

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

1 פרטי הסוכן	מס' סוכן	שם הסוכן	שם הסוכנות
--------------	----------	----------	------------

2 פרטי המציעה/ה	שם משפחה בעברית	שם פרטי בעברית
הגדרת האישיות המשפטית של המציע: <input type="checkbox"/> חברה בע"מ <input type="checkbox"/> עמותה רשומה <input type="checkbox"/> שותפות רשומה <input type="checkbox"/> עוסק מורשה <input type="checkbox"/> אחר:		
מס' רישום (ח.פ. ת.ז. וכדו'):		
שנת ייסוד המרפאה:		
פירוטי הבעלים / המפעיל של המרפאה:		
שם	טל' נייד	מייל
כתובת	טלפון	
טל' נייד	מייל	
פרטי איש קשר:		
שם	נייד	מייל

3 פרטי העסק	מספר המרפאות בהם מתנהלת הפעילות , כתובתן ומספר הכיסאות הדנטליים בכל אחת מהן:
א. כתובת: מס' כיסאות דנטליים	
ב. כתובת: מס' כיסאות דנטליים	
ג. כתובת: מס' כיסאות דנטליים	
ד. כתובת: מס' כיסאות דנטליים	
אילו פעילויות מתבצעות במרפאה: <input type="checkbox"/> כירורגית פה ולסת <input type="checkbox"/> שתלים <input type="checkbox"/> שיקום <input type="checkbox"/> אורתודנטיה <input type="checkbox"/> טיפולים משמרים <input type="checkbox"/> אסתטיקה לא כירורגית (הזרקות בוטוקס וחומרי מילוי זמניים באיזור הפנים) <input type="checkbox"/> אחר:	
פרט במידת הצורך:	
א. מספר מטופלים בשנה האחרונה:	
ב. מספר מטופלים צפוי לשנה הבאה (לעסק חדש):	
ג. מחזור הכנסות שנתי של העסק (שנה אחרונה):	
האם אתה זקוק לאישור ביטוח עבור גורם מסוים או האם הנך עובד תחת מכרז מסוים ? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא (לדוגמא קופות החולים, משרדי הממשלה וכו') אם כן, נא פרט (לרבות דרישות הביטוח):	

4 פרטי צוות המרפאה	צוות רופאי השיניים במרפאה (כיום ובשנה האחרונה):
א. שם:	ת.ז. מומחיות:
ב. שם:	ת.ז. מומחיות:
ג. שם:	ת.ז. מומחיות:
ד. שם:	ת.ז. מומחיות:
צוות שיניים/סייעות:	
א. שם:	ת.ז.
ב. שם:	ת.ז.
ג. שם:	ת.ז.
ד. שם:	ת.ז.

תשומת ליבך כי הפוליסה אינה מכסה את אחריותם המקצועית של רופאי השיניים/שיננים אלא את האחריות השילונית של המוסד בלבד.



^dt14503

האם מתבצעים במרפאה טיפולים בהרדמה: כן ☐ לא ☐
סמן במקום המתאים:

☐ סדציה נשאפת ☐ סדציה מתונה ☐ סדציה עמוקה ☐ הרדמה כללית, פרט היכן מתבצעת:
האם יש נוכחות מרדים/מים במרפאה? ☐ כן ☐ לא ☐

א. שם ת.ז.

האם מבוטח בביטוח אחריות מקצועית אישי? היכן?

ב. שם ת.ז.

האם מבוטח בביטוח אחריות מקצועית אישי? היכן?

ג. שם ת.ז.

האם מבוטח בביטוח אחריות מקצועית אישי? היכן?

במקרה של רופא/ה מרדים/מה יש לצרף מכתב מהמבטח עם ציון תקופת הביטוח וניסיון תביעות.

האם פועלים במרפאה רופאים שאינם רופאי שיניים או מרדימים? ☐ כן ☐ לא ☐

פרט:

6 גבולות אחריות

גבולות האחריות הנדרשים:

☐ 4,000,000 ₪ למקרה ולתקופת ביטוח

☐ 10,000,000 ₪ למקרה ולתקופת ביטוח

7 עבר ביטוחי

האם המרפאה הייתה מבוטחת ב-5 השנים האחרונות או מבוטח כעת בגין אחריות מקצועית רפואית? ☐ כן ☐ לא ☐

אם כן, ציין באיזו חברה:

תקופת הביטוח: מיום ועד ליום

האם נדחתה הצעתך לביטוח ב-5 שנים האחרונות לביטוח אחריות מקצועית רפואית? ☐ כן ☐ לא ☐

האם בוטלה לך פוליסה לביטוח אחריות מקצועית רפואית? ☐ כן ☐ לא ☐

האם הוגשו ב-5 השנים האחרונות תביעות נגד המרפאה או מי הרופאים המועסקים במרפאה? ☐ לא ☐ כן ☐ לפרט

שם הרופא מהות התביעה

סכום הפיצוי ששולם

האם הוגשה תביעה כלשהי בגין אחריות מקצועית נגד המרפאה ו/או נגד אחד מהבעלים ו/או שותפים ו/או מועסקים בגין רשלנות מקצועית? ☐ כן ☐ לא ☐

באם כן, נא לפרט בצורה מלאה (או בנספח נפרד) פרטים על תביעות ששולמו או תלויות (תאריך האירוע, מועד הגשת התביעה, טענת התובע, הפיצוי הנדרש, הסכום שנקבע ע"י המבטח כרזרבה עתידית לתשלום, או לחילופין סכום הפיצוי ששולם):

.....
.....
.....

האם ידוע לך על נסיבות קיימות העלולות לשמש עילה לתביעה בעתיד נגד המרפאה ו/או מי מהבאים מטעמו (הרופאים המועסקים במרפאה) בקשר עם אחריות מקצועית? ☐ כן ☐ לא ☐

אם כן, פרט/י:

.....
.....
.....

8 כיסוי רטרואקטיבי

האם נדרש כיסוי רטרואקטיבי? ☐ כן ☐ לא ☐

באם כן, נא לפרט פרטי הביטוח אצל המבטח הקודם (גבולות אחריות, השתתפות עצמית, תקופת ביטוח, המבוטחים בפוליסה, הפעילות המבוטחת), וכן פירוט ניסיון התביעות ואירועים חריגים בתקופת הביטוח:


.....
.....




רשומי/י כיצד את/ה מנהל/ת את הרשומות הרפואיות: באיזה אמצעי, מה סוג המידע, היכן ובמשך כמה זמן הן נשמרות? כיצד נשמרת סודיות המידע?

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

10 הצהרות והסכמות המציע

- אני הח"מ..... מצהיר/ה בזה שהתשובות הינן נכונות, מלאות וכנות ושלא העלמתי כל ענין מהותי הנוגע לביטוח זה. הנני מסכים/ה להודיע לחברה על כל שינוי שיחול בכל עניין מהותי, לרבות שינוי שיחול במקצועי או במשלוח ידי, במצב בריאותי, או על דבר סידור ביטוחים נוספים. כמו כן, הנני מסכים/ה שהצעה זו והצהרתי, בין שנכתבו על ידי ובין שלא על ידי, תשמשנה יסוד לחוזה שבני ובין הראל חברה לביטוח בע"מ. אני מסכים/ה לקבל את הפוליסה הנהוגה בחברתכם ומתחייב/ת לשלם את הפרמיה המגיעה בגינה.
 - 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.
 - המידע הכלול במסמך זה ניתן מרצוני ובהסכמתי המלאה.
 - 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
- מס' תעודת זהות: תאריך: חתימת המציע: 

11 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: 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.

12 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>.

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.

