

שם הסוכן מס' הסוכן שם הסוכנות

פרטי המציע		שם משפחה/חברה	
מס' ת. זהות/ח.פ.		שם פרטי	
כתובת פרטית			
רחוב		מס'	
מיקוד		ישוב	
טלפון (+קידומת)		טלפון נייד (+קידומת)	
E-mail:		כתובת דואר אלקטרוני לצורך קבלת דיוורים:	

תקופת ביטוח	
מיום:	עד יום:
בחצות:	
מבוטח נכבד: הפוליסה לביטוח אבדן רישיון לרופא מבוססת על תאריך הגשת התביעה.	

אופן התשלום	
<input type="checkbox"/> גביה הגילה <input type="checkbox"/> כרטיס אשראי <input type="checkbox"/> שירות שיקים <input type="checkbox"/> בהוראת קבע מספר:	

מקום העבודה	
מה מקור הכנסתך העיקרי? <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> יעוץ בלבד	
שם מקום העבודה	
כתובת מקום העבודה	
רחוב	
מס'	
ישוב	
מיקוד	
טלפון (+קידומת)	

פרטים מקצועיים	
סוג ההתמחות המקצועית:	
ההסמכה/ות המקצועית/יות של המציע:	
תואר/תארים של המציע:	
שמות המוסד/ות בו/בהם נרכשו/ו ההסמכה/ות (נא לצרף צילום תעודה/ות):	
שמות המוסד/ות בו/בהם נעשו/תה ההתמחות/יות:	
מספר הרישיון המקצועי: שמות ההתאגדויות המקצועיות בהן המציע חבר:	

ניסיון ביטוחי וניסיון תביעות

האם היית מבטח בעבר בביטוח אובדן רישיון? לא כן, אם כן יש לפרט:

שם המבטח הקודם: תקופת הביטוח: סכום הפיצוי:

האם ההצעה שלך לביטוח אובדן רישיון נדחתה על ידי מבטח כלשהו? לא כן, אם כן נא פרט:

האם מבטח כלשהו דרש ממך תנאים מיוחדים כתנאי לעריכת ביטוחים כגון: ביטוח אחריות כלפי צד שלישי, חבות המוצר, אחריות מקצועית, אובדן רישיון, הוצאות הגנה משפטית? לא כן, אם כן נא פרט:

האם הוגשה נגדך תביעה בגין הפר חובה מקצועית וגם או מנהלית במהלך 7 השנים האחרונות? לא כן, אם כן נא פרט:

האם ידוע לך על טענה כלפיך או על נסיבות כלשהן אשר עשויות להביא לכדי טענה ו/או תביעה בגין הפר חובה מקצועית? לא כן, אם כן נא פרט:

האם התקיימה נגדך או נגד מי משותפיך, חקירה משטרתית וגם או מנהלית כלשהי בגין הפר חובה מקצועית? לא כן, אם כן נא פרט:

האם הוגשה תלונה כלשהי למוסד כלשהו נגדך, או קיימים תהליכי ברור כלשהם, כולל מול ועדות משמעת ואחרות, בגין הפר חובה מקצועית? לא כן, אם כן נא פרט:

סכום הפיצוי המבוקש

אנא סמני/ אחת מהאפשרויות המפורטות להלן:

סכום פיצוי חודשי של 8,000 ₪ למשך 24 חודשים.

סכום פיצוי חודשי של 16,000 ₪ למשך 24 חודשים.

סכום פיצוי חודשי של 32,000 ₪ למשך 24 חודשים.

הוצאות משפט בהליכים פליליים

אם ברצונך להרחיב את הביטוח לכיסוי הוצאות משפט בהליכים פליליים?

לא כן

גבול אחריות החברה בגין כיסוי זה למקרה ולסך כל תקופת הביטוח עד 100,000 ש"ח.

הצהרת המבקש/מציע

1. 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 יד, במצב בריאותי, או על דבר סידור ביטוחים נוספים. כמו כן, הנני מסכים/ה שהצעה זו והצהרתי, בין שנכתבו על ידי ובין שלא על ידי, תשמנה יסוד לחוזה שבני ובין הראל חברה לביטוח בע"מ. אני מסכים/ה לקבל את הפוליסה הנהוגה בחברתכם ומתחייב/ת לשלם את הפרמיה המגיעה בגינה.

2. מציע/ה נכבד/ה! כדי למנוע אי הבנות ואי דיוקים, הנך מתבקש/ת לקרוא את הפוליסה ואת דף המפרט שישלחו אלייך אחרי הפקת הפוליסה ולהעיר את הערותייך בהקדם האפשרי, בכל מקרה שבו תמצאי/י כי הפוליסה אינה תואמת את הצעתך.

3. המידע הכלול במסמך זה ניתן מרצוני ובהסכמתי המלאה.

4. 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.

תאריך: מס' תעודת זהות: חתימת המציע: 

המידע הכלול במסמך זה הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסות ולטיפול בעניינים הקשורים בהן. המידע ייאסף, יישמר ויעובד בחברה ובחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) ועל ידי צדדים שלישיים הפועלים עבורן והן ו/או מטעמן תעשנה בו שימוש, לצורך הטיפול בפוליסה ולמטרות לגיטימיות אחרות, לרבות ביצוע תחשיבים אקטואריים. פרטים נוספים ניתן למצוא במדיניות הפרטיות שבאתר החברה.

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.


קבלת דבר פרסומת

הרינו להודיעך כי קיימת אפשרות שתקבל מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן יועברו פרטיך (ככל שנתת הסכמה להעברת פרטיך אליהן), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברה ו/או החברות בקבוצת הראל, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS).

אם אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותך להודיע על סירובך בכל עת באמצעות "טופס אי קבלת פרסומות והצעות שיווקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.hrl.co.il/pirsum או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, חטיבת ביטוח כללי, אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן 52118, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.

יא הסכמה לשימוש במידע

אני מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותיי, המצוי או שיהיה מצוי בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסים) ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתי מידע על מוצרים ושירותים, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.

תאריך: שם המציע: חתימה: 

יב מאגר משותף ועיבוד מידע

קבוצת הראל פועלת כל העת לשפר את שירותיה תוך שימוש בכלים טכנולוגיים מתקדמים כדי ליעל את השירות. בכלל זה מפעילה קבוצת הראל מאגר מידע מרכזי, אשר משמש את הגופים המוסדיים בקבוצה, בין היתר, בעיבוד וניתוח הנתונים בניהול מערך השירותים, ובביצוע התאמות אישיות ובמסגרתו ירוכז ויעובד גם המידע אודותיך. לפרטים נוספים באפשרותך לעיין במדיניות הפרטיות שבאתר החברה.
אם אתה מעדיף שלא נשתמש במידע אודותיך לשימושים אלה, תוכל להודיע על העדפתך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il/t/H88B3N

יג הצהרת הסוכן לבירור צרכי המועמד והצעת ביטוח התואמת לצרכיו

אני מאשר כי ביררתי את צרכי המועמד/ים לביטוח בהתאם להוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח והצעתי לו/הם ביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת, התואמים לצרכיו/הם.

תאריך: שם הסוכן: חתימה: 

יד אחזור מידע אישי

לידיעתך, לצורך יעול 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.