

הצעה לביטוח אחריות מקצועית לרפואה אלטרנטיבית/לפיזיותרפיסטים
פוליסת CLAIMS MADE על בסיס הגשת התביעה בתקופת הביטוח

הגשת טופס הצעה זה למבטח אינה מהווה אישור קיום ביטוח ו/או הסכמת המבטח לביצוע הביטוח.

לתשומת לב ממלא הטופס: אנא הקפד על מילוי פרטים מדויק. אי דיוק בפרטים עלול להיחשב כאי עמידה בחובת הגילוי על פי חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981 ולהקטין את תגמולי הביטוח, בכפוף להוראות החוק.

כל הפרטים והתנאים בהצעה זו כפופים לפרטים ולתנאים האמורים בפוליסה לביטוח אחריות מקצועית לרפואה אלטרנטיבית או לפוליסה לביטוח אחריות מקצועית עבור פיזיותרפיסטים, לפי העניין, אלא אם צוין במפורש אחרת.

מס' פוליסה	מס' הסוכן	שם הסוכן
------------	-----------	----------

1. פרטי המציע

שם המבטח		מס' ת.ז. או מס' חברה	
כתובת רח'	מס' בית	ישוב	מיקוד
טלפון	נייד	פקס	
כתובת המרפאה / מקום הטיפול רח'	מס' בית	ישוב	מיקוד
טלפון	נייד		

2. תקופת הביטוח (כולל שני תאריכים)

מיום _____ עד יום _____ (חצות)	תאריך רטרואקטיבי:	<input type="radio"/> ש"ח <input type="radio"/> דולר סוג המטבע
--------------------------------	-------------------	--

3. תשלום דמי הביטוח – סמן אופן התשלום

<input type="radio"/> שירות שיקים (צרך המחאה מבוטלת או צילום המחאה).	מס' בנק	מס' סניף	מס' חשבון	מס' תשלומים
<input type="radio"/> במזומן				
<input type="radio"/> בכרטיס אשראי מסוג _____		מס. כרטיס		
שם בעל הכרטיס	ת.ז.	בתוקף עד	מס' תשלומים	

תחום ההתמחות: (חובה לצרף תעודת הסמכה) _____
 מוסד ההסמכה _____ תואר ההסמכה _____ תאריך ההסמכה _____
 מס' שנות התמחות _____
 חברה/ באיגוד/ ארגון מקצועי לא כן, פרט _____
 מפעיל/ה בית אבות/בית הבראה/מרכז שיקום/מרפאה, מכל סוג שהוא לא כן, פרט _____
 שם המעסיק _____
 האם הינך עובד/ת או מועסק/ת על ידי אדם או חברה כלשהם לא כן, פרט _____
 האם הינך מעסיק/ה עובדים לא כן, פרט שמות ותפקידים _____
 פרוט הכנסות במשך 12 חודשים אחרונים _____ ול- 12 חודשים הבאים (חזוי) _____
 נא לצרף כל חומר הסברה אשר מיועד ללקוחותיך.
 האם יש לך או היה לך ביטוח אחריות מקצועית משך 12 החודשים האחרונים? לא כן, פרט שם המבטח _____
 תקופת הביטוח _____, גבולות אחריות אשר היו בתוקף _____
 יש לצרף צילומי פוליסות קודמות באם נדרש כיסוי רטרואקטיבי.

20020300/1710.2010

האם הוגשו נגדך תביעות כלשהן בגין טעות או רשלנות במהלך 7 השנים האחרונות? לא כן, פרט: _____

האם ידוע לך על מקרים כלשהם העשויים לגרום לתביעה כנ"ל נגדך? לא כן, פרט _____

האם אי פעם ביטלו ו/או סירבו לקבל ו/או סירבו לחדש ו/או התנו תנאים מיוחדים לביצוע הביטוח? לא כן, פרט: _____

גבול האחריות המבוקש בגין מקרה ביטוח אחד ולכל התביעות במשך תקופת הביטוח _____

הרחבות נדרשות:

- הוצאות דיבה לא כן
- אובדן מסמכים לא כן
- עובד מקצועי נוסף לא כן
- עובד אחר (עבודה מנהלתית בלבד) לא כן
- צד שלישי לא כן

הצהרה

- אני החתום מטה מצהיר בזאת שהתשובות לשאלות דלעיל הינן נכונות ושלמות ושלא העלמתי כל מידע ביחס לביטוח זה, שעשוי להשפיע באופן כלשהו על החלטת המבטח לבצע את הביטוח הנדרש או לבצעו בתנאים מיוחדים. ידוע לי כי אם אעשה כן בכוונת מרמה, דין תשובתי יהיה כדין תשובה שאינה מלאה וכנה לפי חוק חוזה הביטוח, תשמ"א - 1981.
- אני מאשר שאודיע למבטח על כל שינוי בפרט מהותי המפורט בטופס זה אשר ביחס אליו ניתנו תשובותיי.
- כן ידוע לי כי הפוליסה שתוצא עבורי מבוססת על כסוי לפי תאריך "הגשת תביעה" (CLAIMS MADE), דהיינו תכונתה רק תביעות המוגשות לראשונה במהלך תקופת הביטוח.
- הפוליסה המבוקשת באמצעות טופס זה, כוללת כיסוי בגין פעילויותיי לאחר התאריך הרטרואקטיבי הנקוב בהצעה ובפוליסה, ובכפוף לכך שבתקופה רטרואקטיבית זו הייתי מבטח בביטוח אחריות מקצועית.
- הנני מסכים לקבל את הפוליסה שניתנה לי ע"י המבטח על כל סעיפיה. כמו כן, הנני מסכים שהצעה – הצהרה זו, בין שנכתבה בכתב ידי ובין שלא, תשמש יסוד לחוזה שביני לבין המבטח.
- הנני מתחייב לשלם את פרמיית הביטוח בגינה כנדרש.
- ידוע לי כי הביטוח ייכנס לתוקפו רק לאחר אישור של המבטח.
- הנני מצהיר בזאת כי לא ידוע לי על כל מקרה העלול להוות עילה לתביעה בגין ביטוח זה.
- אני מצהיר כי המידע הכלול במסמך זה ניתן מרצוני ובהסכמתי. ידוע לי שמטרת מסירת המידע הינה להפקת פוליסת ביטוח, וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה, והקשורים בה.

תאריך _____ חתימה _____

הודעה והסכמה לפי סעיף 11 לחוק הגנת הפרטיות (דיוור ישיר) – סעיף שאינו חובה, לבחירת המבטח

- הנני מסכים כי הפרטים והנתונים אודותיי ישמשו את המבטח ו/או תאגידים מקבוצת איילון ו/או כל גורם מטעמם (להלן: "איילון") לצורך יצירת קשר להצעה לרכישה ו/או שיווק של תוכניות, כסויים ביטוחיים ו/או מוצרים או שירותים פיננסיים ו/או אחרים מטעם איילון ולצורך עיבודים סטטיסטיים, פילוח ומיקוד שיווקי ולמטרות שיפור השירות והטיפול בתביעות.
- הנני מסכים כי תכנים שיווקיים מהגורמים האמורים יועברו אלי בדרך של דיוור, לרבות דיוור ישיר או שירותי דיוור ישיר או בדרך אחרת, לרבות באמצעות פקסימיליה, מערכת חיוג אוטומאטי, הודעה אלקטרונית, הודעת מסר קצר (SMS), כל אמצעי תקשורת אחר, שיתוף קבצים וכל דרך אחרת.
- ידוע לי כי בכל עת אני רשאי לבקש מהמבטח בכתב או בהודעה לכתובת האינטרנט: mail@ayalon-ins.co.il כי הנני מעוניין לחזור בי מהסכמתי זו ולהסירני מרשימת התפוצה.

תאריך _____ שעה _____ חתימת המועמד לביטוח _____

הודעה והסכמה למסירת מידע אישי בכפוף לתיקון מספר 40 לחוק התקשורת (בזק ושידורים), התשס"ח – 2008 - סעיף שאינו חובה, לבחירת המבטח

- הנני מאשר כי מהידע והנתונים וכל עדכון שלהם שמסרתי ושאמסור, לרבות באמצעות אתר האינטרנט של המבטח, נמסר בהסכמתי וברצוני המלא וכי הנני מסכים, שמידע ונתונים אלה ישמשו את המבטח, ו/או תאגידים מקבוצת איילון ו/או כל גורם מטעמם (להלן: "איילון") בכפוף לכל דין, כמאגר מידע לדיוור ישיר וליצירת קשר להצעה לרכישה ו/או שיווק של תוכניות, כסויים ביטוחיים ו/או מוצרים או שירותים פיננסיים ו/או אחרים מטעם איילון לצורך עיבודים סטטיסטיים, פילוח ומיקוד שיווקי ולמטרות שיפור השירות והטיפול בתביעות.
- אני מסכים כי מידע, כאמור, ישוגר אלי אף באמצעות דיוור, לרבות דיוור ישיר או שירותי דיוור ישיר או בדרך אחרת, פקסימיליה, מערכת חיוג אוטומאטי, הודעה אלקטרונית, הודעת מסר קצר (SMS), כל אמצעי תקשורת אחר, שיתוף קבצים וכל דרך אחרת.
- אם לא אהיה מעוניין במידע או בפנייה, כאמור, ידוע לי כי הנני רשאי בכל עת להודיע למבטח בכתב או בהודעה לכתובת האינטרנט: mail@ayalon-ins.co.il כי הנני מעוניין לחזור בי מהסכמתי זו ולהסירני מרשימת התפוצה.

תאריך _____ שעה _____ חתימת המועמד לביטוח _____