

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 הסוכנות

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)
		רחוב	מס'	שכונה/עיר
		מיקוד		
		כתובת דואר אלקטרוני לצורך קבלת דיוורים		
		מקום המרפאה: כתובת: רחוב	מס'	שכונה/עיר
		מיקוד	טלפון (+קידומת)	
		<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! הביטוח מוגבל לכסות את אחריותם הישירה של עד 3 עובדים העוסקים מטעמך במקצוע בתחום הפרא-רפואי / רפואה משלימה בהתאם לתחומי ההתמחות שציינת בסעיף ח' להלן. כמו כן, הביטוח מוגבל לכסות את אחריותך השילוחית 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
	<p>המבוקשת מיום: / / עד יום: / / בחצות</p> <p>מבוטח/ת נכבד/ה: הפוליסה לאחריות מקצועית מבוססת על תאריך הגשת התביעה.</p>

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: חתימת המועמד לביטוח: </p>

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 רק כשקיים מקצוע פרא-רפואי בגבול אחריות מקצועית 2,000,000 ₪ ומעלה) * ☐ 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 צוין אחרת בדפי הרשימה.

השתתפות עצמית

2

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, ההשתתפות העצמית לכיסוי זה אינה ניתנת לביטול.

פרטי העסק ותחומי ההתמחות

ח

המקצוע הרפואי / הפרא-רפואי או מהות עסקו/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 בקואצי'נג, יש לציין את פרטי החונך:

שם: ת"ז: כתובת:

מס' שנות התמחות: חברה/ 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 הסוציאלים

☐ אחר:

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

מקום עבודה	שם מקום העבודה	שכיר	עצמאי	מבוטח 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/ כיצד את/ה מנהל/ת את הרשומות הרפואיות: באיזה אמצעי, מה סוג המידע, היכן ובמשך כמה זמן הן נשמרות? כיצד נשמרת סודיות המידע?

שימי/ 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 מעניק/ה יעוץ באמצעות מדיה דיגיטלית? ☐ לא ☐ כן

5. האם הינך מבצע/ת 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 מעסיק/ה עובדים? ☐ לא ☐ כן

האם פיטרת עובד/ת, או חשבת לפטרו/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 שילווחית (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:

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:

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:

ת"ז: שם:

ת"ז: שם:

ת"ז: שם:

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

☐ תעודות הסמכה

☐ רישיונות 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:

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

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.

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 הוטנו 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:

סכום 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 ענין 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, תשמשה יסוד לחוזה שבין 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: 

פרטיות

הראל חברה לביטוח בע"מ והראל פנסיה וגמל בע"מ ("הראל") אוספות מידע לצורך צירוף למוצרים, מתן שירותים, תפעול וניהול חיי מוצרים, טיפול בתביעות, תשלומים והליכים, ניהול ושיפור עסקים ושירותים שהראל מעניקה, קיום הוראות הדין, להתאים ולהציע מוצרים ושירותים על בסיס מאפיינים אישיים ולמטרות לגיטימיות אחרות. בדרך כלל אין חובה חוקית למסור מידע, אולם בחירה שלא למסור מידע, תביא לכך שלא נוכל לבחון את הבקשה ולספק שירות. המידע יועבר לסוכן 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 הכוללת גם את דרכי ההתקשרות עם ממונה הגנת הפרטיות בהראל, מידע על זכות עיון ותיקון וכן הסרה מדיוור ישיר בקישור <https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>.

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.**

א. הודעה על קבלת דבר פרסומת של החברה:

הפרטים שמסרת ישמשו לצורך משלוח דברי פרסומת מהחברה באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת טקסט. באפשרותך לסרב בכל עת ב: <https://www.harel-group.co.il/t/QMUYS>; unsubscribe1@harel-ins.co.il; במספר *2735; קוד QR:



ב. הסכמה לקבלת דברי פרסומת נוספים:

☐ בנוסף על פרסומות שהחברה רשאית לשלוח לי בהתאם להודעה שניתנה לי לעיל, אני רוצה לקבל גם פרסומות על שירותים ומוצרים מכלל החברות בקבוצת הראל, שותפיהן העסקיים וצדדים שלישיים באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת טקסט.

*קבוצת הראל - הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה.

תשומת ליבך, אי-סימון לא יחשב כסירוב לקבלת דברי פרסומת מהחברה (כמפורט בסעיף א' לעיל) ואינו מבטל הסכמה קודמת. באפשרותך לחזור בך מהסכמתך בכל עת.

יד הצהרת הסוכן לבירור צרכי המועמד והצעת ביטוח התואמת לצרכיו

אני מאשר כי ביררתי את צרכי המועמד/ים לביטוח בהתאם להוראות חוזר הממונה על שוק ההון, ביטוח וחסכון 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.

תשומת לבך! 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 תגמולי ביטוח במקרה של נזק.