

## הצעה לביטוח אחריות מקצועית - רופא שיניים

### פרטי הסוכן:

מס' הסוכן: \_\_\_\_\_ שם הסוכן: \_\_\_\_\_ שם הסוכנות: \_\_\_\_\_

פרטי המציע/ה: מספר רישיון לעסוק בישראל כרופא שיניים תוקף הרישיון: \_\_\_\_\_

שם משפחה/ בעברית ובאנגלית: \_\_\_\_\_ תואר: \_\_\_\_\_

שם פרטי בעברית ובאנגלית: \_\_\_\_\_ מין: \_\_\_\_\_

מס' ת. זהות/ ח.פ.: \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_

טלפון (+קידומת) \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_

כתובת דואר אלקטרוני לצורך קבלת דיוורים: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

האם הינך מנהל את עסקיך המקצועיים-רפואיים באמצעות חברה בע"מ הנמצאת בבעלותך או באמצעות שותפות כלשהי?  לא  כן, פרט אחוז הבעלות שלך \_\_\_\_\_

שם החברה: \_\_\_\_\_ ח.פ.: \_\_\_\_\_

תחומי פעילות של החברה/שותפות: \_\_\_\_\_

מקום המרפאה - כתובת: \_\_\_\_\_

רחוב	מס'	שכונה/ עיר	מיקוד	טלפון (+קידומת)

תקופת הביטוח המבוקשת מיום: \_\_\_\_\_ עד יום: \_\_\_\_\_ בחצות

### **מבוטח נכבד:** הפוליסה לאחריות מקצועית לרופאי שיניים מבוססת על **מועד מקרה הביטוח**.

אופן התשלום  גביה רגילה  כרטיס אשראי  הוראת קבע לבנק

גבול האחריות המבוקש בגין מקרה ביטוח אחד וכל מקרי הביטוח שיארעו בתקופת הביטוח

\$2,500,000

\$5,000,000

האם הנך מעוניין בהנחה בדמי הביטוח, תמורת השתתפותך העצמית בכל תביעה?  כן  לא

(ניתן באישור החברה מראש ורק במקרים בהם קיים העדר תביעות ו/או אירועים העשויים להביא לתביעות)

תחום ההתמחות ופירוט תפקידים ועיסוקים נלווים (ניהול, יעוץ לגופים, הנחיית סדנאות, פעילות באתרי אינטרנט, הדרכות, קידום מכירות וכו'): .....

מס' שנות התמחות: \_\_\_\_\_

- חברה/ באיגוד/ ארגון מקצועי □ לא □ כן, פרט \_\_\_\_\_  
 ותק במקצוע משנת \_\_\_\_\_ שנת היוסדות העסק: \_\_\_\_\_  
 מסי הרישיון המקצועי: \_\_\_\_\_

**יש לצרף את המסמכים הבאים:**

- רישיון תקף לרפואת שיניים בישראל  
 □ תעודת/ות מומחיות של משרד הבריאות ככל שנדרשת כזו לצורך העיסוק ברפואת השיניים

**האם הינך עוסק באחד או יותר מהתחומים הבאים:**

- עוסק בטיפולים תחת הרדמה  
 □ ניסויים קליניים  
 □ משתמש במוצר שיוצר ו/או נלקח מגוף האדם, פרט: \_\_\_\_\_  
 □ פעולות פולשניות אחרות, שאינן במסגרת מקובלת של רופא שיניים, פרט: \_\_\_\_\_  
 האם הינך מעסיקה/ עובדים ו/או רופאים ו/ או מתמחים ו/או שינניות ו/או סייעות ו/או עובדי משרד:  
 □ לא □ כן, פרט תפקידיהם ושמותיהם \_\_\_\_\_  
 האם במסגרת הכסוי שיינתן בפוליסה ברצונך לכסות גם את אחריותה/ן המקצועית של סייעת/ות  
 במסגרת עבודתן אצלך? □ כן □ לא . אם כן נא ציין שם/ות ומספרי תעודת זהות וצרף תצלומי  
 רישיונות ותעודות הסמכה בהם יועסקו על ידך

- \_\_\_\_\_
- האם במסגרת הכסוי שיינתן בפוליסה ברצונך לכסות גם את אחריותה/ן המקצועית של שיננית/יות  
 במסגרת עבודתן אצלך? □ כן □ לא .  
 אם כן נא ציין שם/ות ומספרי תעודת זהות וצרף תצלומי רישיונות ותעודות הסמכה בהם יועסקו על  
 ידך

- \_\_\_\_\_
- האם במסגרת הכסוי שיינתן בפוליסה ברצונך לכסות גם את אחריותה/ן המקצועית של מתמחים/ות  
 במסגרת עבודתן אצלך? □ כן □ לא .  
 אם כן נא ציין שם/ות ומספרי תעודת זהות וצרף תצלומי רישיונות ותעודות הסמכה בהם יועסקו על  
 ידך

**תשומת ליבך, כי הכיסוי עפ"י הפוליסה הינו לאחריותך הישירה והשלוחית בלבד, ואינו מכסה את  
 אחריות הסגל המועסק על ידך, אלא אם מדובר במתמחה ו/או שיננית ו/או סייעת אשר עובדים עמך  
 ועבורך וצוין במפורש ברשימה כי חבותם מכוסה וכן צרפת תצלומי רישיונות ותעודות הסמכה בהם  
 יועסקו על ידך.**

- האם פיטרת עובד/ת, או חשבת לפטרו/ה, בשל טעות מקצועית?  
 □ לא □ כן, פרט \_\_\_\_\_

מה מספר המועסקים בעסק הנדון?  
 שותפים ומנהלים: \_\_\_\_\_ סגל מקצועי: \_\_\_\_\_ שאר העובדים: \_\_\_\_\_  
 סה"כ: \_\_\_\_\_ האם הינך מקיים פעילות מקצועית/ עסקית בחו"ל? □ לא □ כן, פרט:  
**שם המדינה, מהות העיסוק, שיעור העיסוק מסה"כ, המחזור הכללי של עיסוקך:**

אין כיסוי בארה"ב וקנדה: תשומת ליבך כי רק אם צוין במפורש ברשימה הביטוח מכסה פעילות מקצועית אקראית וגם או מזדמנת בכל רחבי העולם למעט בארה"ב ובקנדה והמדינות המחילות את חוקיהן. הביטוח אינו מכסה שיפוט, בכל שלב, על פי חוקי ארה"ב וקנדה והמדינות המחילות את חוקיהן ואינו מכסה "אימוץ וגם או אכיפת פס"ד שנתקבל בארה"ב/ בקנדה או על פי חוקיהן. לתשומת ליבך הכיסוי שיינתן בפוליסה לעניין פעילות בחו"ל המתבצעת על בסיס קבוע אינו מכסה.

מקום עבודה	שם מקום העבודה ושם המעסיק	שכיר % משרה	עצמאי מס' שעות בשבוע	מבוטח במסגרת מקום העבודה
פרקטיקה פרטית				כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
בית חולים ציבורי				כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
בית חולים פרטי				כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
קופת חולים				כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
צה"ל / משהב"ט				כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>

אחר  לא  כן

רשום/י כיצד מנוהלות הרשומות הרפואיות: באיזה אמצעי, מה סוג המידע, היכן ובמשך כמה זמן הן נשמרות? כיצד נשמרת סודיות המידע (יש להתייחס בתשובותיך גם למרשמים בכתב יד, העתקים של חוות דעת ומרשמים)?

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

### עבר ביטוחי:

האם היית מבוטח/ת ב-10 שנים האחרונות, או הינך מבוטח/ת כעת, בגין אחריות מקצועית?

כן, פרטי:  לא  כן, פרטי:

שם החברה המבטחת: \_\_\_\_\_ מהות הביטוח: \_\_\_\_\_

תקופת הביטוח: \_\_\_\_\_ מסי פוליסה: \_\_\_\_\_

(יש לצרף תצלום הפוליסה האחרונה)

האם נדחתה הצעתך או הצעת מי משותפיך ב-10 שנים האחרונות, לביטוח אחריות מקצועית?

כן, פרט:  לא  כן, פרט:

האם הותנו תנאים מיוחדים להצעה כזו ב-10 שנים האחרונות?

כן, פרט:  לא  כן, פרט:

האם ביטל מבטח כלשהוא לך, או למי משותפיך, או למי מעובדיך את ביטוח אחריותם המקצועית

אותר הינך מבקש לכסות?  לא  כן, פרט: \_\_\_\_\_

האם הוגשו ב-5 השנים האחרונות תביעות נגדך או נגד מבטח אשר ביטח את חבותך המקצועית בגין

אחריות מקצועית?  לא  כן, פרט (השנה, מהות התביעה, סכום, התביעה וסכום הפיצוי

ששולם): \_\_\_\_\_

האם ידוע לך על מקרים כלשהם העשויים לגרום לתביעה כנ"ל נגדך?

כן, פרט:  לא  כן, פרט:

האם נשלל/הוטלה/צומצם/הוגבל הרישיון (הנדרש בחוק) לעסוק במקצועך לגביו תבקש ביטוח זה ?

לא □ כן, פרט נסיבות, מועדים, ע"י מי נשלל: \_\_\_\_\_

האם מואשם (בהווה) או הורשע המציע או מי מהאנשים - לגביהם מתבקש ביטוח זה - בפלילים בגין מעשה מרמה - בקשר עם העיסוק/המקצוע - לגביו ניתן ביטוח זה ?

לא □ כן, פרט: \_\_\_\_\_

האם מואשם (בהווה) או הורשע\* המציע או מי מהאנשים - לגביהם מתבקש ביטוח זה - בפלילים בגין הטרדה מינית- בקשר עם העיסוק/המקצוע - לגביו ניתן ביטוח זה ?

לא □ כן, פרט: \_\_\_\_\_

האם מואשם (בהווה) או הורשע\* המציע או מי מהאנשים - לגביהם מתבקש ביטוח זה - בפלילים בגין הפרת הפרטיות - בקשר עם העיסוק/המקצוע - לגביו ניתן ביטוח זה ?

לא □ כן, פרט: \_\_\_\_\_

\*הורשע - יש לציין העבירות המבוקשות ככל שטרם נמחקו לפי חוק המרשם הפלילי ותקנות השבים, התשמ"א - 1981

### 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, תשמשנה יסוד לחוזה שביני ובין הראל חברה לביטוח בע"מ. אני מסכים/ה לקבל את הפוליסה הנהוגה בחברתכם ומתחייב/ת לשלם את הפרמיה המגיעה בגינה.
2. מציע נכבד! 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 תמצא/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.

מס' תעודת זהות:	תאריך:	חתימת המציע:
-----------------	--------	--------------

אף שאין חובה חוקית למסור חלק מהמידע המתבקש במסמך זה, המידע הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסות ולטיפול בעניינים הקשורים בהן. המידע ייאסף, יישמר ויעובד בחברה ובחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסים בע"מ וחברות בנות שלה) וצדדים 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 חיג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS).

אם אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותך להודיע על סירובך בכל עת באמצעות "טופס סירוב קבלת דבר פרסומת" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת [www.hrl.co.il/pirsum](http://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.

---

---

### הסכמה לשימוש במידע

אני מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותי, 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 והפיננסיים) 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 \_\_\_\_\_

---

---