



טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד.

שם הסוכן	מספר סוכן
----------	-----------

העוסקים במקצועות הרפואה השונים חשופים לסיכונים שונים. לכן, לכל מבטח צרכים מיוחדים ודרישות ספציפיות משלו. כדי שנוכל לתת לך את הצעת המחיר הטובה, המתאימה והמקיפה ביותר בשבילך, אנו מבקשים כי תמלא את כל הסעיפים בטופס הצעה זה. כך, תוכל לקבל את הצעת המחיר המדויקת ביותר לצרכיך ולהימנע מבעיות בעת תביעה.

הוראות מילוי

אנא קרא הוראות אלה לפני מילוי טופס ההצעה. אם דרוש לך מידע נוסף אנא התייעץ עם סוכן הביטוח שלך.

- על טופס ההצעה להיות מודפס או ממולא בעט וחתום ומתוארך על ידי המציע.
 - אנא ענה על כל שאלה במלואה, והצהר "לא" או "אין" כנדרש. תשובות שלא מולאו עלולות לעכב את הצעת המחיר.
 - אנא מלא טופסי הצעה נפרדים עבור כל שותף אשר ייכלל בהצעה וצרף רשימה של כל השותפים.
 - אנא מסור כל מידע נוסף אשר אתה מרגיש שעשוי לעזור למבטח, כגון עלונים וכו'.
 - אם יחסר מקום בטופס ההצעה למילוי הפרטים, אנא צרף מידע נוסף בסעיף י"א או על דפים חתומים ומתוארכים, במידת האפשר, השתמש באותו מבנה ומספר סעיף.
 - חובת המציע למסור את כל העובדות המהותיות למבטח. אם הושמט מידע, המבטח עשוי להימנע ממחויבותו על פי תנאי הפוליסה. **בכל הקשור לטופס ההצעה ולפוליסה הנגזרת ממנו, "עובדה מהותית" נחשבת לכזו שעשויה להשפיע על שיפוטו של המבטח ועל קבלת הצעתך.**
 - בעת קבלת תנאי המבטח ותשלום הפרמיה, ייכלל טופס הצעה זה כחלק בלתי נפרד מהחוזה בין המבטח למבטוח.
- יש לשמור העתקים מטופס ההצעה עבור רשומותיך.**
- חתימה על טופס הצעה זה אינה מחייבת את המציע או את המבטח להשלים חוזה ביטוח.**

א. פרטי המציע						
התואר	שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	
שם באותיות לטיניות				שם מסחרי (אם שונה מהשם הנ"ל)		
האם עסקת בפעילות דומה בשם אחר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן						
פרט _____						

ב. כתובות המציע						
כתובת פרטית	רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	ארץ	
	מספר טלפון	מס' פקס	כתובת דואר אלקטרוני			
כתובת המרפאה / מסחרית (אם שונה מהנ"ל)	רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	ארץ	
	מספר טלפון	מס' פקס	כתובת דואר אלקטרוני			
אם מבוקש כיסוי בעבור יותר מאתר אחד, יש לצרף רשימה של כל האתרים וכתובותיהם						

ג. פרטים על לימודים			
שם המוסד בו סיימת לימודיך	מדינה	שנה	תואר / דיפלומה / כינוי
מצ"ב			רשום תכניות להשתלמות ולהתמחות עיקרית ומשנית:
<input type="checkbox"/> העתק דיפלומה <input type="checkbox"/> העתק הרישיונות (כולל התמחויות)			

לתשומת לבך! פוליסת הביטוח תכסה אותך אך ורק בעבור עבודה בתחומים שתרשום להלן:

1. באיזה תחום רפואי / פרהרפואי / אלטרנטיבי אתה עוסק:

2. האם אתה מבצע פעולות פולשניות או ניתוחים? לא כן, פרט -

3. האם אתה עורך ניסויים קליניים? לא כן, פרט -

4. אנא מסור פרטים מלאים על אילו רשומות חולים אתה שומר, היכן וכיצד הן מאוחסנות ובמשך כמה זמן הן נשמרות. אנא שים לב שדרישות הפוליסה הזו היא שכל הרשומות יישמרו תקופה מינימאלית של 10 שנים, ובמקרה של קטינים, 10 שנים מיום הגיעם לבגרות.

סוג הרשומות	מקום וצורת אחסון	משך זמן שמירתם

5. רשום את החלוקה המוערכת באחוזים ובשעות עבודה של עבודתך לפי התחומים במפורטים להלן כשכיר או כעצמאי.

התחום	כשכיר		כעצמאי		אם אתה שכיר, רשום להלן את שם המעסיק או את שם בית החולים או החברה בה אתה עובד?
	שעות שבועיות	%	שעות שבועיות	%	
הפרקטיקה הפרטית של המציע					
בתי חולים במגזר הציבורי					
בתי חולים כירורגיים פרטיים					
מרפאת קופת-חולים					
אחר, פרט -					
סך הכל					

ה. העסקת עובדים

1. האם יש בבעלותך (מלאה או חלקית) או האם אתה מפעיל או מנהל: בית חולים, בית אבות, או כל מוסד רפואי אחר כלשהו? לא כן יש למלא גם טופס הצעה נוסף - נפרד לפני שיינתנו הצעות מחיר.

2. רשום את כמות אנשי הצוות ותפקידם בכל צורת העסקה, שכירים, פריילנסרים וכו':

מס' משרות	התפקיד	כמות	מס' משרות	התפקיד	כמות

ו. מעורבות עם מטופלים

1. האם אתה - המציע, או מי מחברי הצוות המעורבים בטיפול בחולים סובל מנכות, מחלות מדבקות כגון צהבת נגיפית, HIV וכו', או כל מגבלה אחרת אשר עשויה להשפיע על ביצוע חובותיו המקצועיות או לסכן חולים? לא כן, פרט

2. האם אתה - המציע, או מי מחברי הצוות המעורבים בטיפול בחולים היה מורשע או נתון לכל עבירה פלילית (מלבד עבירות תנועה קלות), הליכי או חקירות משמעת מקצועיים? לא כן, פרט



ז. חברות בארגונים מקצועיים וביטוחים קודמים

1. האם היום או בעבר, היית חבר בארגון מקצועי כלשהו, או רשום בגוף המווסת את עצמו, או מורשה? לא כן, פרט

שם הארגון - הגוף	תקופת החברות/הרישום/הרישיון	הפסקה/ביטול/שינוי תנאי החברות
		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מהסיבה
		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מהסיבה
		<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מהסיבה

2. אם אתה שכיר, האם התנאי להעסקתך הוא שיהיה לך ביטוח חבות רפואית מקצועית? לא כן, פרט

3. האם אי פעם היית מבוטח בביטוח חבות רפואית מקצועית? לא כן, פרט

שם המבטחים	תקופה/ות הביטוח	סכום הביטוח (לכל התקופה)

4. האם אי פעם בקשה לכיסוי ביטוחי מהסוג הרשום לעיל:

- נדחתה לא כן, פרט _____

- בוטלה לא כן, פרט _____

- הצריכה תנאים מיוחדים לא כן, פרט _____

ח. ניסיון תביעות קודמות

1. רשום את כל התביעות שהוגשו נגדך במהלך 10 השנים האחרונות. אם אין, אנא סמן אין!

תאריך האירוע	תאריך התביעה	סכום התביעה	הסכום ששולם	הסכום שנותר תלוי	פרטי התובע	אופי האשמה

2. רשום את כל הנסיבות/התלונות שעשויות לגרום לכך שתוגש נגדך תביעה. אם אין, אנא סמן אין!

תאריך הנסיבות/התלונה	אופי התלונה	פרטי המתלונן

3. האם כל הרשום לעיל בסעיף זה נודע למבטח/י הקודמים? לא כן

4. האם כל הרשום לעיל כוסה על ידי מבטח/י הקודמים? לא כן

תקופת הביטוח המבוקשת מ- עד

רשום לאילו גבולות: 1 מיליון ₪ 2 מיליון ₪ 4 מיליון ₪ 10 מיליון ₪ אחר _____

ט. הערות

י. הצהרה

אני/אנו מצהיר/ים, לאחר בירור, כי כל ההצהרות והפרטים הרשומים בהצהרה זו ונספחיה נכונים ושאינ מידע כלשהו, שלא נמסר ועשוי היה להגדיל את סיכון הביטוח או להשפיע על קבלת הצעה זו ואם הפרט לעיל ישתנה בדרך כלשהי, אני/אנו נודיע למבטחים מוקדם ככל האפשר.

אני/אנו מבין/ים שחוסר גילוי עובדות מהותיות אשר עשויות להשפיע על קבלת ההצעה והערכתה, עשוי לגרום לסירוב המבטח לספק שיפוי או לביטול הפוליסה מכל בחינה.

אני/אנו מסכים/ים בזאת ומקבל/ים שהצהרה זו תהיה הבסיס לחוזה בין שני הצדדים אם יתקיים.

תאריך	שם המציע (באותיות דפוס)	חתימה וחותמת המציע

