

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

א	פרטי הסוכן
מס' הסוכן	שם הסוכן
	שם הסוכנות

ב	פרטי המציע/ה
מספר רישיון לעסוק בישראל כרופא שיניים..... תוקף הרישיון.....	
שם משפחה/ בעברית ובאנגלית	שם פרטי בעברית ובאנגלית
מין	מס' ת. זהות/ ח.פ.
כתובת: רחוב	מס' עיר מיקוד
טלפון (+קידומת)	טלפון נייד
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..... מקום המרפאה..... כתובת: רחוב..... מס' עיר מיקוד.....	
תקופת הביטוח המבוקשת מיום:..... /..... עד יום:..... /..... בחצות מבוטח נכבד: הפוליסה לאחריות מקצועית לרופאי שיניים מבוססת על <b>מועד מקרה הביטוח</b> .	

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

ד	גבול אחריות
גבול האחריות המקצועית הרפואית המבוקש בגין מקרה אחד וכל התביעות במשך תקופת הביטוח: <input type="checkbox"/> 10,000,000 ₪ <input type="checkbox"/> 20,000,000 ₪	
האם הנך מעוניין בהנחה בדמי הביטוח, תמורת השתתפותך העצמית בכל תביעה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא (ניתן באישור החברה מראש ורק במקרים בהם קיים העדר תביעות ו/או אירועים העשויים להביא לתביעות) תחום ההתמחות ופירוט תפקידים ועיסוקים נלווים (ניהול, יעוץ לגופים, הנחיית סדנאות, פעילות באתרי אינטרנט, הדרכות, קידום מכירות וכו'): ..... מס' שנות התמחות:..... חברה/ באיגוד/ ארגון מקצועי, <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט..... ותק שלך במקצוע משנת..... שנת היווסדות העסק:..... מס' הרישיון המקצועי:.....	

ה	פרטי העסק ותחומי התמחות
יש צרף את המסמכים הבאים: <input type="checkbox"/> רישיון תקף לרפואת שיניים בישראל <input type="checkbox"/> תעודת/ות מומחיות של משרד הבריאות ככל שנדרשת כזו לצורך העיסוק ברפואת השיניים	
מקום העבודה	שם מקום העבודה ושם המעסיק
פרקטיקה פרטית	שכיר
בית חולים ציבורי	אחוז משרה
בית חולים פרטי	מבוסס במסגרת מקום העבודה
קופת חולים	עצמאי
צה"ל/ משהב"ט	מספר שעות שבועיות
אחר:.....	



תחומי עיסוק נוספים

האם הינך עוסק באחד או יותר מהתחומים הבאים:
<input type="checkbox"/> עוסק בטיפולים תחת הרדמה
<input type="checkbox"/> ניסויים קליניים
<input type="checkbox"/> משתמש במוצר שיוצר ו/או נלקח מגוף האדם, פרט: .....
.....
<input type="checkbox"/> פעולות פולשניות אחרות, שאינן במסגרת מקובלת של רופא שיניים, פרט: .....
.....

היקף הכיסוי והרחבות

האם לכלול את הכיסויים הבאים:
האם הינך מעסיקה/ עובדים ו/או רופאים ו/ או מתמחים ו/או שיניים ו/או סייעות ו/או עובדי משרד:
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט תפקידיהם ושמותיהם של כל אחד .....
האם ברצונך כי במסגרת הכסוי שיינתן בפוליסה ברצונך לכסות גם את אחריותה/ן המקצועית של סייעת/ות במסגרת עבודתן אצלך?
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם "כן" נא ציין שמות ומספרי תעודת זהות וצרף תצלומי רישיונות ותעודות הסמכה בהם יועסקו על ידך .....
האם ברצונך כי במסגרת הכסוי שיינתן בפוליסה ברצונך לכסות גם את אחריותה/ן המקצועית של שיניים/יות במסגרת עבודתן אצלך?
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם "כן" נא ציין שמות ומספרי תעודת זהות וצרף תצלומי רישיונות ותעודות הסמכה בהם יועסקו על ידך .....
האם ברצונך כי במסגרת הכסוי שיינתן בפוליסה ברצונך לכסות גם את אחריותה/ן המקצועית המתמחים/ות/ים במסגרת עבודתן אצלך?
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם "כן" נא ציין שמות ומספרי תעודת זהות וצרף תצלומי רישיונות ותעודות הסמכה בהם יועסקו על ידך. ....
תשומת ליבך, כי הכיסוי עפ"י הפוליסה הינו לאחריותך הישירה והשילוחית בלבד, ואינו מכסה את אחריות הסגל המועסק על ידך, אלא אם מדובר במתמחה ו/או שיניים ו/או סייעת אשר עובדים עימך ועבורך וצוין במפורש ברשימה כי חבותם מכוסה וכן צרפת תצלומי רישיונות ותעודות הסמכה בהם יועסקו על ידך.
האם פיסרת עובד/ת, או חשבת לפטרו/ה, בשל טעות מקצועית?
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט .....
מה מספר המועסקים בעסק הנדון?
שותפים ומנהלים: ..... סגל מקצועי: ..... שאר העובדים: ..... סה"כ: .....
האם הינך מקיים פעילות מקצועית/עסקית בחו"ל?
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט .....
שם המדינה, מהות העיסוק, שיעור העיסוק מסה"כ המחזור הכללי של עיסוקך: .....
.....
אין כיסוי בארה"ב וקנדה
תשומת ליבך כי רק אם צוין במפורש ברשימה הביטוח מכסה פעילות מקצועית אקראית וגם או מזדמנת בכל רחבי העולם למעט באר"ה ובקנדה והמדינות המחילות את חוקיהן. הביטוח אינו מכסה שיפוט, בכל שלב, על פי חוקי ארה"ב וקנדה והמדינות המחילות את חוקיהן ואינו מכסה "אימוץ וגם או אכיפת פס"ד שנתקבל בארה"ב / בקנדה או על פי חוקיהן".
לתשומת ליבך הכיסוי שינתן בפוליסה לעניין פעילות בחו"ל המתבצעת על בסיס קבוע אינו מכוסה.

רשומה רפואית

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

טו"ד והראל 39871.5 08/2025

עבר ביטוחי האם היית מבטוח/ת ב-10 שנים האחרונות, או הינך מבטוח/ת כעת, בגין אחריות מקצועית?

☐ לא ☐ כן, פרט/י:

שם החברה המבטחת: \_\_\_\_\_

מהות הביטוח: \_\_\_\_\_

תקופת הביטוח: \_\_\_\_\_

מס' פוליסה: \_\_\_\_\_

(נא צרף תצלום הפוליסה האחרונה)

האם נדחתה הצעתך ב-10 שנים האחרונות, או מי משותפך, לביטוח אחריות מקצועית?

☐ לא ☐ כן, פרט/י:

האם הותנו תנאים מיוחדים להצעה כזו ב-10 שנים האחרונות?

☐ לא ☐ כן, פרט/י:

האם ביטל מבטח כלשהוא לך, או למי משותפך, או למי מעובדיך את ביטוח אחריותם המקצועית אותה הינך מבקש לכסות?

☐ לא ☐ כן, פרט/י:

האם הוגשו ב-5 השנים האחרונות תביעות נגדך או נגד מבטח אשר ביטח את חבותך המקצועית בגין אחריות מקצועית?

☐ לא ☐ כן, פרט: השנה, מהות התביעה, סכום, התביעה וסכום הפיצוי ששולם: \_\_\_\_\_

האם ידוע לך על מקרים כלשהם העשויים לגרום לתביעה כנ"ל נגדך?

☐ לא ☐ כן, פרט/י:

האם נשלל/ הוטלה/ צומצם/ הוגבל הרישיון (הנדרש בחוק) לעסוק במקצועך לגביו תבקש ביטוח זה?

☐ לא ☐ כן, פרט נסיבות, מועדים, ע"י מי נשלל: \_\_\_\_\_

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, פרט/י:

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, פרט/י:

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, פרט/י:

\*הורשע - יש לציין העבירות המבוקשות ככל שטרם נמחקו לפי חוק המרשם הפלילי ותקנות השבים, התשמ"א-1981.

## 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, 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 נכבד! 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.

חתימת המציע

תאריך

מספר תעודת זהות

## 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.

פירוש נוסף זמין במדיניות הפרטיות באתר הראל הכוללת גם את דרכי ההתקשרות עם ממונה הגנת הפרטיות בהראל, מידע על זכות עיון ותיקון וכן הסרה מדיור ישיר בקישור <https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>.



dt14503

א. הודעה על קבלת דבר פרסומת של החברה:  
 פרטים שמסרת ישמשו לצורך משלוח דברי פרסומת מהחברה באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת טקסט. באפשרותך לסרב בכל עת ב: [unsubscribe1@harel-ins.co.il](mailto: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 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.

יג 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:  .....

יד 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.

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.

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.

