

הצעה לביטוח אחריות מקצועית לרפואה אלטרנטיבית/לפיזיותרפיסטים

מהדורת 2018

פוליסת CLAIMS MADE - על בסיס הגשת התביעה בתקופת הביטוח

הגשת טופס הצעה זה למבטח אינה מהווה אישור קיום ביטוח ו/או הסכמת המבטח לביצוע הביטוח.

לתשומת לב ממלא הטופס:

אנא הקפד על מילוי פרטים מדויק. אי דיוק בפרטים עלול להיחשב כאי עמידה בחובת הגילוי על פי חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981 ולהקטין את תגמולי הביטוח, בכפוף להוראות החוק.

כל הפרטים והתנאים בהצעה זו כפופים לפרטים ולתנאים האמורים בפוליסה לביטוח אחריות מקצועית לרפואה אלטרנטיבית או לפוליסה לביטוח אחריות מקצועית עבור פיזיותרפיסטים, לפי העניין, אלא אם צוין במפורש אחרת.

| | | |
|-------------|----------|------------|
| מספר פוליסה | שם הסוכן | מספר הסוכן |
|-------------|----------|------------|

| 1. פרטי המציע | | | | |
|--------------------------|-----|------------------------------|-----|-------|
| שם המבוטח | | מס' ת.ז. או מס' חברה | | |
| כתובת המציע | עיר | רחוב | בית | מיקוד |
| טלפון | פקס | כתובת דוא"ל | | |
| כתובת המרפאה/ מקום טיפול | עיר | רחוב | בית | מיקוד |
| טלפון | פקס | כתובת אתר האינטרנט של המרפאה | | |

| 2. תקופת הביטוח (כולל שני תאריכים) | | |
|------------------------------------|------------------|--|
| מיום _____ עד יום _____ (חצות) | תאריך רטרואקטיבי | סוג המטבע <input type="checkbox"/> ש"ח <input type="checkbox"/> דולר |

| 3. תשלום דמי הביטוח – סמן אופן התשלום | | | |
|---|----------|-------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> שירות שיקים (צרף המחאה מבוטלת או צילום המחאה) | | | |
| מס' בנק | מס' סניף | מס' חשבון | מס' תשלומים |
| <input type="checkbox"/> במזומן <input type="checkbox"/> כרטיס אשראי מסוג _____ | | בעל הכרטיס | ת.ז. |
| מס' כרטיס | בתוקף עד | מס' תשלומים | |

תחום ההתמחות: (חובה לצרף תעודת הסמכה) _____

מוסד ההסמכה _____ תואר ההסמכה _____ תאריך ההסמכה _____ מס' שנות התמחות _____

חברה/ באיגוד/ ארגון מקצועי לא כן, פרט _____

מפעיל/ה בית אבות/ בית הבראה/ מרכז שיקום/ מרפאה, מכל סוג שהוא לא כן, פרט _____

שם המעסיק _____

האם הינך עובד/ת או מועסק/ת על ידי אדם או חברה כלשהם? לא כן, פרט _____

האם הינך מעסיקה/ עובדים לא כן, פרט שמות ותפקידים _____

פרוט הכנסות במשך 12 חודשים אחרונים _____ ול- 12 חודשים הבאים (חזוי) _____

נא לצרף כל חומר הסברה אשר מיועד ללקוחותיך.

האם יש לך או היה לך ביטוח אחריות מקצועית משך 12 החודשים האחרונים? לא כן, פרט שם המבטח _____

תקופת הביטוח _____, גבולות אחריות אשר היו בתוקף _____

יש לצרף צילום הפוליסה האחרונה באם נדרש כיסוי רטרואקטיבי, מתאריך _____

האם הוגשו נגדך תביעות כלשהן בגין טעות או רשלנות במהלך 7 השנים האחרונות? לא כן, פרט: _____

האם ידוע לך על מקרים כלשהם העלולים לגרום לתביעה כנ"ל נגדך? לא כן, פרט _____

האם אי פעם ביטלו ו/או סירבו לערוך ו/או התנו תנאים מיוחדים לביצוע הביטוח? לא כן, פרט: _____

גבול האחריות המבוקש בגין מקרה ביטוח אחד ולכל התביעות במשך תקופת הביטוח _____
הרחבות נדרשות:

הוצאות דיבה לא כן עובד מקצועי נוסף לא כן צד שלישי לא כן

אובדן מסמכים לא כן עובד אחר (עבודה מנהלתית בלבד) לא כן

הצהרה

א. אני החתום מטה מצהיר בזאת שהתשובות לשאלות דלעיל הינן נכונות ושלמות ושלא העלמתי כל מידע ביחס לביטוח זה, שעשוי להשפיע באופן כלשהו על החלטת המבטח לבצע את הביטוח הנדרש או לבצעו בתנאים מיוחדים. **ידוע לי כי אם אעשה כן בכוונת מרמה, דין תשובתי יהיה כדין תשובה שאינה מלאה וכנה לפי חוק חוזה הביטוח, תשמ"א - 1981.**

ב. אני מאשר שאודיע למבטח על כל שינוי בפרט מהותי המפורט בטופס זה אשר ביחס אליו ניתנו תשובתיי.

ג. **כן ידוע לי כי הפוליסה שתוצא עבורי מבוססת על כסוי לפי תאריך "הגשת תביעה" (CLAIMS MADE), דהיינו תכוסינה רק תביעות המוגשות לראשונה במהלך תקופת הביטוח).**

ד. **הפוליסה המבוקשת באמצעות טופס זה, כוללת כיסוי בגין פעילויותיי לאחר התאריך הרטרואקטיבי הנקוב בהצעה ובפוליסה, ובכפוף לכך שבתקופה רטרואקטיבית זו הייתי מבטח בביטוח אחריות מקצועית.**

ה. הנני מסכים לקבל את הפוליסה שתינתן לי ע"י המבטח על כל סעיפיה. כמו כן, הנני מסכים שהצעה – הצהרה זו תשמש יסוד לחוזה שביני לבין המבטח.

ו. הנני מתחייב לשלם את פרמיית הביטוח בגינה כנדרש.

ז. **ידוע לי כי הביטוח ייכנס לתוקפו רק לאחר אישור של המבטח בכתב.**

ח. הנני מצהיר בזאת כי לא ידוע לי על כל מקרה העלול להוות עילה לתביעה בגין ביטוח זה.

ט. אני מצהיר כי המידע הכלול במסמך זה ניתן מרצוני ובהסכמתי. ידוע לי שמטרת מסירת המידע הינה להפקת פוליסת ביטוח, וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה, והקשורים בה.

| | |
|-------|-------|
| תאריך | חתימה |
|-------|-------|

הודעה והסכמה לפי סעיף 11 לחוק הגנת הפרטיות (דיוור ישיר) - סעיף שאינו חובה, לבחירת המבטח

1. הנני מסכים כי הפרטים והנתונים אודותיי ישמשו את המבטח ו/או תאגידים מקבוצת איילון (להלן: "איילון") לצורך יצירת קשר להצעה לרכישה ו/או שיווק של תוכניות, כיסויים ביטוחיים ו/או מוצרים או שירותים פיננסיים ו/או אחרים מטעם איילון ולצורך עיבודים סטטיסטיים, פילוח ומיקוד שיווקי ולמטרות שיפור השירות והטיפול בתביעות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע למטרות אלה לצדדים שלישיים הפועלים בשמה או מטעמה של איילון בעניינים אלה.

2. הנני מסכים כי תכנים שיווקיים מהגורמים האמורים יועברו אלי בדרך של דיוור, לרבות דיוור ישיר או שירותי דיוור ישיר או בדרך אחרת, לרבות באמצעות פקסימיליה, מערכת חיוג אוטומאטי, הודעה אלקטרונית, הודעת מסר קצר (SMS), כל אמצעי תקשורת אחר, שיתוף קבצים וכל דרך אחרת.

3. ידוע לי כי בכל עת אני רשאי לבקש מהמבטח בכתב או בהודעה לכתובת האינטרנט: mail@ayalon-ins.co.il כי הנני מעוניין לחזור בי מהסכמתי זו ולהסירני מרשימת התפוצה.

| | |
|------------|---------------------|
| תאריך ושעה | חתימת המועמד לביטוח |
|------------|---------------------|

הודעה והסכמה למסירת מידע אישי בכפוף לתיקון מספר 40 לחוק התקשורת (בזק ושירותים), התשס"ח - 2008 - סעיף שאינו חובה, לבחירת המבטח

1. הנני מאשר כי מהידע והנתונים וכל עדכון שלהם שמסרתי ושאמסור, לרבות באמצעות אתר האינטרנט של המבטח, נמסר בהסכמתי וברצוני המלא וכי הנני מסכים, שמידע ונתונים אלה ישמשו את המבטח, ו/או תאגידים מקבוצת איילון (להלן: "איילון") בכפוף לכל דין, כמאגר מידע לדיוור ישיר וליצירת קשר להצעה לרכישה ו/או שיווק של תוכניות, כיסויים ביטוחיים ו/או מוצרים או שירותים פיננסיים ו/או אחרים מטעם איילון לצורך עיבודים סטטיסטיים, פילוח ומיקוד שיווקי ולמטרות שיפור השירות והטיפול בתביעות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע למטרות אלה לצדדים שלישיים הפועלים בשמה או מטעמה של איילון בעניינים אלה.

2. אני מסכים כי מידע, כאמור, ישוגר אלי אף באמצעות דיוור, לרבות דיוור ישיר או שירותי דיוור ישיר או בדרך אחרת, פקסימיליה, מערכת חיוג אוטומאטי, הודעה אלקטרונית, הודעת מסר קצר (SMS), כל אמצעי תקשורת אחר, שיתוף קבצים וכל דרך אחרת.

3. אם לא אהיה מעוניין במידע או בפנייה, כאמור, ידוע לי כי הנני רשאי בכל עת להודיע למבטח בכתב או בהודעה לכתובת האינטרנט: mail@ayalon-ins.co.il כי הנני מעוניין לחזור בי מהסכמתי זו ולהסירני מרשימת התפוצה.

| | |
|------------|---------------------|
| תאריך ושעה | חתימת המועמד לביטוח |
|------------|---------------------|