

# הצעה לביטוח אחריות מקצועית - רפואה משלימה ופרא - רפואי

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.  
הकפידו למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

א פרטי הסוכן	שם הסוכן	שם הסוכנות

ב פרטי המציג/ה	
שם משפחה בעברית	שם משפחה אנגלית
שם פרטי בעברית	שם פרטי אנגלית
מין <input checked="" type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	טלפון נייד
טלפון (+קידומת)	טלפון לידה
רחוב	מספר, שכונה/עיר
כתובת דואר אלקטרוני לצורך קבלת דיוורים	
מקום המרפא: כתובות: רחוב	טלפון (+קידומת)
האם הינו מנהל/ת את עסקך המקצועיים - רפואיים / פרא- רפואיים באמצעות חברה בע"מ הנמצאת בבעלותך או באמצעות שותפות כלשוו? <input checked="" type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	פרטי אחז הבעלות שלך %
שם החברה .....	ח"פ .....
תחומי פעילות של החברה/שותפות	האם הינו הבעלים היחיד של החברה? <input checked="" type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
האם הינו משמש/ת מנהל/ת החברה? <input checked="" type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	

תשומת לב: הביטוח מוגבל לכיסות את אחוריותם הישירה של עד 3 עובדים העוסקים מטעמך במקצוע בתחום הפאר- רפואי / רפואי משלימה בהתאם לצוות רפואי השילוחית ללא יתר מ-10 מטפלים העוסקים מטעמך בתחום הפאר- רפואי / רפואי משלימה בהתאם לצוות רפואי בסעיף ח'. בכל מקרה שבו כמהו העוסקים מטעמך עולה על האמור בהՃשה זו, יש למלא טופס הצעה לביטוח אחריות מקצועית למועד ופוא.

ג תקופת הביטוח	
הmobikashת מיום: .....	עד יום: .....
mobotach/ת נכבד/ה: הpolloisa לאחריות מקצועית מבוססת על תאריך הגשת התביעה.	בחוץ .....

ד אופן התשלומים	
גובה רגילה <input type="checkbox"/> כרטיס אשראי <input type="checkbox"/> שירות שיקום; מספר תשלומים: .....	

ה כסוי רטרואקטיבי	
casui rteroraktivi moboksh? <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן - החל מהתאריך: .....	casui rteroraktivi ubor takofet bitemoch mohbara achorat? <input type="checkbox"/> כן <input checked="" type="checkbox"/> לא
am nదרש casui rteroraktivi - moedui tchilah sisom shel takofet bitemoch mohbara achorat: .....	am can yish ltsion - moedui tchilah sisom shel takofet bitemoch mohbara achorat: .....
harini mtsahirah/bazat ci ain li, vla yiduz li, ul kl mkrha o arioz hycel lhhawot ulila lagash tbeiva negdi, bgan makzus/huistik legovi matbuksh bitemoch ul pi	casua z, shairu takofeh shbin haataric hn"l, vud limm lagash haCasua.
chitimat haomoud labito: .....	taaric: .....



רפואי משלייה - גבול האחריות המקצועית הרפואית המבוקש בגין מקרה אחד וכל התביעות בקשר לתקופת 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 בקשר לתקופת הביטוח:

עד 1,200,000 ₪  עד 2,000,000 ₪  עד 4,000,000 ₪  עד 10,000,000 ₪

יבחר כי בנסיבות בהם ייחר גבול אחריות שונה בין מקצוע הרפואה המשלימה למקצוע הדרואה- רפואי, גבול האחריות הנמור יהיה תנת גבול אחריות לגבול האחריות הגבוהה.

לגבולות אחריות גבוהים יותר ניתן לפנות לחברה.

הרחבת גבול אחריות כלפי צד שלישי כליל עד 2,000,000 ₪  
(ניתן רק במקרים מקצועי רפואי בגבול אחריות מקצועית 2,000,000 ₪ ומעלה)\*  לא  כן

\*לידיעך -

1. גבול האחריות לצד ג' לא יהיה גובל מגבול האחריות המקצועית הרפואית.
2. גבולות האחריות לכיסוי הצד ג' זה יכולו בגבולות האחריות המקצועית הרפואית / הדרואה-רפואית (ולא בנוסף אליהם), אלא אם צוין אחרת בדף הרשמה.

**2 השתתפות עצמית**

אם הנך מעוניין בהנחה בדמי הביטוח, תמורה השתתפות העצמית בכל תביעות אחריות מקצועי?  כן  לא

תשומת לב - בכיסוי אחריות כלפי צד שלישי, אם נרכש כיסוי כאמור, ההשתתפות העצמית לכיסוי זה אינה ניתנת לביטול.

**3 פרטי העסק ותחומי ההתמחות**

המקצוע הרפואי / הדרואה או מהות עסקו/ה של המציג/ה לגבי מותבך כיסוי זה - היסוד הביטוחי כפוף לעיסוק המוצה להן (בהתנאי שהושלם חוזה הביטוח):

תאריך ההסכמה: .....  
מועד ההסכמה: .....  
תחום ההתמחות ופירוט תפקודים ועיסוקים נלוים (ניהול, עוז לוגפים, הנהייה סדנאית, פעילות באתר אינטראקטיבי וכו'): .....

אם המציג שצין הוא חנוך בקואוצ'ינג, יש לציין את פרטי החונך:  
שם: .....  
כתובת: .....  
טלפון: .....  
מס' שנות התמחות: .....  
יחס' חברה/אגודון/ארגון מקצועי  לא  כן, פרט.

יש לצרף את המסמכים הבאים, ככל שרלבנטיים למקצוע:  
 תעודה הסמכה  
 רישיונות משרד הבריאות  
 תעודות מומחיות של משרד הבריאות  
 תעודות הכרה של משרד הבריאות או תעודת גמר לימודים ממוסד מוכיר  
 תעודות רישום בפנקס הפסיכולוגים/פנקס העובדים הסוציאליים  
 אחר: .....

מקום העבודה	שם מקומ העבודה	שנת הייסודות העסק		ויק של מקצועי משנה ..... מוס' הרישון המקצועי:.....
		% משרה	שם/ מספר שבועיות	
פרקטייה 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 כירוגית		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		
אחר		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		

רשומי/ כיצד את/ה מנהל/ת את הרשותות הרפואיות: באיזה אמצעי, מה סוג המידע, היכן ובאיזה כמות זמן הן נשמרות? כיצד נשמרת סודות המידע?

שם/י לב שדרירת פולישה זו לשמירה על רשומות השנה 10 שנים לפחות, ובמקרה של קטין 10 שנים מבגרותו.

1. ביטול חריג אובדן מסמכים?  לא
  2. ביטול חריג הוצאה דיבה, השמזה?  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 (לרבוט באמצעות מדיה דיגיטלית)?  לא  כן
- מספר אנשי מרבי המשתתפים בסדנא/ יום כיף: .....  
\*חנוך בקיאות'ןג: אין כיסוי לسدנאות.

6. האם הינך מusic/ה עובדים?  לא  כן
- האם פתרת 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 שליחות (עד 10 הפעלים מטעמן)?  לא  כן, תשומת לב כי כיסוי זה הינו במסגרת תחום ההתחמות שציגת בסעיף ח' לעיל. כמו כן כיסוי זה אינו מכסה את אחריותם המקצועית של המועסקים על ידר. אם כן أنا פרט/י: .....

שם .....	ת"ז .....

8. האם ברצונך לרכוש כיסוי לאחריות המקצועית הישירה של המטפלים העוסקים מטעמן? (עד 3 מטפלים)  
 לא  כן, תשומת לב כי כיסוי זה הינו במסגרת תחום ההתחמות שציגת בסעיף ח' לעיל.  
 אם כן أنا פרט/י: .....

שם .....	ת"ז .....
שם .....	ת"ז .....
שם .....	ת"ז .....

כל שציגת מטפלים בסעיף 8/7 לעיל, יש לצרף את המסמכים הבאים, ככל שהלבנטים למקצועה:  
 תעוזות הסמוכה  
 רישיונות משרד הבריאות  
 תעוזות מומחיות של משרד הבריאות  
 תעוזות הכרה של משרד הבריאות או תעוזות גמר לימודים ממוקד מוכר  
 תעוזות רישום בפנקס הפסיכולוגים / פנקס העובדים הסוציאליים

9. האם בתחום עיסוקך במקצועו לוביו ניתן הכספי הביטוחי, נעשה שימוש במכשירים כלשהם? \*  
 לא  כן, אם כן פרט/י: .....

\*לעיסוק בתחום הקוימטיקה אין כיסוי לטיפול במכשור (למעט טיפול באדים).

10. האם הינך מקיים/ת פעילות מקצועית/ עסקית בחו"ל?  לא  כן, פרט/י:  
 אם כן ברצונך לוטור על כיסוי לתקופת דיווח מוארכת תמורה הנחה בדמי הביטוח?  לא  כן

שם המדינה, מחות העיסוק, שיורו העיסוק: .....  
 תשומת לך כי רק אם צוין במפורש בראשינה, הביטוח מכסה פעילות מקצועית אקדמית ונום או מזדמנת בכל רחבי העולם למעט בארה"ב ובקנדה ומדינות המוליכות את חוקיה. הביטוח אינו מכסה שיפוט, בכל שלב, על פי חוקי ארה"ב וקנדה ומדינות המוליכות את חוקיה. תשומת לך - פעילות בחו"ל המתבצעת על בסיס קבוע אינה מכוסה.

1. אם הייתה מבוקחת ב-5 השנים האחרונות, או הינה מבוסחת כעת, בגין אחריות מקצועית?  לא  כן, פרט/י:

שם החברה המבוקחת:.....  
תקופת הביטוח:.....

2. אם נדחתה הצערת ב-5 השנים האחרונות, או של מי משותף, לביטוח אחריות מקצועית?  לא  כן, פרט/י:

3. אם הותנו תנאים מיוחדים להצעה זו ב-5 השנים האחרונות?  לא  כן, פרט/י:

4. אם ביטל מבוקח כלשהו לך, או למי משותף, פוליסת?  לא  כן, פרט/י:

5. אם הוגש ב-5 השנים האחרונות תביעות נגדך בגין ביטוח אחריות מקצועית?  לא  כן,

פרט/י: השנה, מהות התביעה, סכום התביעה וכוכם הפיצוי ששולם:.....

יש להזכיר אישור מחברת הביטוח בה בוטחת בגין נסiouן העבר הביטוחי, בין אם הוגש תביעות ובין אם לאו.

6. אם ידוע לך על מקרים כלשהם העשויים לגרום ל התביעה נגזר?  לא  כן, פרט/י:

הרני מצהיר/ה בזאת כי אין ולא ידוע לי על כל מקרה או אירוע יכול להוות עילה להגשת התביעה נגדי, בגין המקצוע/העסק לגביו מתבקש ביטוח על פי הצעה זו שארע בתקופה עובר למועד מילוי הצעתי זו.

חתימת המועד לביטוח:.....  
תאריך:.....

## A פרטים נוספים

1. אם נשלה / חותלה / צומצם / הגבל הרישוני (הנדרש בחוק) לעסוק במקצוע, לגביו מתבקש ביטוח זה?  לא  כן, אם התשובה "כן" נא לפרט נסיבות, מועדים, ע"י מי נשלה:

2. האם הושם (בhapeה) או הורשע\* המציג, או מי מהאנשים, לביהם מתבקש ביטוח זה, בפלילים בגין מעשה מרמה, בקשר עם העיסוק/המקצוע שלגביו ניתן ביטוח זה?  לא  כן. אם התשובה "כן" נא לפרט:

3. האם הושם (בhapeה) או הורשע\* המציג, או מי מהאנשים לביהם מתבקש ביטוח זה בפלילים בגין הטרדה מינית, בקשר עם העיסוק/המקצוע שלגביו ניתן ביטוח זה?  לא  כן. אם התשובה "כן" נא לפרט:

4. האם הושם (בhapeה) או הורשע\* המציג, או מי מהאנשים לביהם 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 העברות המבוקשות אם טרם נמחקו לפי חוק המרשם הפלילי ותקנות השבים, התשמ"א-1981.

## B הצהרת המבוקש/מציע

1. אני ח"מ ..... מצהיר/ה בזאת שההתשובות הין נכוןות, מלאות וכונות והאל העלמתי כל עין מהותי הנוגע לביטוח זה. הנהני מסכים/ה להודיע לחברת על כל שינוי שיחול בכל עין מהותי, לרבות שינוי שיחול במקצוע או בஸלה ידי, במצבם ידי, בנסיבות בריאותי, או על דבר סידור בנסיבות נוספים. כמו כן, הנהני מסכים/ה שההצעה זו והצהרתי, בין שנכתבו על ידי ובו שללא על ידי, תשמשנו יסוד לחוזה שבינו ובין הראל חברה לביטוח בע"מ. אני מסכים/ה לקבל את הפוליסת הנהוגה בחברתכם ומתחייב/ת לשלם את הפרטיה המגובה בגיןה.

2. מציע/ה נכבד! כדי למנוע אי הבנות ואי דיויקים, הנך מתבקש/ת לקרוא את הפוליסת ואת דף המפרט שישלו אלייך אחרי הפקת הפוליסת ולהעיר את העורותיך בקדם האפשרי, בכל מקרה שבו תמצאי/י הפוליסת אינה תואמת את הצערת.

3. המידע הכלול במסמך זה ניתן מרצו ובהסכמה המלאה.

4. אין רשות למסור פרטים של אדם אחר בטופס זה, אלא אם ידעת אותו עליך וקיבלת מראש את הסכמתו לשימוש הראל במידע כאמור בטופס זה

וב הסכמתו שתסמן.

חתימת המציג:..... מס' תעודה זהות:.....  
תאריך:.....

## C פרטיות

הראל חברה לביטוח בע"מ והראל פנסיה ומיל בע"מ ("הראל") אוספות מידע לצורך צירוף למוצרים, מתן שירותים, טיפול וייזול חיי מוצרים, טיפול בתביעות, תשלוםיהם והליךם, ניהול ושירותים שהראל מעניקה, קיום הוראות הדון, להתאים ולהציג מוצרים ושירותים על בסיס מאפיינים אישיים ולמטרות לגיטימיות אחרות. בדרך כלל אין חובה חקיקת למסור מידע, אולם בחירה שללא למסור מידע, תביא לך שלא תוכל לבדוק את הבקשה ולספק שירות. המידע יועבר לsocion הביטוח (אם קיים) לצורך טיפול בבקשתו ובכל הקשרו בניהול ופעול מוצרים ושירותים וכן לספקים ולצדדים שלישיים אחרים הרשאים לךבלו, בקשר למטרות אלו.

פירות נוסף זמין במידיניות הפרטיות באתר הראל הכלול גם את דרכי ההתקשרות עם ממונה הגנת הפרטיות בהראל, מידע על זכות עין ותיקון וכן הסרה מדיוור ישיר בקישור <https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>.

לידיעתך, אם ברשותך פוליסת ביטוח בתוקף, עליה הנך מבוקש להוסיף כיסוי נוסף, הרחבה או כתוב שירות, הוספתם נתונה לבחירתך, והן רשאי לבחור בהם או לוותר עליהם, מבלתי שהדבר יפגע בתרת תנאי הפוליסת. תשומת ליבך כי בהיעדר כיסוי לפרק מסוים - לא ניתן לרכוש כיסוי להרחבות לאותו פרק.

א. הودעה על קבלת דבר פרסום של החברה:

הפרטים שמסרת יושמו לצורך שלוח דברי פרסום מהחברה באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעה טקסט. באפשרות לסרב בכל עת ב: QR: [unsubscribe1@harel-ins.co.il](mailto:unsubscribe1@harel-ins.co.il); <https://www.harel-group.co.il/t/QMUYSB>; מס' 2735; קוד \*

**ב. הסכמה לקבל דברי פרסום נוספים:**

בנוסף על פרסומות שהחברה רשאית לשלוח לי בהתאם להודעה שניתנה לי לעיל, אני רוצה לקבל גם פרסומות על שירותים ומוצרים מכל חברות בקבוצת הראל, שותפיה העסקיים וצדדים שלישיים באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעה טקסט.

\*קבוצת הראל - הראל השקעות בע"מ ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בתוות שלה.

תשומת ליבך, אי-סימן לא吟שׁוב כシリוב לקבל דברי פרסום מהחברה (כמפורט בסעיף א' לעיל) ואני מבטל הסכמה קודמת. באפשרות לחזור בר ממסכםך בכל עת.

**ד. הצהרת הסוכן לבירור צרכי המועמד והצעת ביטוח התואמת לצרכי**

אם מאשר כי ביררתי את צרכי המועמד/ים לביטוח בהתאם להוראות חזר הממונה על שוק ההון, ביטוח וחסוך לעניין צירוף לביטוח, והצעתי לו/הם ביטוח ו/או הוספת כסוי, הרחבה או כתוב שירות לפוליסת ביטוח קיימת, התואם/ים לצרכיו/יהם.



חתימה: .....

שם הסוכן: .....

תאריך: .....

**ט. אחזור מידע אישי**

לידיעתך, לצורך ייעול ושיפור השירות הנינתן על ידי "הראל", ככל שהחוצה תאשר ותtopic פוליסת ביטוח בהתאם - המידע, הדיוורים והמסמכים, אשר ישלוו אליך מחברת הראל, יופיעו במסגרת ה-"האזור האישוי" שלך באתר הראל.

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