

שם הסוכן ..... מס' הסוכן ..... שם הסוכנות .....

<b>פרטי המציע</b>	
שם משפחה	שם פרטי
מס' ת. זהות	
<b>כתובת פרטית</b>	
רחוב	מס' / שכונה / עיר
מיקוד	
טלפון (+קידומת)	טלפון נייד (+קידומת)
E-Mail	כתובת דואר אלקטרוני:

**תקופת ביטוח**

מיום: ..... עד יום: ..... בחצות.

**אופן התשלום**

גביה רגילה  כרטיס אשראי  שירות שיקים  בהוראת קבע מספר .....

**מקום העבודה**

מה מקור הכנסתך העיקרי?  עצמאי  שכיר  יעוץ בלבד

שם מקום העבודה

**כתובת מקום העבודה**

רחוב

מס' / שכונה / עיר

מיקוד

טלפון (+קידומת)

**פרטים מקצועיים**

סוג ההתמחות המקצועית: .....

ההסמכה/ות המקצועית/יות של המציע: .....

תואר/ תארים של המציע: .....

שמות המוסדות בו/בהם נרכשה/ו ההסמכה/ות (נא לצרף צילום תעודה/ות): .....

שמות המוסדות בו/בהם נעשו/תה ההתמחות/יות: .....

מספר הרישיון המקצועי: ..... שמות ההתאגדויות המקצועיות בהן המציע חבר: .....

**ניסיון ביטוחי וניסיון תביעות**

האם היית מבוטח בעבר בביטוח אובדן רישיון?  לא  כן, אם כן יש לפרט: .....

שם המבטח הקודם: ..... תקופת הביטוח: ..... סכום הפיצוי: .....

האם הצעה שלך לביטוח אובדן רישיון נדחתה על ידי מבטח כלשהו?  לא  כן, אם כן נא פרט: .....

האם מבטח כלשהו דרש ממך תנאים מיוחדים כתנאי לעריכת ביטוחים כגון: ביטוח אחריות כלפי צד שלישי, חבות המוצר, אחריות מקצועית, אובדן רישיון, הוצאות הגנה משפטית?  לא  כן, אם כן נא פרט: .....

האם הוגשה נגדך תביעה בגין הפר חובה מקצועית וגם או מנהלית במהלך 7 השנים האחרונות?  לא  כן, אם כן נא פרט: .....

האם ידוע לך על תביעה וגם או על טענה וגם או על מקרה כלשהו שיש בהם כדי לגרום לתביעה וגם או לתלונה בגין הפר חובה מקצועית בקשר עם וגם או בגין כשל, רשלנות, מחדל, טעות או השמטה במסגרת עיסוקך ברפואה?  לא  כן, אם כן נא פרט: .....

האם התקיימה נגדך או נגד מי משותפיק, חקירה משטרתית וגם או מנהלית כלשהי בגין הפר חובה מקצועית?  לא  כן, אם כן נא פרט: .....

האם הוגשה תלונה למוסד כלשהו נגדך או קיימים תהליכי ברור כלשהם בגין הפר חובה מקצועית וגם או מנהלית?  לא  כן, אם כן נא פרט: (תהליכי ברור כולל ועדות משמעת ואחרות): .....

מס' ת. זהות: 0278/283 8/2012

## סכום הפיצוי המבוקש

אנא סמני אחת מהאפשרויות המפורטות להלן:

סכום פיצוי חודשי של - 8,000 ₪ למשך עד 24 חודשים

סכום פיצוי חודשי של - 16,000 ₪ למשך עד 24 חודשים

## הוצאות משפט

אם ברצונך להרחיב את הביטוח שיכלול הוצאות משפט פלילי וגם או מנהלי עד לסך כולל של - 100,000 ₪, בתמורה לתוספת פרמיה אנא סמן:

לא  כן

## רכישת כיסוי לתקופה רטרואקטיבית

אם ברצונך להרחיב את הביטוח שיכלול כיסוי רטרואקטיבי לתקופה של עד 7 שנים עובר לתחילת מועד הביטוח, בגין אירועים שיש בהם כדי להביא למקרה ביטוח ואשר אינך מודע להם בעת חתימתך על טופס הצעת ביטוח זה- בכפוף לחתימתך על הצהרת רכישה כיסוי לתקופה קודמת לתחילת הביטוח, ובכפוף לתוספת פרמיה אנא סמן:  לא  כן

## הצהרת המציע:

אני הח"מ \_\_\_\_\_ מצהיר/ה בזה שהתשובות שהשבתי לכל השאלות בהצעה זו נכונות, מלאות וכנות ושלא העלמתי כל עניין מהותי הנוגע לביטוח זה. הנני מסכימ/ה להודיע מיד להראל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "החברה") על כל שינוי שיחול בכל עניין שהוגדר כמהותי לפוליסה שתוצא, או על דבר סידור ביטוחים נוספים. כמו כן, הנני מסכימ/ה שהצעה זו והצהרתי, בין שנכתבו על ידי ובין שלא על ידי, תשמנה יסוד לחוזה שבין ובין החברה. אני מסכימ/ה לקבל את הפוליסה הנהוגה בחברה ומתחייב/ת לשלם את דמי הביטוח המגיעים לחברה בגינה. אני מתחייב/ת לקרוא את הפוליסה אשר תונפק בהתאם להצעתי ובמידה ויתברר לי שהפוליסה אינה תואמת את הצעתי, אחזיר את הפוליסה לתיקון תוך 30 יום מיום קבלתה, ואם לא אעשה כן, פירושו של דבר שהפוליסה עונה על דרישותי. ידוע לי כי עלי למסור את הודעתי לחברה לפי כתובתה הראשית של החברה או לכל מען אחר בישראל עליו הודיעה החברה בכתב, מעת לעת. הנני מאשר/ת בחתימתי כי קראתי והבנתי את ההצהרה הרשומה לעיל ואני מסכימ/ה לאמור בה. כמו כן הנני להצהיר כדלקמן:

א. ידוע לי כי החברה מבטחת אותי לגבי מקרה ביטוח אשר אירע בתוך תקופת הביטוח המצויינת ברשימה- מקרה הביטוח הינו שלילת רישיון לעבודתי כרופא/ה שנפסקה במהלך תקופת הביטוח.  
ב. הכיסוי הביטוחי הוא בקשר למעשה או מחדל שיעשו במהלך תקופת הביטוח ואותם אמסור לחברה במהלך תקופת הביטוח ולא יאוחר מתום תקופת הביטוח המצויינת ברשימה.  
אני מצהיר/ה כי המידע הכלול במסמך זה ניתן מרצוני ובהסכמתי המלאה וכי ידוע לי, כי הוא הכרחי לצורך הצטרפתי וטיפולכם בפוליסות. הנני נותנת/ת את הסכמתי לכך שהחברה וחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ ו/או חברות בנות ו/או חברות קשורות בה ולהלן: "הראל השקעות") תעשנה בו שימוש, לרבות עיבודו, אחסונו ושימוש בו לכל עניין הקשור בפוליסות.

ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח: \_\_\_\_\_

## הסכמה לשימוש במידע ולקבלת דבר פרסומת

אני מסכימ, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותיי, המצוי או שיהיה מצוי בידי החברה או בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות ו/או חברות קשורות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתי מידע על מוצרים ושירותים, וכן לצורך טיפול בתביעות, עיבודו ואחסונו של המידע, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.

ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח: \_\_\_\_\_

אני מסכימ לקבל מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן יועברו פרטיי, על יסוד הסכמתי לעיל, הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (sms).  
**אם אינך מסכימ לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותך להודיע על סירובך בכל עת באמצעות "טופס סירוב קבלת דבר פרסומת" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת: [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il).**  
אני מסכימ כי בכל מקום בו מכוח החוק ו/או הפוליסות שיש לי בקבוצת הראל, נדרשת החברה, או מי מטעמה, להעביר למבוטח מידע ו/או מסמך בכתב, תהיה לחברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אלי את המידע ו/או המסמך בדואר אלקטרוני לכתובת האי-מייל האחרונה שנמסרה לכם, במקום בדואר, אף אם הוא כולל "מידע רגיש" כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות. לפיכך, אפשרות פתיחת הדואר האלקטרוני תהיה על ידי בלבד וזאת באמצעות סיסמה אישית שלי.

ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח: \_\_\_\_\_