

## שאלון לביטוח אחריות מקצועית רפואית - למוסדות רפואיים

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

מספר סוציאלי	שם הסוכנות	שם הסוציאל	שם הסוציאל	פרטי הסוכן
				1

שם המציג באנגלית:	שם המציג במלואו:
הגדרת האישיות המשפטית של המציג: <input type="checkbox"/> חב' בע"מ, <input type="checkbox"/> עמותה, <input type="checkbox"/> שותפות רשומה, <input type="checkbox"/> אחר:	
שם יסוד:	שם יסוד (ח.פ. ע.מ וכך):
טלפון נייד	טלפון
אימייל	פקס

פרטי העובך

3

סוג המכוסד הרפואי: .....	
אני פרטן: .....	
מספר המרכזים הרפואיים/ מרפאות בהם תנהל הפעולות כתובתם:	
א.	.....
ב.	.....
ג.	.....
ד.	.....
נא לפרט את תחום הפעולות המקצועית, סוג הטיפולים והשירותים המקצועיים הניתנים על/ ידכם למטופלי העסוק (בפירוט ככל הניתן): ..... ..... ..... ..... .....	
א. מספר מטופלים בשנה האחרונות: .....	
ב. מספר מטופלים צפוי לשנה הבאה (לעסוק חדש): .....	
ג. מחזורי הכנסות של העסוק (שנה האחרונה): .....	

**4 הסכמים נוספים/אישורי ביטוח**  
אם אתה זקוק לאישור ביטוח עבור גורם מסוים או אם הנך עובד תחת מכרז מסוים? (לדוג' קופת החוליםים, משרד הminster הממשלתי וכו')  
אם כן, נא פרט:



אם מטבחה פעילות כירורגית (שאינה בתחום הפלסטיקת)?  כן  לא  
 כירורגיה קטנה  כירורגיה בינונית  כירורגיה גדולה  
 נא לפרט מספר הפרוצדורות הכירורגיות שבוצעו בשנה החולפת בחלוקת לשוגהן:

באם מבוצעים טיפולים בתחום הכירורגיה הפלסティית, נא לפרט את מספר הניתוחים והפרוצדורות, בחלוקת לשוגהן:

- א.
- ב.
- ג.
- ד.

באם מבוצעים טיפולים בתחום האסתטיקה שאינה כירורגית, נא לפרט את מספר הטיפולים והפרוצדורות, בחלוקת לשוגהן:

- א.
- ב.
- ג.
- ד.

באם ניתנים שירותים דמיה ואולטרסאונד:

א. האם הפעולות כוללות אולטרסאונד מילודות?  כן  לא

ב.

ב. האם מבוצעת סקירת מערכות?  כן  לא

ג. מספר בדיקות הדמיה ואולטרסאונד בשנה האחרון בחלוקת לשוגהן:

## 6 ציוד רפואי

- א. מספר עמדות ניתוח: .....
- ב. מספר מיטות התאוששות: .....
- ג. מספר כסאות דנטליים: .....
- ד. מספר אמבולנסים רגילים: .....
- ה. מספר אמבולנסים טיפול נמרץ: .....
- ו. מספר יחידות דיאליזה: .....
- ז. מספר יחידות אולטרסאונד: .....
- ח. מספר יחידות לייזר לניתוחים לטיקון הראייה: .....
- ט. מספר יחידות לייזר להסרת שיער: .....
- כ. מכשור רפואי אחר: .....

אחר: .....

:CT .....

רנטגן: .....

כחות: .....

## רופאים שכירים - משרה מלאה:

מומחיות רפואיות	מספר רפואיים במשרה מלאה

## רופאים שכירים - משרה חלקית:

מומחיות רפואיות	אחו' משרה כולל של כלל הרופאים באותה מומחיות	מספר רפואיים במשרה חלקית

## רופאים עצמאיים (מתוגמלים על בסיס חשבונית):

מומחיות רפואיות מושרשה עדין	מספר שעות עבודה בשבוע	מספר הרופאים

## רופאים תורניים או על בסיס קריאה:

מומחיות רפואיות מושרשה עדין	מספר שעות עבודה בשבוע כולל	מספר הרופאים

## זכות פארה- רפואי

עיסוק מקצועי	מספר המועסקים	שכרם: סך הכל שעות שעבודה בשבוע	עצמאיים: סך הכל שעות שעבודה בשבוע
ארגוני מוסמכות			
מיילדות מוסמכות			
עובד מעבדה			
רוקחים			
טכני רנטגן			
פיזיותרפיסטים			
עובדים סוציאליים			
דיאטנית			
פסיכולוגים			
מטפלות סיעודיות (לא אוחיות)			
חובשים:			
פרמדיקים:			
אחרים: פרט:			
אחרים: פרט:			

אם נדרש כיסוי לאחריות היסוד והשילוחית של העסק? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	אם נדרש כיסוי לאחריות מקצועית של הרופאים השכירים בעסק? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
אם נדרש כיסוי לאחריות מקצועית של הרופאים העצמאים בעסק? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	אם נדרש כיסוי לאחריות מקצועית של החזות הפארה- רפואו המועסק? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
גבولات האחריות הנדרשים:	
שם הכל לתביעה: .....	
שם הכל לשנת ביטוח: .....	
תקופת הביטוח המבוקשת: מיום: .....	

**10 עבר ביטוחי**

אם הייתה או הינה מבוטה בביטוח אחריות מקצועית? .....
אם כן, ציין באיזו חברה: .....
תקופת הביטוח מיום: .....
עד ליום: .....
אם הוגשה תביעה כלשהי בגין אחריות מקצועית נגד המוסד /או נגד אחד מהבעליים /או שותפים /או מעסיקים בגין רשלנות מקצועית? אם כן, נא לפרט בצורה מלאה (או נספח נפרד) פרטיים על התביעות שהולמו או תלויות (תאריך האירוע, מועד הגשת התביעה, טענות התובע, הophysical הנדרש, הסכם שנקבע ע"י המבוקש כזרבבה עתידית לתשלום, או לאחרון סכם הפיזי שהולם) <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא: אם כן פרט: .....
אם ידוע לך על נסיבות קיימות העלוות לשמש עילה ל התביעה בעמיד גdag המוסד /או מי מהבעליים מטעמו בקשר עם אחריות מקצועית? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא אם כן פרט: .....

**11 כיסוי רטרואקטיבי**

אם נדרש כיסוי רטרואקטיבי? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
באם כן, נא לפרט פרטי הביטוח אצל המבטח הקודם (גבولات אחריות, השתתפות עצמית, תקופת הביטוח, מבוטחים בפוליסת, הפעולות המבוטחת) וכן פירוט ניסיון התביעות ואיורים חרגים ב-5 שנים האחרונות: .....

**12 ניהול סיכון**

ניהול סיכון: .....
א. האם קיימת במוסד יחיד ניהול סיכון/ בטיחות הטיפול? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
ב. מי ממונה על ניהול הסיכון/ בטיחות הטיפול? .....
האם עבר הכשרה פורמלית בתחום? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
ג. האם קיים ניהול אירועים חריגיםividually למטופלי המוסד? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
כלל שן - אני צרפו הנהול.
ד. האם נעשה שימוש בטפסי הסכמה ייעודיים בתחוםים רלבנטיים? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
אם כן - פרט: .....

**13 הצהרת המבוקש/ מציע**

1. אני הח"מ. הני מסכים/ה להודיע לחברת על כל שינוי שיחול בעניין מהותי, לרבות שינוי שיחול במקצוע או במשלה יד, במצב בריאותי, או על כל דבר סיור במקומות מסוימים. כמו כן אני מסכים/ה שהצעה זו והצהרת, בין שוכנתבו על ידי ובין שלא על ידי, תשמשנה וסוד להזוה שבוני ובון הראל חברת לביטוח בע"מ. אני מסכים/ה לקבל את הפוליסה הנוגה בחברתכם ומתחייב/ת לשלים את הפרימה המוגעה בגיןה.
2. מציע ונכבד! כדי למנוע אי הבנות ואי דיויקם, הנר מתבקש/ת לקרוא את הפוליסה ואת דף המקרה שבו תמצאי/i הפוליסה אינה תואמת את הצעתך.
3. המידע הכלול במסמך זה ניתן מרצוני וב הסכמי המלאה.
4. אין לך למסור פרטיים של אדם אחר בטופס זה, אלא אם ידעת אותו על כך וקיבלת מרשת מראשת הסכם לשימוש הראל במידע כאמור בטופס זה וב הסכמי שתסתמן.



חתימת המציג

תאריך

מספר תעודה זהות

הראל חברה לביטוח בע"מ והראל פנסיה ומיל בע"מ [ "הראל" ] אוספות מיעד לצורך צירוף למוצרים, מתן שירותים, תפעול וניהול חii מוצרים, טיפול בתביעות, תלויים והליכים, ניהול ושיפור עסקים ושירותים שהראל מעניקה, קיומ הוראות הדין, להתאים ולהציג מוצרים ושרותים על בסיס מאפיינים אישיים ולמטרות לגיטמיות אחרות. בדרך כלל אין חובה חוקית למסור מידע, אולם בחירה שלא למסור מידע, תביא לכך שלא יוכל לבדוק את הבקשה ולספק שירות. המודע יעבור לסטוק הביטוח (אם קיים) לצורך טיפול בבקשתו ובכל הקשור בבקשתו ובפעול מוצרים ושרותים וכן לסקים ולצדדים שלישיים אחרים הרשים לקבלו, בקשר למטרות אלו.

פירות נוספים זמינים במדיניות הפרטיות באתר הראל הכללת 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>

## שליחת דבר פרסום

15

א. הוועדה על קבלת דבר פרסום של החברה:

פרטיים שמשרת ישמשו לצורך משלוח דברי פרסום מהחברה באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטית או הודעה טקסט. באפשרות לסרב בכל עת ב: <https://www.harel-group.co.il/t/QMUYBS>; [unsubscriber1@harel-ins.co.il](mailto:unsubscriber1@harel-ins.co.il); מספר 2735\*; קוד QR:



ב. הסכמה לקבלת דברי פרסום נוספים:

בנוסף על פרסומות שהחברה רשאית לשולח לי בהתאם להודעה שניתנה לי לעיל, אני רוצה לקבל גם פרסומות על שירותים ומוצרים מכלל החברות בקבוצת הראל, שותפים הנסקיים וצדדים שלישיים באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטית או הודעה טקסט.

\*קבוצת הראל - הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה.  
תשומת ליבך, אי-סימון לא יחשב כסירוב לקבל דברי פרסום מהחברה (כמפורט בסעיף א' לעיל) ואין מבטל הסכמה קודמת. באפשרות לחזור בר מהסכמהך בכל עת.

תשומת לך! יש לנו נושאות מלאות וכנות על כל השאלות שנשאלו או תישאלנה בהצעת הביטוח או בכל דרך אחרת. אי גלי עניין מהותי או תשובה שאינה מלאה או כנה עלולים להשפיע על תשלום תגמולו ביטוח במרקחה של נזק.