

א	פרטי הסוכן
מס' הסוכן	שם הסוכן
	שם הסוכנות

ב	פרטי המציע/ה
	שם משפחה בעברית
	שם פרטי בעברית
	שם פרטי באנגלית
	מס' ת.זהות/ח.פ.
	תאריך לידה
	טלפון (+קידומת)
	טלפון נייד
	מיקוד
	רחוב
	מס'
כתובת דואר אלקטרוני לצורך קבלת דיוורים	
@	
האם הינך מנהל את עסקיך המקצועיים-רפואיים באמצעות חברה בע"מ הנמצאת בבעלותך או באמצעות שותפות כלשהי? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן,	
פרט אחוז הבעלות שלך %	
שם החברה ח.פ.	
תחומי פעילות של החברה/שותפות	

ג	מקום המרפאה
רחוב	מס'
שכונה/עיר	מיקוד
טלפון (+קידומת)	

ד	תקופת ביטוח
המבוקשת מיום: / / עד יום: / / בחצות	מבוטח נכבד: הפוליסה לאחריות מקצועית מבוססת על תאריך הגשת התביעה.

ה	אופן התשלום
<input type="checkbox"/> גביה רגילה <input type="checkbox"/> כרטיס אשראי <input type="checkbox"/> הוראת קבע לבנק	

ו	גבול האחריות
גבול האחריות המבוקש בגין מקרה אחד וכל התביעות דיווחו במשך תקופת הביטוח (בהתאם לאפשרויות הבחירה המצורפות):	

ז	פרטי העסק
	פרטי ושמות ההתאגדויות המקצועיות אשר בהן הינך חבר:
	מקצועו הרפואי או מהות עסקו/ה של המציע/ה לגביו/הן מתבקש כיסוי זה - הכיסוי הביטוחי כפוף לעיסוק המוצהר להלן ובתנאי שהושלם חוזה הביטוח):
	מוסד ההסמכה: תואר ההסמכה: תאריך ההסמכה:
	תחום ההתמחות ופירוט תפקידים ועיסוקים נלווים (ניהול, יעוץ לגופים, הנחיית סדנאות, פעילות באתרי אינטרנט וכו'):
יש לצרף את המסמכים הבאים:	
<input type="checkbox"/> תעודת/ות הסמכה	
<input type="checkbox"/> רישיון/ות משרד הבריאות	
<input type="checkbox"/> תעודת/ות מומחיות של משרד הבריאות	
<input type="checkbox"/> תעודת/ות הכרה של משרד הבריאות או תעודת גמר לימודים ממוסד מוכר	
<input type="checkbox"/> תעודות התמחות / קורסים / השתלמויות	
<input type="checkbox"/> אחר	

קורסים ופירוט תפקידים:.....

מס' שנות התמחות:..... חברה/ באיגוד/ארגון מקצועי ☐ לא ☐ כן, פרט.....

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

האם הינך עוסק באחד או יותר מהתחומים הבאים:

☐ אסתטיקה כירורגית ושאניה כירורגית (יש לפרט במכתב נפרד את סוגי הטיפולים)

☐ הרדמה

☐ השתלת שיער

☐ טיפול נמרץ

☐ כירורגיה פלסטית

☐ מיילדות (לרבות מעקב היריון ו/או אולטרא-סאונד מיילדותי ו/או גנטיקה ו/או פיריון ו/או הפרייה חוץ גופית)

☐ ניסויים קליניים

☐ ניתוחים לתיקון ראייה בטכניקת לאסיק/לייזר

☐ פסיכותרפיה (יש לצרף תעודת גמר לימודים ממוסד מוכר)

☐ פעולות פולשניות אחרות, פרט:.....

☐ רפואה משלימה, פרט:.....

האם הינך עובד/ת בקופת חולים / בית חולים ☐ לא ☐ כן, פרט.....

האם הינך עובד/ת או מועסק/ת על ידי אדם או חברה כלשהם: ☐ לא ☐ כן, פרט.....

שם המעסיק.....

האם הינך עובד/ת כעצמאי/ת?.....

האם בתחום עיסוקך במקצוע לגביו ניתן הכיסוי הביטוחי, נעשה שימוש במכשירים או בתכשירים כלשהם ☐ לא ☐ כן,

אם כן פרט/י:.....

האם הינך מעסיק/ה עובדים רפואיים ו/או פרא רפואיים ו/או רפואה משלימה: ☐ לא ☐ כן, פרט תפקידיהם ושמותיהם של כל אחד.....

תשומת ליבך, כי הכיסוי עפ"י הפוליסה הינו לאחריותך הישירה והשילוחית בלבד, ואינו מכסה את אחריות הסגל המועסק על ידך, וכי לכל אחד מהצוות הרפואי / פרא-רפואי / רפואה משלימה המועסק על ידך דרוש כיסוי ביטוחי נפרד לאחריותו.

האם פיסרת עובד/ת, או חשבת לפטרו/ה, בשל טעות מקצועית? ☐ לא ☐ כן, פרט.....

מה מספר המועסקים בעסק הנדון? שותפים ומנהלים:..... סגל מקצועי:..... שאר העובדים:.....

סה"כ:.....

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/י כיצד אתה מנהל את הרשומות הרפואיות: באיזה אמצעי, מה סוג המידע, היכן ובמשך כמה זמן הן נשמרות? כיצד נשמרת סודיות המידע (אנא התייחס בתשובותיך גם למרשמים בכתב יד, העתקים של חוות דעת ומרשמים)?.....

שימי/י לב שדרישות פוליסה זו לשמירה על רשומות הינה 10 שנים לכל הפחות ובמקרה של קטין 10 שנים מבגירותו.

ט עבר ביטוחי

1. האם היית מבוטח/ת ב-10 שנים האחרונות, או הינך מבוטח/ת כעת, בגין אחריות מקצועית? ☐ לא ☐ כן, פרט:.....

שם החברה המבטחת:..... מהות הביטוח:.....

תקופת הביטוח:..... מס' פוליסה:.....

2. האם נדחתה הצעתך ב-10 שנים האחרונות, או מי משותפייך, לביטוח אחריות מקצועית? ☐ לא ☐ כן, פרט:.....

3. האם הותנו תנאים מיוחדים להצעה כזו ב-10 שנים האחרונות? ☐ לא ☐ כן, פרט:.....

4. האם סירב מבטח כלשהו לחדש ביטוח כזה, או ביטל אותו ב-10 שנים האחרונות? ☐ לא ☐ כן, פרט:.....


5. האם הוגשו ב-5 השנים האחרונות תביעות נגדך בגין ביטוח אחריות מקצועית? ☐ לא ☐ כן,

פרט: השנה, מהות התביעה, סכום, התביעה וסכום הפיצוי ששולם:.....


6. האם ידוע לך על מקרים כלשהם העשויים לגרום לתביעה כנ"ל נגדך? ☐ לא ☐ כן, פרט:.....

1. האם נשלל / הוטלה / צומצם / הוגבל הרישיון (הנדרש בחוק) לעסוק במקצועך לגביו תבקש ביטוח זה? ☐ לא ☐ כן, אם התשובה "כן" נא פרט נסיבות, מועדים, ע"י מי נשלל.....
 2. האם מואשם (בהווה) או הורשע* המציע 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 (בהווה) או הורשע* המציע 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 (בהווה) או הורשע* המציע או מי מהאנשים - לגביהם מתבקש ביטוח זה - בפלילים בגין הפרת הפרטיות - בקשר עם העיסוק/המקצוע - לגביו ניתן ביטוח זה? לא/כן, מחק את התשובה המיותרת. אם התשובה "כן" נא פרט:.....
- *הורשע - יש לציין העבירות המבוקשות ככל שטרם נמחקו לפי חוק המרשם הפלילי ותקנות השבים, התשמ"א-1981.

י א הצהרות והסכמות המציע

1. אני הח"מ מצהיר/ה בזה שהתשובות הינן נכונות, מלאות וכנות ושלא העלמתי כל ענין מהותי שנשאלתי עליו הנוגע לביטוח זה. תשומת ליבך כי עליך לתת תשובות נכונות, מלאות וכנות בעניין מהותי וככל שלא יינתנו תשובות כאמור יכול ותהיה לכך השפעה על תגמולי הביטוח. הנני מסכים/ה להודיע לחברה על כל שינוי שיחול בכל עניין מהותי, או על דבר סידור ביטוחים נוספים. כמו כן, הנני מסכים/ה שהצעה זו והצהרתי, תשמשנה יסוד לחוזה שביני 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 תמצא/י כי הפוליסה אינה תואמת את הצעתך.
 3. המידע הכלול במסמך זה הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסה וכן לכל דבר ועניין אחר הקשור לפוליסות ולטיפול בהן. החברה וחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) תעשנה בו שימוש, לרבות עיבודו, אחסונו ושימוש בו לכל עניין הקשור בפוליסות לרבות טיפול בתביעות. זאת, אף באמצעות העברתו של המידע, למטרות אלו, לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל בעניינים אלו.
- מס' תעודת זהות: תאריך: חתימת המציע: 

י ב שליחת דבר פרסומת

- א. הודעה על קבלת דבר פרסומת של החברה:**
פרטיים שמסרת ישמשו לצורך משלוח דברי פרסומת מהחברה באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטית או הודעת טקסט. באפשרותך לסרב בכל עת ב: unsubscribe1@harel-ins.co.il; <https://www.harel-group.co.il/t/QMUYSB>; מספר *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 אוטומטית 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.

י ג 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>.

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.