

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

הצעה לביטוח אחריות מקצועית למקצועות הרפואה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד.

העוסקים במקצועות הרפואה השונים חשופים לסיכונים שונים. לכן, לכל מבוטח 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 לקבלת 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 עלידי 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 יכלול 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 למלא הפרטים, אנא צרף מידע נוסף בסעיף י"א או על דפים חתומים ומתוארכים, במידת האפשר, השתמש באותו מבנה ומספר הסעיף.
- 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 והמבטוח.
- יש לשמור על העתקים מטופס ההצעה עבור רשותיך.

טופס הצעה זה אין בו משום מתן כיסוי ביטוחי.
 הכיסוי הביטוח ייכנס לתוקף רק לאחר שהחברה אישרה הצעה זאת באמצעות פקידיה המורשים.

א. פרטי המציע

התואר	שם המשפחה/שם החברה	שם פרטי	מספר זהות/ח"פ	תאריך הלידה	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	מספר בית	יישוב	מיקוד	ארץ
	מספר טלפון	מספר פקס	e-mail		
כתובת המרפאה/ מסחרית (אם שונה מהנ"ל) אם מבוקש כיסוי בעבור יותר מכתובת אחת, יש לצרף רשימה של כל הכתובות.	רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד	ארץ
	מספר טלפון	מספר פקס	e-mail		
כתובת אתר האינטרנט					

ג. פרטים על לימודים

שם המוסד בו סיימת את לימודיך	מדינה	שנה	תואר/דיפלומה/כינוי
רשום תכניות להשתלמות ולהתמחות עיקרית ומשנית:			
<input type="checkbox"/> העתק הדיפלומה <input type="checkbox"/> העתק הרישיונות (כולל התמחויות)			ד"ר 9.2009

ד. עיסוק רפואי/פרהרפואי עכשווי – לתשומת לבך! פוליסת הביטוח תכסה אותך אך ורק בעבור עבודה בתחומים שתרשום להלן:

1. באיזה תחום רפואי/פרהרפואי 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 מאוכסנות ובמשך כמה זמן הן נשמרות. אנא שים לב שדרישות הפוליסה הזו היא שכל הרשומות יישמרו תקופה מינימלית של 10 שנים, ובמקרה של קטינים, 10 שנים מבגרות.

<u>מסך זמן שמירתם</u>	<u>מקום וצורת אחסון</u>	<u>סוג הרשומות</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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

מקום הפעילות אם אתה שכיר, רשום להלן את שם המעסיק או את שם בית החולים/החברה בה אתה עובד	כעצמאי		כשכיר		התחום
	%	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 על־ידי המציע

1. האם יש בבעלותך (מלאה או חלקית) או האם אתה מפעיל או מנהל בית־חולים, בית־אבות, או כל מוסד רפואי אחר כלשהו, או מעסיק עובדים?
 לא (עבור לסעיף ו.) כן ← יש למלא כלהלן:

2. רשום את אנשי הצוות, מקצועם וכמות שעות עבודה שבועיות שמועסקים בעסק:

<u>שם מלא</u>	<u>מקצוע</u>	<u>כמות שעות שבועיות</u>	<u>שם מלא</u>	<u>מקצוע</u>	<u>כמות שעות שבועיות</u>
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

ו. המציע והמועסקים על-ידו

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 אשר לא התיישנה לפי חוק המרשם הפלילי (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 חברות** _____

_____ לא כן ← מהסיבה - _____

_____ לא כן ← מהסיבה - _____

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

3. האם רישיון בוטל? _____ לא כן, פרט - _____

4. האם רישיוןך הושעה? _____ לא כן, פרט - _____

5. האם אי פעם היית מבוטח (בעבר או כיום) בביטוח חבות רפואית מקצועית? לא כן, פרט - _____

שם המבטחים _____ **תקופה/ות הביטוח** _____ **גבול אחריות למקרה/לתקופה** _____

6. 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 בקשר לביטוח אחריות מקצועית בלבד

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 ההאשמה

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 למבטחך הקודמים? לא כן

4. האם כל הרשום לעיל כוסה על-ידי מבטחך הקודמים? לא כן

ט. פרטי הכיסוי

1. תקופת הביטוח המבוקשת? _____ מ - _____ עד -

2. גבולות האחריות (למקרה אחד ולסה"כ בתקופת הביטוח):
 1/4 מיליון \$ 1/2 מיליון \$ מיליון \$ 2 מיליון \$ אחר _____ \$


3. הרחבה לצד שלישי:
 לא כן, גבול אחריות למקרה אחד ולסה"כ בתקופת הביטוח: 200,000 \$ 250,000 \$ אחר _____ \$

י. הצהרה

אני/אנו מצהיר/ים, לאחר בירור, כי כל ההצהרות והפרטים הרשומים בהצעה 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 לסרוב 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 

יא. הערות

תאריך _____ שם המציע (באותיות דפוס) _____ חתימה וחותמת המציע 