

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

1 פרטי הסוכן	
מס' סוכן	שם הסוכן
שם הסוכנות	

2 פרטי המציע/ה	
שם המציע במלואו:	שם המציע באנגלית:
הגדרת האישיות המשפטית של המציע: <input type="checkbox"/> חב' בע"מ, <input type="checkbox"/> עמותה, <input type="checkbox"/> שותפות רשומה, <input type="checkbox"/> אחר:	
מס' רישום (ח.פ, ע.מ וכדו'):	שנת ייסוד:
כתובת	מספר טלפון
טלפון נייד	אימייל
פקס	

3 פרטי העסק	
סוג המוסד הרפואי:	
אנא פרט:	
מספר המרכזים הרפואיים/ מרפאות בהם תתנהל הפעילות וכתובתם:	
א.	
ב.	
ג.	
ד.	
נא לפרט את תחום הפעילות המקצועית, סוג הטיפולים והשירותים המקצועיים הניתנים על/ ידכם למטופלי העסק (בפירוט ככל הניתן):	
.....	
.....	
.....	
.....	
א. מספר מטופלים בשנה האחרונה:	
ב. מספר מטופלים צפוי לשנה הבאה (לעסק חדש):	
ג. מחזור הכנסות שנתי של העסק (שנה אחרונה):	

4 הסכמים נוספים/אישורי ביטוח
האם אתה זקוק לאישור ביטוח עבור גורם מסוים או האם הנך עובד תחת מכרז מסוים? (לדוג' קופת החולים, משרדי הממשלה וכו..) אם כן, נא פרט:

<p>האם מתבצעת פעילות כירורגית (שאינה בתחום הפלסטיקה)? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p><input type="checkbox"/> כירורגיה קטנה <input type="checkbox"/> כירורגיה בינונית <input type="checkbox"/> כירורגיה גדולה</p> <p>נא פרט מספר הפרוצדורות הכירורגיות שבוצעו בשנה החולפת בחלוקה לסוגיהן:</p>
<p>באם מבוצעים טיפולים בתחום הכירורגיה הפלסטית, נא לפרט את מספר הניתוחים והפרוצדורות, בחלוקה לסוגיהם:</p> <p>א.</p> <p>ב.</p> <p>ג.</p> <p>ד.</p>
<p>באם מבוצעים טיפולים בתחום האסתטיקה שאינה כירורגית, נא לפרט את מספר הטיפולים והפרוצדורות, בחלוקה לסוגיהם:</p> <p>א.</p> <p>ב.</p> <p>ג.</p> <p>ד.</p>
<p>באם ניתנים שירותי הדמיה ואולטרסאונד:</p> <p>א. האם הפעילות כוללת אולטרסאונד מיילדות? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>ב. האם מבוצעת סקירת מערכות? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>ג. מספר בדיקות הדמיה ואולטרסאונד בשנה האחרונה בחלוקה לסוגיהן:</p>

<p>א. מספר עמדות ניתוח:</p> <p>ב. מספר מיטות התאוששות:</p> <p>ג. מספר כסאות דנטליים:</p> <p>ד. מספר אמבולנסים רגילים:</p> <p>ה. מספר אמבולנסים טיפול נמרץ:</p> <p>ו. מספר יחידות דיאליזה:</p> <p>ז. מספר יחידות אולטרסאונד: רנטגן: CT: אחר:</p> <p>ח. מספר יחידות לייזר לניתוחים לתיקון הראיה:</p> <p>ט. מספר יחידות לייזר להסרת שיער:</p> <p>י. מכשור רפואי אחר: כמות:</p>

רופאים שכירים - משרה מלאה:		
מומחיות רפואית	מספר רופאים במשרה מלאה	
רופאים שכירים - משרה חלקית:		
מומחיות רפואית	מספר רופאים במשרה חלקית	אחוז משרה כולל של כלל הרופאים באותה מומחיות
רופאים עצמאיים (מתוגמלים על בסיס חשבונית):		
מומחיות רפואית מורשה כדין	מספר הרופאים	מספר שעות עבודה בשבוע
רופאים תורנים או על בסיס קריאה:		
מומחיות רפואית מורשה כדין	מספר הרופאים	מספר שעות עבודה בשבוע כולל

עיסוק מקצועי	מספר המועסקים	שכירים:	עצמאיים:
		סך הכל אחוזי משרה	סך הכל שעות עבודה בשבוע
אחיות מוסמכות			
מיילדות מוסמכות			
עובדי מעבדה			
רוקחים			
טכנאי רנטגן			
פיזיותרפיסטים			
עובדים סוציאליים			
דיאטניות			
פסיכולוגים			
מטפלות סיעודיות (לא אחיות)			
חובשים:			
פרמדיקים:			
אחרים: פרט:			
אחרים: פרט:			

10	עבר ביטוחי
<p>האם היית או הינך מבטח בביטוח אחריות מקצועית?</p> <p>אם כן, ציין באיזו חברה:</p> <p>תקופת הביטוח מיום: ועד ליום:</p> <p>האם הוגשה תביעה כלשהי בגין אחריות מקצועית נגד המוסד ו/או נגד אחד מהבעלים ו/או שותפים ו/או מועסקים בגין רשלנות מקצועית? באם כן, נא לפרט בצורה מלאה (או נספח נפרד) פרטים על התביעות ששולמו או תלויות (תאריך האירוע, מועד הגשת התביעה, טענת התובע, הפיצוי הנדרש, הסכום שנקבע ע"י המבטח כרזרבה עתידית לתשלום, או לחלופין סכום הפיצוי ששולם) <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא:</p> <p>אם כן פרט:</p> <p>האם ידוע לך על נסיבות קיימות העלולות לשמש עילה לתביעה בעתיד נגד המוסד ו/או מי מהבאים מטעמו בקשר עם אחריות מקצועית? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>אם כן פרט:</p>	

האם נדרש כיסוי רטרואקטיבי? ☐ כן ☐ לא
 באם כן, נא לפרט פרטי הביטוח אצל המבטח הקודם (גבולות אחריות, השתתפות עצמית, תקופת הביטוח, מבטחים בפוליסה, הפעילות המובטחת) וכן פירוט ניסיון התביעות ואירועים חריגים ב-5 שנים האחרונות:

ניהול סיכונים 12

ניהול סיכונים:

- האם קיימת במוסד יחיד ניהול סיכונים/ בטיחות הטיפול? ☐ כן ☐ לא
- מי ממונה על ניהול הסיכונים/ בטיחות הטיפול? האם עבר הכשרה פורמלית בתחום? ☐ כן ☐ לא
- האם קיים נוהל אירועים חריגים ביחד למטופלי המוסד? ☐ כן ☐ לא

ככל שכן - אנא צרפו הנוהל.

- האם נעשה שימוש בטפסי הסכמה ייעודים בתחומים רלבנטיים? ☐ כן ☐ לא

אם כן - פרט:

1. אני ה"ח"מ..... מצהיר/ה בזה שהתשובות הינן נכונות, מלאות וכנות ושלא העלמתי כל ענין מהותי הנוגע לביטוח זה. הנני מסכימ/ה להודיע לחברה על כל שינוי שיחול בעניין מהותי, לרבות שינוי שיחול במקצועי או במשלח יד, במצב בריאותי, או על כל דבר סידור ביטוחים נוספים. כמו כן הנני מסכימ/ה שהצעה זו והצהרתי, בין שנכתבו על ידי ובין שלא על ידי, תשמשנה יסוד לחוזה שבנינו ובין הראל חברה לביטוח בע"מ. אני מסכימ/ה לקבל את הפוליסה הנהוגה בחברתכם ומתחייב/ת לשלם את הפרמיה המגיעה בגינה.
2. מציע נכבד! כדי למנוע אי הבנות ואי דיוקים, הנך מתבקש/ת לקרוא את הפוליסה ואת דף המקרה שבו תמצא/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.

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>.

15 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: [https://www.harel-group.co.il/t/QMUYSB](mailto:unsubscribe1@harel-ins.co.il); 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.

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.