סימון לא יחשיב כסירוב לקבלת דברי פרסום מהחברה (כמפורט בסעיף א' לעיל) ואני מבטל הסכמה קודמת. באפשרותך לחזור בר מהסכמהך בכל עת.

### פרטיות

12

הראל חברה לביטוח בע"מ והראל פנסיה ומיל בע"מ [הראל"] אוספו מידע לצורך צירוף למוצרים, מתן שירותים, תפעול וניהול חוי' מוצרים, טיפול בתביעות, תשלוםנים והליכים, ניהול ושיפור עסקים ושירותים שהראל מעניקה, קיום הוראות הדין, בהתאם ולהציג מוצרים ושירותים על בסיס מאפיינים אישיים ולמטרות לגיטימות אחרות. בדרך כלל אין כובה חקית למסור מידע, אולם בחירה שלא למסור מידע, תביא לכך שלא נוכל לבדוק את הבקשה ולספק שירות. המידע יועבר לסטון הביטוח (אם קיים) לצורך טיפול בבקשות ובכל הקשור בניהול ותפעול מוצרים ושירותים וכן לספקים ולצדדים שלישיים אחרים הרשאים לקבלו, בקשר למטרות אלו.  
פירוט נוסף זמין במדיניות הפרטיות באתר הראל הכלול גם את דרכי ההתקשרות עם ממונה הגנת הפרטיות בהראל, מידע על זכות עין ותיקון וכן הסרה מדויוק יישור בקישור <https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>.

### אחזור מידע אישי

לידיעך, לצורך ייעול ושיפור השירות הניתן על ידי "הראל", ככל שההצעה תאושר וטופק פוליסט ביטוח בהתאם - המידע, הדיווירם והמסמכים, אשר ישלו אליך מ לחברת הראל, יופיעו במסגרת ה-"אחזור האישי" שלך באתר הראל.  
לידיעך, אם ברשותך פוליסט ביטוח בתוקף, עליה הנר מבקש להוסיף כיסוי נוסף, הרחבה או כתב שירות, הוספה נתונה לבחירתך, והנр רשאי לבחור בהם או לוותר עליהם, מבלתי שהדבר יפגע בתרת תנאי הפולישה. תשומת לך כי בהיעדר כיסוי לפיק מסויים - לא ניתן לרכוש כיסוי להרחבות לאוותר פרק.

**תשומת לך!** יש לענות תשובות מלאות וכנות על כל השאלות שנשאלו או תישאלנה בהצעת הביטוח או בכל דרך אחרת. אי גילוי עניין מהותי או תשובה שאינה מלאה או כנה עלולים להשפיע על תשלום תגמול ביטוח במקרה של נזק.



^dt14503