

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 _____ מס' שעות שבועיות _____ הסמכה _____					
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 _____					
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/ה/ או השעה/תה את רשיוןך? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן פרט: _____					
13. האם הותנו תנאים מיוחדים או מגבלים 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>הרחבה לצד שלישי: 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 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 ותצא 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 _____