

הצעה לביטוח אחריות מקצועית לעוסקים ברפואה אלטרנטיבית – על בסיס הגשת התביעה

לתשומת לב המציע/ה/המועמד/ת לביטוח*:

אין להצעת הביטוח תוקף עד אשר נתקבלה ואושרה בכתב על ידי המבטח

אנא הקפד על מילוי פרטים מדויק. אי דיוק בפרטים עלול להיחשב כאי עמידה בחובת הגילוי על פי חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981 (להלן: "חוק חוזה הביטוח") ולהקטין את תגמולי הביטוח, בכפוף להוראותיו.

כל הפרטים והתנאים בהצעה זו כפופים לפרטים ולתנאים האמורים בפוליסה לביטוח אחריות מקצועית לעוסקים ברפואה אלטרנטיבית - ברת תוקף בעת מילוי הצעה זו, אלא אם צוין במפורש אחרת.

כל הסכומים בהצעה זו נקובים בש"ח אלא אם צוין במפורש אחרת

* בכל מקום בו מצויין לשון זכר הכוונה ללשון נקבה ו/או זכר כאחד, ולהפך.

נקיטת אמצעים להקלת הסיכון:

על המבוטח בפוליסה:

- א. לנקוט בכל אמצעי הזהירות הסבירים להקלת הסיכון המבוטח לפי פוליסה זו, לרבות הפעלתם השוטפת, כנדרש, וכן לעשות או להימנע מלעשות כל מעשה או מחדל, אשר קיומם או אי קיומם עלול לגרום באופן סביר לסיכונים המבוטחים, כאמור. מבלי לגרוע מהאמור לעיל, המבוטח ינקוט בכל האמצעים להקלת הסיכון המבוטח על פי הפוליסה, כפי שהמבוטח יודיע למבוטח בכתב מעת לעת במשך תקופת הביטוח, ותוך הזמן שנקבע לכך בהודעתו, או כפי שפורט בהוראה אחרת כלשהי בפוליסה או ברשימה, בהתאם למקרה.
 - ב. להעסיק עובדים מיומנים.
 - ג. לקיים כל חובה המוטלת עליו על פי כל דין.
 - ד. לנהל רישום מפורט של כל השירותים המקצועיים אשר ביצע. רישומים אלו יהיו גלויים לבדיקתו ולשימושיו של המבטח או בא כוחו החוקי, ככל שהינם מתייחסים לתביעה כלשהי על פי פוליסה זו.
 - ה. לנקוט בכל אמצעי הזהירות המקובלים לגבי אספקת חומרים הדרושים לטיפול בלקוחות לרבות אספקת ציוד מתאים.
- במקרה בו לא ננקטו האמצעים להקלת הסיכון, כאמור לעיל, יהא המבטח רשאי לבטל את הפוליסה או להקטין את חבותו, הכל בכפוף להוראות חוק חוזה הביטוח, ובמגבלותיו.

פרטי סוכן

שם סוכן	מס' סוכן	אשכול	מס' פוליסה
---------	----------	-------	------------

על המציע/ה לענות על כל השאלות במלואן. אם התשובה לאחת השאלות היא שלילית, יש להשיב - לא.

פרטי המציע

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	טלפון	נייד	פקס
כתובת (רחוב)	מס'	דירה	עיר/יישוב	ת.ד.	מיקוד
כתובת מרפאה/ מקום טיפול (רחוב)	מס'	עיר/יישוב	טלפון	פקס	

תקופת הביטוח

מתאריך	עד תאריך (בחצות)	תאריך רטרואקטיבי נדרש
--------	------------------	-----------------------

האם קיים רצף ביטוחי מהתאריך הרטרואקטיבי הנדרש עד היום? כן לא

פרט את שם חברות הביטוח ובאלו גבולות אחריות: _____

תשומת לב המועמד לביטוח מופנית לכך כי עפ"י הוראות סעיף 6 לחוק חוזה הביטוח השאלות בסעיף זה יחשבו כעניין מהותי.

הכיסוי המבוקש

גבול האחריות המבוקש בגין מקרה אחד ולכל תקופת הביטוח	אופן התשלום
---	-------------

גביה רגילה הוראת קבע כרטיס אשראי מס' תשלומים _____

תשומת לב המועמד לביטוח מופנית לכך כי עפ"י הוראות סעיף 6 לחוק חוזה הביטוח השאלות בסעיף זה יחשבו כעניין מהותי.

← תיאור העיסוק, ההסמכה והתמחות המועמד לביטוח				
עיסוק	מוסד הסמכה	תיאור ההסמכה	שנת ההסמכה	חבר באיגוד מקצועי
1				כן <input type="radio"/> לא, פרט: <input type="radio"/>
2				כן <input type="radio"/> לא, פרט: <input type="radio"/>
3				כן <input type="radio"/> לא, פרט: <input type="radio"/>
4				כן <input type="radio"/> לא, פרט: <input type="radio"/>
5				כן <input type="radio"/> לא, פרט: <input type="radio"/>

מפעיל מרפאה מכל סוג שהוא לא כן, פרט:

מפעיל מכון לימוד מכל סוג שהוא לא כן, פרט:

← תיאור כללי של העיסוק
 תשומת לב המועמד לביטוח מופנית לכך כי עפ"י הוראות סעיף 6 לחוק חוזה הביטוח השאלות בסעיף זה יחשבו כעניין מהותי.

שם המעסיק _____

האם הינך עובד/ת או מועסק/ת על ידי אדם או חברה כלשהם? לא כן

האם הינך מעסיק עובדים? לא כן

פרט שמות ותפקידים _____

מספר עובדים מקצועיים (בעלי הסמכה) _____ מספר עובדים לא מקצועיים (כוח עזר) _____ סה"כ עובדים _____

מספר הבעלים/ שותפים המועסקים בעסק: _____ שם השותף, הסמכתו המקצועית, הוותק בשותפות _____

פרט הכנסות במשך 12 חודשים אחרונים _____ ול- 12 חודשים הבאים (חזוי) _____

פרט באלו מכשירים הינך משתמש לצורך עבודתך: _____

האם המכשירים הינם בעלי תו תקן/אישור משרד הבריאות? לא כן, פרט לגבי כל מכשיר: _____

האם הינך עורך סדנאות? לא כן, אם כן, פרט: _____

אם כן: כמה סדנאות בשנה? _____ מספר משתתפים בכל סדנה: _____

← הרחבים בתוספת דמי ביטוח

האם הנך מעוניין באחד או יותר מהרחבים הבאים?

הרחב חבות המוצר? כן לא

הרחב חבות כלפי צד שלישי (על בסיס האירוע)? כן לא

הרחב אובדן מסמכים? כן לא

הרחב הוצאת דיבה? כן לא

ניסיון ביטוחי קודם ותביעות

תשומת לב המועמד לביטוח מופנית לכך כי עפ"י הוראות סעיף 6 לחוק חוזה הביטוח השאלות בסעיף זה יחשבו כעניין מהותי.

- 1 האם יש לך או היה לך ביטוח אחריות מקצועית במשך 3 השנים האחרונות?
 לא כן, פרט: _____
 גבול אחריות למקרה: _____ תאריך תום הביטוח: _____
- 2 האם נדחתה הצעתך או בוטלה פוליסה שלך לביטוח אחריות מקצועית ב- 3 השנים האחרונות?
 לא כן, פרט: _____
- 3 האם חברת ביטוח כלשהי סירבה לחדש את הפוליסה ב- 3 השנים האחרונות?
 לא כן, פרט: _____
- 4 האם חברת ביטוח כלשהי דרשה הגדלת דמי ביטוח ב- 3 השנים האחרונות?
 לא כן, פרט: _____
- 5 האם חברת ביטוח כלשהי התנתה את עשיית הביטוח בתנאים מיוחדים ב- 3 השנים האחרונות?
 לא כן, פרט: _____
- 6 האם נפתחו נגדך בעבר הליכים פליליים במסגרת עיסוקך?
 לא כן, פרט: _____
- 7 האם ידוע לך על אירוע העלול לשמש בסיס או עילה לתביעה נגדך בקשר לכיסויים הביטוחיים המבוקשים בפוליסה זו?
 לא כן, פרט: _____
- 8 האם פירתת לאחרונה אחד מהעובדים או שקלת לפטרו בגלל טעות מקצועית וכדו'
 לא כן, פרט: _____
- 9 האם ב- 7 השנים האחרונות הוגשו נגדך תביעות או הודעות בגין נזק או נסיבות העלולות לעורר תביעות נגדך בגין טעות או רשלנות?
 לא כן, פרט בטבלה להלן:

שנה	מהות התביעה	סכום התביעה וסכום הפיצוי

- 10 האם ויתרת לצד שלישי כלשהו על זכותך לתבעו במקרה נזק?
 לא כן, פרט: _____

שונות - נא צרף כל חומר הסברה אשר מיועד ללקוחותיך. (סמן X במשבצת המתאימה וצרף את המסמכים)

תעודת הסמכה צילומי / העתקי פוליסות קודמות (לצורך הרחבה לכיסוי רטרואקטיבי). הוראת בנק (שירות שיקים)

התאמת פרמיה

- לתשומת לב המועמד לביטוח

אם דמי הביטוח הנקובים ברשימה הינם משוערים וחושבו על יסוד אומדן הכנסות המבוטח מהעיסוק המפורט במשך תקופת הביטוח. המבוטח מתחייב למסור למבטח תוך 60 ימים מתום תקופת הביטוח הצהרה בכתב בדבר הכנסותיו במשך תקופת הביטוח. הדיווח יתבסס על דיווחיו התקופתיים של המבוטח לשלטונות המכס (מע"מ). דמי הביטוח הסופיים המגיעים על פי פרק זה יותאמו על-ידי הכפלת שיעור דמי הביטוח הנקובים ברשימה במחזור הכנסותיו של המבוטח. אם הפרמיה מחושבת בדולרים יומר מחזור הכנסותיו של המבוטח בדולרים בהתאם לשער היציג החל במחצית התקופה לכל דיווח תקופתי, כאמור. המבוטח מתחייב לשלם למבטח והמבטח מתחייב להחזיר למבוטח - בהתאם למקרה - את הפרש שבין דמי הביטוח המשוערים לבין דמי הביטוח הסופיים המגיעים, **בכפוף לפרמיה המינימאלית, הנקובה ברשימה.**

הצהרת המציע המועמד לביטוח

אני/ו החתום/ים מטה, המועמד/ים לביטוח מבקשים בזאת מהמבטח לקבלנו לביטוח. אנו מסכימים, מצהירים בזה ומתחייבים כי:

- כל התשובות המופיעות בטופס הצעה זה הינן תשובות מלאות וכנות.
- לא הסתרת/ינו עובדות או פרטים כלשהם בידיעה שהם עניין מהותי, שיש בו כדי להשפיע על נכונותו של מבטח סביר לכרות את החוזה בכלל או בתנאים שבו, **ידוע לנו כי אם נעשה כן בכוונת מרמה, דין תשובותינו יהיה כדין תשובה שאינה מלאה וכנה לפי חוק חוזה הביטוח.**
- ידוע לי/לנו כי התשובות לשאלות המופיעות בטופס הצעה זה הינן הבסיס לחוזה הביטוח ביני/נו למבטח וטופס הצעה מהווה חלק בלתי נפרד ממנה.
- ידוע לי/נו כי כל השאלות המופיעות בפרקי הביטוח הרלוונטיים בהצעה, שצוינו בה, כעניין מהותי, תיחשבה כעניין מהותי לפי הוראות סעיף 6 לחוק חוזה הביטוח.
- הרשות בידי המבטח להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה או קבלתה בתנאים.
- ידוע לנו שחוזה הביטוח נכנס לתוקפו רק אם תאושר הצעה זו בכתב על ידי המבטח ולאחר קבלת התחייבות לתשלום דמי הביטוח וקבלת אמצעי תשלום שניתן לגבות מהם את דמי הביטוח, כתנאי מפורש לכניסת הפוליסה לתוקף.**
- אני/נו מצהיר/ים בזאת, כי המידע המבוקש נמסר מרצוני/נו ובהסכמתי/נו, וידוע לי/נו כי הוא נחוץ למבטח לצורך הוצאת פוליסה, גביית תשלומים בגינה, תשלום תגמולי ביטוח וביצוע פעולות נלוות. אני/ו מסכים/ים כי המידע שנמסר על ידי, יועבר לגורמים מטעמו של המבטח לשם מתן שירותי ביטוח, וכן לבנק לצורך גביית תשלומים. האמור לעיל יחול גם לגבי מידע שאמסור למבטח בעתיד, בקשר עם שירותי ביטוח.
- הרינו מסכימים כי המידע ימסר לצורך עיבודו ואחסונו לכל אדם או גוף שהמבטח ימצא לנכון לצורך הפקת הפוליסה וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981.

<input checked="" type="checkbox"/>	שם פרטי	שם משפחה	שעה	תאריך	1
חתימת המציע / המועמד לביטוח					
<input checked="" type="checkbox"/>	שם פרטי	שם משפחה	שעה	תאריך	2
חתימת המציע / המועמד הנוסף לביטוח					

אישור הסוכן

הנני מאשר כי שאלתי את המועמדים לביטוח את כל השאלות המופיעות בהצעה והתשובות הן כפי שנמסרו אישית על ידי המועמדים לביטוח.

<input checked="" type="checkbox"/>	שם הסוכן	מס' רישיון הסוכן	חתימה וחותמת סוכן	תאריך
-------------------------------------	----------	------------------	-------------------	-------

הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות

הנני מאשר כי המידע הכלול בטופס זה וכל מידע נוסף שיימסר בעתיד על ידי למבטח, נמסר בהסכמתי וכי לא חלה עלי חובה חוקית למסור את המידע. ידוע לי שהמידע ישמר במאגר המידע של המבטח ו/חברות מהקבוצה ו/או אצל גורם אחר מטעמו וישמש לצורך ניהול, תפעול וטיפול בכל ענייני הביטוח לרבות עיבוד המידע, צרכים אקטואריים ועסקיים ו/או שירותים נלווים אחרים ובכפוף לכל דין. ("הקבוצה" - הגדרת הקבוצה בטופס זה תכלול את: הפניקס אחזקות בע"מ, חברות הבת וכן כל החברות והגופים שהפניקס אחזקות בע"מ ו/או הפניקס ביטוח בע"מ בעלי שליטה בהם של 50% או יותר).

<input checked="" type="checkbox"/>	חתימה
-------------------------------------	-------

הסכמה לקבלת פנייה בקווי תקשורת

 הנני מסכים כי המידע אודותיי ישמש את חברות הקבוצה ו/או מי מטעמן מעת לעת, לצורך שיווק ודיוור ישיר מטעם חברות הקבוצה ו/או חברות קשורות בהצעות למוצרים ושירותים ביטוחיים, פיננסיים ואחרים, וזאת בין היתר באמצעות מערכת חיוג אוטומטי, פקסימיליה, דואר אלקטרוני והודעת מסר קצר וכל אמצעי תקשורת אחר. **ידוע לי כי בכל עת אוכל לחזור בי מהסכמה זו ולבקש הסרה מרשימת התפוצה באמצעות פנייה למוקד קשרי הלקוחות של המבטח.**

<input checked="" type="checkbox"/>	חתימה	נא סמן את בחירתך: <input type="radio"/> מסכים <input type="radio"/> לא מסכים
-------------------------------------	-------	--