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 אומחדל, 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 שהמבטח 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 ולשימושו של המבטח או בא כוחו החוקי, ככל שהינם מתייחסים לתביעה כלשהי על פי פוליסה זו.

5. 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 (לשימוש החברה)

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

פרטי המציע

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז./ח.פ.	טלפון	נייד	פקס

כתובת (רחוב)	מספר	דירה	עיר/יישוב	ת.ד.	מיקוד

כתובת מרפאה/ מקום טיפול (רחוב)	מספר	טלפון	פקס

תקופת הביטוח

מתאריך	עד תאריך (חצות)	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 _____

מייל לשליחת מסמכים: f1@fnx.co.il | **צ'אט ומידע אישי באתר החברה:** www.fnx.co.il
פניות למרכז קשרי לקוחות: ווטסאפ: 054-9893455 | **טלפון:** 3455* | **פקס:** 03-7336948

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 ○ לא פרט: _____
2					○ כן ○ לא פרט: _____
3					○ כן ○ לא פרט: _____
4					○ כן ○ לא פרט: _____
5					○ כן ○ לא פרט: _____

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 מההרחבים 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

מייל לשליחת מסמכים: f1@fnx.co.il | **צ'אט ומידע אישי באתר החברה:** www.fnx.co.il
פניות למרכז קשרי לקוחות: ווטסאפ: 054-9893455 | **טלפון:** 3455* | **פקס:** 03-7336948

הפניקס

ניסיון ביטוחי

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 פיטרת 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 לדולרים בהתאם לשער היציג החל במחצית התקופה לכל דיווח תקופתי, כאמור. המבוטח מתחייב לשלם למבטח והמבטח מתחייב להחזיר למבוטח - בהתאם למקרה - את ההפרש שבין דמי הביטוח המשוערים לבין דמי הביטוח הסופיים המגיעים, **בכפוף לפרמיה המינימאלית, הנקובה ברשימה**.

הצהרת המציע המועמד לביטוח

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

1. כל התשובות המופיעות בטופס הצעה זה הינן תשובות מלאות וכנות.
2. לא הסתרתי/נו עובדות או פרטים כלשהם בידיעה שהם עניין מהותי, שיש בו כדי להשפיע על נכונותו של מבטח סביר לכרות את החוזה בכלל או בתנאים שבו, **וידוע לנו כי אם נעשה כן בכוונת מרמה, דין תשובותינו יהיה כדין תשובה שאינה מלאה וכנה לפי חוק חוזה הביטוח.**
3. ידוע לי /לנו כי התשובות לשאלות המופיעות בטופס הצעה זה הינן הבסיס לחוזה הביטוח ביני/נו למבטח וטופס ההצעה מהווה חלק בלתי נפרד ממנה.
4. ידוע לי/נו כי כל השאלות המופיעות בפרקי הביטוח הרלוונטיים בהצעה, שצוינו בה, כעניין מהותי, תיחשבנה כעניין מהותי לפי הוראות סעיף 6 לחוק חוזה הביטוח.
5. הרשות בידי המבטח להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה או קבלתה בתנאים.
6. **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.**
7. אני/נו מצהיר/ם בזאת, כי המידע המבוקש נמסר מרצוני/ננו 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.
8. הרינו מסכימים כי המידע יימסר לצורך עיבודו ואחסונו לכל אדם או גוף שהמבטח ימצא לנכון לצורך הפקת הפוליסה וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981 .

1					
	תאריך	שעה	שם פרטי	שם משפחה	חתימת המציע / המועמד לביטוח
					✗
2					
	תאריך	שעה	שם פרטי	שם משפחה	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.

תאריך	שם הסוכן	מס' רשיון הסוכן	חתימת וחותמת הסוכן
			✗

הצהרות והסכמות להיכלל במאגרי מידע לפי חוק הגנת הפרטיות (חובה לחתום)

הנני מאשר כי המידע הכלול בטופס זה ובמאגרי החברה וכל מידע נוסף שיימסר על ידי לחברת הפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "**החברה**") ו/או ייאסף אודותיי במסגרת מתן השירותים בהתאם לכל דין (להלן: "**המידע**"), ישמר במאגרי המידע של החברה ובמאגרי חברות הקבוצה* ו/או ישותף בין חברות הקבוצה, ויעובד, לרבות באמצעות בינה מלאכותית**, על-ידי החברה ומי מחברות הקבוצה לצרכי ניהול, שירות וקשר עם הלקוח, תפעול וטיפול בכל ענייני הלקוח בקבוצה בתחום שירותי הביטוח, ניהול הון ושירותים פיננסים, צרכים שיווקיים וסטטיסטיים, אקטואריים ועסקיים, דיוור ישיר ושירותי דיוור ישיר ו/או שירותים נלווים אחרים בכפוף לכל דין. ידוע לי כי לא חלה עליי חובה חוקית למסור את המידע אך ללא מסירת המידע החברה לא תעניק את השירותים המפורטים, כולם או חלקם. כמו כן, ידוע לי כי אוכל לפנות לחברה או לחברות הקבוצה בכל עת בבקשה לעיין במידע אודותיי ולתקנו ככל ואינו נכון או מדויק. **ידוע לי שאוכל לבקש, בכל עת, שהמידע לא יועבר לחברות בקבוצה שאינן קשורות או רלוונטיות לשירותים שאקבל מהחברה עמה התקשרתי, על ידי עדכון באזור האישי (תחת עדכון פרטים אישיים - ניהול הסכמות) וכן באמצעות פנייה לח־ברה בכל אמצעי ההתקשרות הקיימים בחברה.**

* **"הקבוצה"** - הגדרת הקבוצה בטופס זה תכלול את: הפניקס פיננסים בע"מ וחברות בשליטתה הישירה ו/או העקיפה, כפי שתהיינה מעת לעת, לרבות הפניקס חברה לביטוח בע"מ, הפניקס פנסיה וגמל בע"מ, הפניקס בית השקעות בע"מ, גמא ניהול וסליקה בע"מ, הפניקס אשראי צרכני בע"מ, הפניקס משכנתאות זהב בע"מ, הפניקס ניהול תיקים בע"מ, אפסילון ניהול תיקים בע"מ, אקסלנס ניהול השקעות וניירות ערך בע"מ.

"בינה מלאכותית" – עיבוד מידע באמצעות מערכות בינה מלאכותית כפי שיעודכן מעת לעת במדיניות הפרטיות של החברה.

תאריך		שם המציע	חתימת המציע
			✗

הסכמה לקבלת מסרים שיווקיים

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 ביטוחים, פיננסים ואחרים, וזאת בין היתר באמצעות מערכת חיוג אוטומטי, פקסימיליה, דואר אלקטרוני והודעת מסר קצר וכל אמצעי תקשורת אחר. **ידוע לי שבכל עת אוכל לחזור בי מהסכמה זו ולבקש הסרה מרשימת התפוצה באמצעות פנייה למוקד קשרי הלקוחות של החברה. ידוע לי כי איני חייב להסכים לשימוש כאמור.**

* **"הקבוצה"** - הגדרת הקבוצה בטופס זה תכלול את: הפניקס פיננסים בע"מ וחברות בשליטתה הישירה ו/או העקיפה, כפי שתהיינה מעת לעת, לרבות הפניקס חברה לביטוח בע"מ, הפניקס פנסיה וגמל בע"מ, הפניקס בית השקעות בע"מ, גמא ניהול וסליקה בע"מ, הפניקס אשראי צרכני בע"מ, הפניקס משכנתאות זהב בע"מ, הפניקס ניהול תיקים בע"מ, אפסילון ניהול תיקים בע"מ, אקסלנס ניהול השקעות וניירות ערך בע"מ.

O לא מסכים

תאריך		שם המציע	חתימת המציע
			✗