

שם הסוכן	מרחב
מספר הסוכן	צוות

מציע נכבד,  
נא השב על השאלות שבטופס זה במלואן,  
תשובות מלאות וכנות.  
למען הסר ספק מודגש כי מילוי טופס זה  
נועד רק לצורך בחינת האפשרות למתן הצעה על  
ידי חברת הביטוח ואינו מהווה אישור לכיסוי.

## טופס הצעה לביטוח אחריות מקצועית למקצועות הפרא רפואיים ורפואה משלימה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

א. פרטי המציע		שם פרטי		שם משפחה		שם חברה/ תאגיד		מס' ת.ז. / ח.פ. / עוסק זעיר / עוסק מורשה																																																																																																																																					
		שם מסחרי (אם שונה מהשם הנ"ל)		שם בלועזית																																																																																																																																									
ב. פרטי התקשרות		רחוב		מס' בית		מס' דירה		עיר/ישוב																																																																																																																																					
		מס' טלפון		מס' טלפון נייד		מס' פקס		מיקוד																																																																																																																																					
		:e-mail		כתובת אתר אינטרנט																																																																																																																																									
ג. פרטים אודות העיסוק הפרא רפואי/רפואה משלימה עבורו נדרש הביטוח		<p>1. מה סוג העיסוק והתחום הפרא רפואי/רפואה משלימה עבורו נדרש הכיסוי הביטוחי?</p> <p>2. האם עסקת בפעילות דומה תחת שם מסחרי אחר?  <input type="checkbox"/> לא  <input type="checkbox"/> כן פרט: _____</p> <p>3. האם אתה מבצע פעולות פולשניות או ניתוחים?  <input type="checkbox"/> לא  <input type="checkbox"/> כן פרט: _____</p> <p>4. האם אתה עורך ניסויים קליניים?</p> <p>5. אנא מסור פרטים מלאים על אופן ניהול רשומות המטופלים: סוג הרשומות, היכן וכיצד הן מאוכסנות ומשך שמירתן. לידעתך, ככל שהצעתך תתקבל, תחול עליך חובת רישום ושמירת מסמכים, כמפורט בסעיף 5.12 לפוליסה.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>סוג הרשומות</th> <th>מקום וצורת אחסון / סוג הגיבוי</th> <th>משך זמן שמירתם</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table> <p>6. רשום את החלוקה המוערכת באחוזים ובשעות עבודה של עבודתך לפי התחומים המפורטים להלן כשכיר או כעצמאי</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">שעות שבועיות</th> <th rowspan="2">%</th> <th colspan="2">שם המקום בו מתבצעת פעילותך לידעתך, לא ניתן לבטח פעילות בחו"ל</th> <th rowspan="2">שעות שבועיות</th> <th rowspan="2">%</th> <th colspan="2">שכיר</th> <th rowspan="2">שעות שבועיות</th> <th rowspan="2">%</th> <th colspan="2">עצמאי</th> </tr> <tr> <th>שעות שבועיות</th> <th>%</th> <th>שעות שבועיות</th> <th>%</th> <th>שעות שבועיות</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>								סוג הרשומות	מקום וצורת אחסון / סוג הגיבוי	משך זמן שמירתם	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	שעות שבועיות	%	שם המקום בו מתבצעת פעילותך לידעתך, לא ניתן לבטח פעילות בחו"ל		שעות שבועיות	%	שכיר		שעות שבועיות	%	עצמאי		שעות שבועיות	%	שעות שבועיות	%	שעות שבועיות	%																																																																																																
סוג הרשומות	מקום וצורת אחסון / סוג הגיבוי	משך זמן שמירתם																																																																																																																																											
_____	_____	_____																																																																																																																																											
_____	_____	_____																																																																																																																																											
_____	_____	_____																																																																																																																																											
_____	_____	_____																																																																																																																																											
_____	_____	_____																																																																																																																																											
שעות שבועיות	%	שם המקום בו מתבצעת פעילותך לידעתך, לא ניתן לבטח פעילות בחו"ל		שעות שבועיות	%	שכיר		שעות שבועיות	%	עצמאי																																																																																																																																			
		שעות שבועיות	%			שעות שבועיות	%			שעות שבועיות	%																																																																																																																																		

60241\_EI088\_HazaaMedicial | 01/2017

שם המוסד בו הוסמכת		מדינה	שנה	תואר/דיפלומה	ד. הסמכה / הכשרה מקצועית
יש לצרף <input type="checkbox"/> העתק דיפלומה (תעודת גמר /הסמכה) <input type="checkbox"/> העתק רשיון (כולל התמחות)		פרט סוגי התמחויות / השתלמויות והכשרות אותן סיימת בהצלחה			
7. האם יש בבעלותך (מלאה או חלקית) או האם אתה מפעיל או מנהל בית-חולים, בית-אבות, או מוסד רפואי אחר כלשהו? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן פרט: _____					ה. העסקת עובדים על ידי המבוטח
8. האם הנך מעסיק עובדים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן פרט לפי הסעיפים מטה: שם מלא _____ עיסוק פרא רפואי/רפואה משלימה _____ הסמכה _____ מס' שעות שבועיות _____					
9. האם אתה, או מי מעובדיך חולה במחלות מדבקות כגון צהבת נגיפית וכדומה, או כל מגבלה אחרת אשר עשויה להשפיע על ביצוע חובותיך המקצועיות או לסכן מטופלים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן פרט: _____					
10. האם הנך חבר או היית בעבר חבר בארגון מקצועי כלשהו? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן פרט: _____					ו. חברות בארגונים מקצועיים וביטוחים קודמים
שם הארגון / הגוף		תקופת החברות / הרישום / הרשיון	הפסקה / ביטול / שינוי תנאי חברות		
_____		_____	לא / כן / מה הסיבה _____ לא / כן / מה הסיבה _____		
11. אם אתה שכיר, האם התנאי להעסקתך הוא שיהיה לך ביטוח אחריות מקצועית? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן פרט: _____					
12. האם גורם מוסמך או רשות כלשהיא ביטלה/ או השעה/תה את רשיוןך? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן פרט: _____					
13. האם הותנו תנאים מיוחדים או מגבילים ברשיוןך הנוגעים לפעילותך? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן פרט: _____					
14. האם הנך מבוטח בביטוח אחריות מקצועית? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן שם החברה המבטחת _____ מתי מסתיימת הפוליסה הנוכחית? ____/____/____ מהם גבולות האחריות בפוליסה הנוכחית? _____ מה התאריך הרטרואקטיבי? ____/____/____					
15. האם אי פעם בקשה לכיסוי ביטוחי מהסוג הרשום לעיל: <input type="checkbox"/> נדחתה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____ <input type="checkbox"/> בוטלה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____ <input type="checkbox"/> הצריכה תנאים מיוחדים <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____					

60241\_EI088\_HazaaMedicial | 01/2017

<p>16. האם ב-5 השנים האחרונות ועד למילוי טופס זה, הוגשה תביעה נגד העסק ו/או נגדך באופן אישי ו/או נגד מי מעובדיך, בקשר לשירותים המקצועיים המוצעים לביטוח?  <input type="checkbox"/> לא  <input type="checkbox"/> כן פרט: _____</p>	<p>ז. נסיון תביעות קודם בקשר לביטוח אחריות מקצועית בלבד</p>	
<p>17. האם קיימות נסיבות/ תלונות שעשויות לגרום לכך שגישו נגדך תביעה בעתיד?  <input type="checkbox"/> לא  <input type="checkbox"/> כן פרט: _____</p>		
<p>גבול אחריות למקרה ולתקופה  <input type="checkbox"/> \$2,500,000 <input type="checkbox"/> \$1,000,000 <input type="checkbox"/> \$500,000 <input type="checkbox"/> \$250,000  <input type="checkbox"/> אחר \$ _____</p>	<p>תקופת הביטוח המבוקשת:          מ _____ / _____ / _____ עד _____ / _____ / _____</p>	<p>ח. פרטי הכיסוי המבוקש</p>
<p><b>הרחבה לצד שלישי:</b> אנה סמן את האופציה שבחרת</p> <p>1. אם אינך עובד בקליניקה שלך ו/או קליניקה המושכרת לך ו/או בביתך:  <input type="checkbox"/> גבול אחריות \$ 200,000 למקרה ולתקופה משותף עם גבול האחריות לביטוח האחריות המקצועית  <input type="checkbox"/> גבול אחריות נפרד מגבולות האחריות לביטוח אחריות מקצועית:  <input type="radio"/> גבול אחריות \$ 200,000 למקרה ולתקופה  <input type="radio"/> גבול אחריות \$ 250,000 למקרה ולתקופה</p> <p>2. אם הנך עובד בין היתר רק בביתך ו/או בקליניקה פרטית בבעלותך ו/או בקליניקה המושכרת לך:  <input type="checkbox"/> גבול אחריות נפרד מגבולות האחריות לביטוח אחריות מקצועית:  <input type="radio"/> גבול אחריות \$ 200,000 למקרה ולתקופה  <input type="radio"/> גבול אחריות \$ 250,000 למקרה ולתקופה</p>		

**ט. הצהרת המציע**

אני/נו החתום/ים מטה מצהירים בזה כי כל התשובות והפרטים שניתנו על ידי בהצעת הביטוח ו/או בנספח הרלוונטי (להלן: "טופס ההצעה"), נכונים לכל פרטיהם וכי אני/נו מסתירים/ים שום עובדה ו/או פרט מהותי העשוי להשפיע במובן כלשהו על שיקולי החברה.

ידוע לי כי השאלות המופיעות בטופס ההצעה יחשבו כעניין מהותי על פי הוראות סעיף 6 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981. אני מצהיר בזה כי עניתי לשאלות הנ"ל - ובמיוחד **לשאלות א, 1-4, ג, 6, ד, ה, 12-13, ו, 15, ז.**

אני/נו מסכים/ים בזאת כי הצעה זאת תהווה בסיס לחוזה ביטוח אחריות מקצועית ביני ובין כלל חברה לביטוח בע"מ, לפי תנאי הפוליסה שתוצא על ידי כלל חברה לביטוח בע"מ, **במידה ותוצא פוליסה כזו.**

במידה והצעתי תתקבל על ידי המבטח, אני מתחייב לקבל את פוליסת הביטוח על תנאיה ולשלם את דמי הביטוח (הפרמיה) במלואם ובמועדים שיוסכמו עם המבטח.

אני מסכים כי מבטחים אחרים שביטחו את אחריותי המקצועית בעבר, ימסרו לכם מידע רלוונטי הנוגע לכיסוי המוצע לביטוח.

אני הח"מ, מאשר בזאת שהמידע המבוקש שמסרתי במסגרת הצעה זו נמסר מראוני ובהסכמתי. המידע והנתונים שמסרתי וכל עדכון שלהם יישמרו במאגרי המידע של המבטח וישמשו לבחינת ההצעה, להוצאת פוליסות, לניהול השוטף של תיק הביטוח, למתן שירותים במסגרת פוליסת הביטוח ולדיוור ישיר וליצירת קשר למתן מידע למבוטח בקשר עם מתן השירותים בהתאם לפרטים שניתנו על ידי בטופס זה.

אני מסכים כי הפרטים שמסרתי ימסרו לסוכן הביטוח שלי. אם המבטח יארגן את פעילותו במסגרת תאגיד אחר או יתמזג עם גוף אחר, הוא יהיה זכאי להעביר לתאגיד החדש העתק מן המידע שנאגר אודותיי ובלבד שתאגיד זה יקבל על עצמו כלפי את הוראות הצהרה זו.

**ידוע לי שהביטוח יכנס לתוקפו אך ורק לאחר שטופס ההצעה יאושר בחתימת המבטח.**

תאריך \_\_\_\_\_ שם המציע \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת המציע \_\_\_\_\_

60241\_EI088\_HazaaMedicial | 01/2017