

# **הצעה לביטוח אחירות מקצועית - רופה פרטי בישראל**

הטופס מיועד לנשים וגברים אחד. הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

פרטי הסוכן		שם הסוכן	שם הסוכנות	שם הסוכן
<b>פרטי המציג/ה</b>				
<input type="checkbox"/> נקבה <input checked="" type="checkbox"/> זכר		מין	שם משפחה בעברית	שם משפחה באנגלית
			שם פרטי בעברית	שם פרטי באנגלית
		טלפון נייד	טלפון (+קיודמת)	טלפון לידה
		מיקוד	רחוב	שם החברה/שותפות
<p>כתובת דואר אלקטרוני לצורך קבלת דיוורים</p> <p style="text-align: center;">@</p> <p>האם הינך מנהל את עסקיך המקצועיים- רפואיים באמצעות חברה בע"מ הנמצאת בבעלותך או באמצעות שותפות כלשהי? <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן,</p> <p>פרט אחוז הבעלות שלך % .....</p> <p>שם החברה .....</p> <p>תחומי פעילות של החברה/שותפות .....</p>				
<b>מקום המרפאה</b>				
		טלפון (+קיודמת)	רחוב	רחוב
<b>תקופת ביטוח</b>				
<p>המבקש מתוים: ..... / ..... / ..... עד יום: ..... / ..... / ..... בחוץ</p> <p>mbutno Nekbd: הפלישה לאותות מקצועית מבוססת על תאריך הגשת התביעה.</p>				
<b>אופן התשלומים</b>				
<p><input type="checkbox"/> גיביה רגילה <input type="checkbox"/> כרטיס אשראי <input type="checkbox"/> הוראת קביע לבנק</p>				
<b>גבול האחריות</b>				
<p>גבול האחריות המבוקש בין מקהה אחד וכל התביעות דיווחו בקשר לתקופת הביטוח (בהתאם לאפשרויות הבחירה המצורפות): .....</p>				
<b>פרטי העסוק</b>				
<p>פרטי ושמות התאגדויות המקצועייות אשר בהן הינך חבר: .....</p> <p>מקצועו הרפואי או מהות עסקו/ה של המציג/ה לגבי/ה מתבקש כי זו - הכספי הביטוחי כפוף לעיסוק המוצהר להלן ובתנאי שהושלים חוזה הביטוח): .....</p> <p>מודד ההסכמה: ..... תואר ההסכמה: ..... תאריך ההסכמה: .....</p> <p>תחום ההתמחות ופירוט תפקדים ועיסוקים נלוים (פהול, ייעוץ לגופים, הנחיית סדנאות, פעילות באתר אינטרנט וכו'): .....</p>				
<p>יש לצרף את המסמכים הבאים:</p> <p><input type="checkbox"/> תעודה/ות הסמכה</p> <p><input type="checkbox"/> רישיון/ות משרד הבריאות</p> <p><input type="checkbox"/> תעודה/ות證明יות של משרד הבריאות</p> <p><input type="checkbox"/> תעודה/ות מהומניות של משרד הבריאות או תעודה גמר לימודים מטעם מוכר</p> <p><input type="checkbox"/> תעוזות התמחות / קורסים / השתלמות</p> <p><input type="checkbox"/> אחר .....</p>				



^dt14503

קורסים ויפורוט תפיקדים:.....  
 מס' שנות התמחות:.....  
 חבר/ה באגוד/ארגון מקצועי  לא  כן, פרט  
 ותק שלר במקצועי משנה .....  
 מס' היישון המקצועי:.....  
 האם הינך עסוק באחד או יותר מהתחומים הבאים:  
 אסתטיקה כירורגית ושאינה כירורגית (יש לפרט בכתב נפרד את סוגי הטיפולים)  
 הרדמה  
 השתלת שיער  
 טיפול נמרץ  
 כירורגיה פלסטית  
 מילידות (לרובות מעקב הריון / או אולטרא-סאונד מיילדותי / או גנטיקה / או פירין / או הפריה חוץ גופית)  
 ניסויים קליניים  
 ניתוחים לתיקון ראייה בטכניكت לאסיק/לייזר  
 פסיקטורפה (יש לצרף תעודה גמר למטופלים ממוסד מוכר)  
 פעולות פולשניות אחרות, פרט:.....  
 רפואי משילמה, פרט:.....  
 האם הינך עובד/ת בкопחת חולם / בית חולם  לא  כן, פרט  
 האם הינך עובד/ת או מועסק/ת על ידי אדם או חברה כלשהם:  לא  כן, פרט  
 שם המ עסק.....  
 האם הינך עובד/ת עצמאי/?.....  
 האם בתחום עיסוקך במקצועי לביו ניתן לכיסוי הביטוחי, נעשה שימוש במכשורים או בתכשירים כלשהם  לא  כן,  
 אם כן/  
 האם הינך מעסיק/ה עובדים רפואיים /או פרא רפואיים /או רפואי משילמה:  לא  כן, פרט תפיקדים ושמותיהם של כל אחד  
 תושמת ליבך, כי הכיסוי עפ"י הפלישה הינו אחוריות הישראל והשליחות בלבד, ואני מכסה את אחריות הסגל המועסק עליך, וכי לכל אחד מהוצאות  
 הרפואי / רפואי- רפואי / רפואי משילמה המועסק עליך דרוש כיסוי ביטוח נפרד לאחריותו.  
 האם פתרת עבודה, או חשבת לפטריה, בשל טעות מקצועי?  לא  כן, פרט  
 מה מספר המועסקים בעסק הנדון? שותפים ומנהלים:.....  
 סגל מקצועי:.....  
 שאר העובדים:.....  
 סה"כ:.....  

מקום העבודה	שם מקום העבודה (ק/ל/א)	% משרה	שם % שעות שבועית	שם % עצמאי	שם % מבוטח במסגרת מקום העבודה
פרקטייה פרטיה					
בית חולמים צבורי	<input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן				
בית חולמים רפואי	<input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן				
קופת חולם	<input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן				
רפואה כירורגית	<input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן				
אחר	<input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן				

רשומי/ כיצד אתה מנהל את הרשותות הרפואיות: באיזה אמצעי, מה סוג המידע, היכן ובמשך כמה זמן הן נשמרות? כיצד נשמרת סודיות המידע (אנא תתייחס בתשובה/drug history)?.....  
 גם למרשימים בכתב יד, העתקים של חוות דעת ומרשימים)?.....  
 שמי/ לב שדרישות פולישה זו לשמירה על רשומות הינה 10 שנים לפחות ובקרה של קטין 10 שנים מבגרותו.

**ט עבר ביטוח**

- האם הייתה מבוטח/ת ב-10 שנים האחרונות, או הינך מבוטח/ת כתע, בגין אחריות מקצועי?  לא  כן, פרט  
 שם החברה המבטחת:.....  
 תקופת הביטוח:.....  
 מס' פוליסה:.....
- האם נדחתה הצערת ב-10 שנים האחרונות, או מי משותף, לביטוח אחריות מקצועי?  לא  כן, פרט
- האם הותנו תנאים מיוחדים להצעה זו ב-10 שנים האחרונות?  לא  כן, פרט
- האם סירב מבטח כלשהו לחദש ביטוח זהה, או ביטל אותו ב-10 שנים האחרונות?  לא  כן, פרט
- האם הוגש ב-5 השנים האחרונות תביעות נגדך בגין ביטוח אחריות מקצועי?  לא  כן,  
 פרט: השנה, מהות התביעה, סכום, התביעה וכוכם הפיצוי ששולם:.....
- האם ידוע לך על מקרים כלשהם העשויים לגרום לbijעה כ"ל נגדך?  לא  כן, פרט

1. האם נשלל / הוטלה / צמצם / הוגבל הרישון (הנדרש בחוק) לעסוק במקצועו לגביו תבקש ביטוח זה?  לא  כן, אם התשובה "כן" נא פרט נסיבות, מועדים, ע"י מי נשלל
2. האם מואשם (בזהות) או הורשע\* המציג 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 (בזהות) או הורשע\* המציג 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 (בזהות) או הורשע\* המציג או מי מהאנשים - לגביהם מתבקש ביטוח זה - בפלילים בגין הפרת הפרטאות - בקשר עם העיסוק/המקצוע - לגביו ניתן ביטוח זה? לא/כן, מחק את התשובה המיותרת. אם התשובה "כן" נא פרט:
- \*הורשע - יש לציין העברות המבוקשות כל שטרם נמחקו לפי חוק המרשם הפלילי ותקנות השבים, התשמ"א-1981.

**יא הצהרות והסכמות המציג**

1. אני הח"מ מצהיר/ה בזאת שהתחשבות היין נכוןות וכוננות, מלאות וכוננות של/all העلمתי כל עניין מהותי שנשאלתי עליי הנוגע לביטוח זה. תשומת ליבך כי עליך לחתום תשובות נכוןות, מלאות וכוננות בעניין מהותי וככל שלא יונטו תשובות כאמור יכול ותודה לך השפעה על תגמולו הביטוח. הנני מסכים/ה שהചעה זו והצהרתי, המשמשנו יסוד לחוזה שבינו ובין הראל חברה לביטוח בע"מ. אני מסכים/ה לקבל את ההחלטה הנהוגה בחברתכם ומתחייב/ת לשלם את הפרמיה המוגעה בגיןה.
2. מציע/ה נכבד/ה! כדי למנוע אי הבנות ואי דיווקים, הנך מתבקש/ת לקרווא את ההחלטה ושילוחו אליו אחריו הפקת ההחלטה ולהעיר את העורותיך בקדמת האפשרי, ככל מקרה שבו תמצאי/י ההחלטה אינה תואמת את הצעתך.
3. המידע הכלול במסמך זה הכרחי לצורך הציגתו לפוליסה וכן לכל דבר אחר הקשור לפוליסות ולטיפול בהן. החברה וחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בתוות שלה) תענשו בו שימוש, לרבות עיבוד, אחסון ושימוש בו לכל עניין הקשור בפתרונות בתביעות. זאת, אף באמצעות העברתו של המידע, למטרות אלו, לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל בעניינים אלו.
- מס' תעודה זהות: ..... תאריך: ..... חתימת המציג: 

**יב שLIGHT דבר פרסום****א. הודעה על קבלת דבר פרסום של החברה:**

פרטיים שמסרת וישמשו לצורך משלוח דברי פרסום מהחברה באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטית או הודעת טקסט. באפשרות לסרב בכל עת ב: <https://www.harel-group.co.il/t/QMUYBS>; [unsubscribe@harel-ins.co.il](mailto:unsubscribe@harel-ins.co.il); מספר 2735; קוד QR:

**ב. הסכמה לקבלת דברי פרסום נוספת:**

- בנוסף על פרסום שהחברה רשאית לשלוח לי בהתאם להודעה שניתנה לי לעיל, אני רוצה לקבל גם פרסום על שירותים ומוצרים מכלל חברות בקבוצת הראל, שותפייה העסקים ואגדדים שלישיים באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת טקסט.  
\*קבוצת הראל - הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בתוות. תשומת ליבך, או-סימן לא ייחשב כסבירה לקבלת דברי פרסום מהחברה (כמפורט בסעיף א' לעיל) ואני מבטל הסכמה קודמת. באפשרות להזוז בר מהסכםתך בכל עת.

**יג פרטאות**

הראל חברה לביטוח בע"מ והראל פנסיה ומיל בע"מ [הראל"] אוספות מידע לצורך ציורף למוצרים, מתן שירותים, תפעול וניהול ח"י מוצרים, טיפול בתביעות, תשלוםiments והליקם, ניהול ושיפור עסקים שהראל מעניקה, קיום הראות הדין, להתאים ולהציג מוצרים ושירותים על בסיס מאפיינים אישיים ולמטרות לגיטימות אחרות. בדרך כלל אין חובה חוקית למסור מידע, אולם במקרה של ברירה שלא תוכל לבדוק את הבקשה ולספק שירות. המידע יועבר לסטוק הביטוח (אם קיים) לצורך טיפול בבקשתו ובכל הקשרו בניהול ופעול מוצרים ושירותים וכן לסקים ולצדדים שלישיים אחרים הרשאים לקבלו, בקשר למטרות אלו.

פירות נסוף זמינים במידדיות הפרטאות באתר הראל הcoilhet גם את דרכי ההתקשרות עם מונונה הגנת הפרטאות בהראל, מידע על זכויות עיון ותיקון וכן מדיוור ושר בקישור למידע אלו. <https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>.

תשומת לך! יש לענות תשובות מלאות וכוננות על כל השאלות שנשאלנו או תישאלנה בהצעת הביטוח או בכל דרך אחרת. اي גילוי עניין מהותי או תשובה שאינה מלאה או כנה עלולים להשפיע על תשלום תגמולו ביטוח במקרה של נזק.