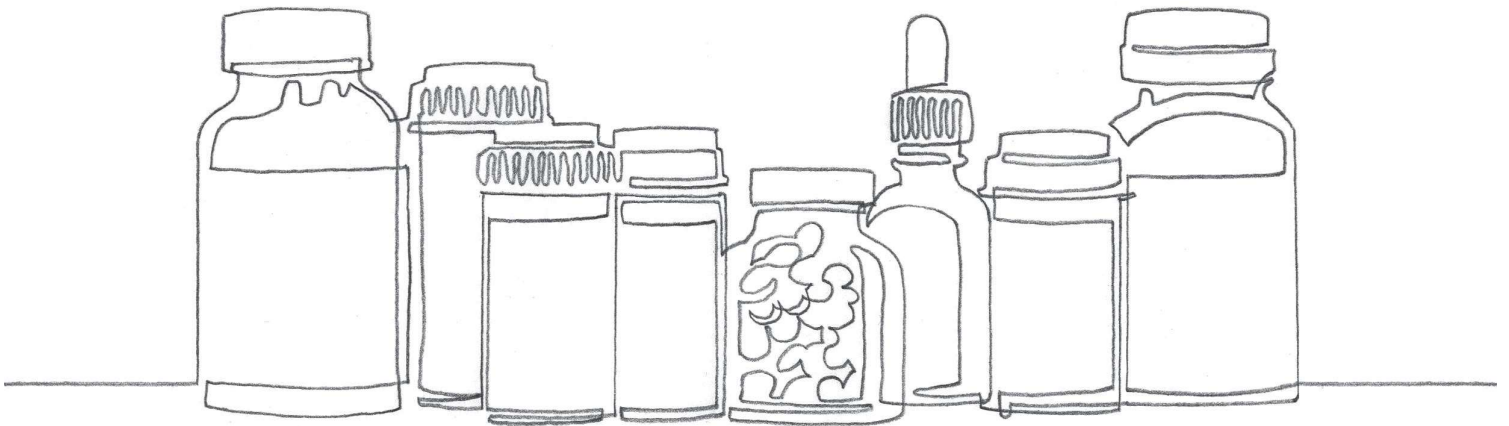


Cooper Ninve

First of all, integrity

אחריות מקצועית עבור אסתטיקה / קוסמטיקה

טופס הצעה



הערה: הטופס מנוסח בלשון זכר אך מיועד לשני המינים

מידע חיוני

טופס הצעה זה מיועד לפוליסה על בסיס יום הגשת התביעה בלבד.

פוליסה על בסיס יום הגשת התביעה תקפה אך ורק לגבי תביעות שהוגשו ודווחו לחתמים בתוך תקופת הביטוח ונובעות מטיפול שניתן בזמן ו/או לאחר המועד הנקוב בפוליסה כתאריך הרטרואקטיבי.

טופס הצעה זה ניתן למילוי דיגיטלי ו/או ידנית, וחייב להיות חתום ומתוארך על ידי נציג מוסמך של המבוטח. כול הרשימות הכתובות ידנית חייבות להיות קריאות וברורות ויש לענות על כול השאלות במלואן, ולציין "אין" או "לא" בהתאם לעניין. תשובות לא מלאות עלולות לעכב את מתן ההצעה.

אנא צרף את כול המסמכים התומכים ופרט ככול הניתן, תוך שימוש בדפים הנוספים לפי הצורך.

זוהי חובת המציע לגלות לחתמים את כול העובדות המהותיות.

עם קבלת הוראות ותנאי החתמים ותשלום הפרמיה, כול המידע שנמסר על ידי המציע ביחד עם ההנחיות, ייחשבו כחלק בלתי נפרד מהחווה בין החתמים למבוטח.

אנא וודא שחתמת ותארכת את הצהרת האחריות בסוף טופס הצעה זה.

סעיף 1 – מידע כללי

1.1. אנא ציין את הפרטים הבאים עבור המבוטח:

<input type="text"/>	(א) שם המבוטח (בעברית)
<input type="text"/>	(ב) שם המבוטח (באנגלית)
<input type="text"/>	(ג) תעודת זהות/ח"פ
<input type="text"/>	(ד) כתובת המבוטח
<input type="text"/>	(ה) תאריך לידה (שנה/חודש/יום)
<input type="text" value="-"/>	(ו) טלפון ליצירת קשר
<input type="text"/>	(ז) כתובת דוא"ל
<input type="text"/>	(ח) אתר אינטרנט

1.2. אנא אשר עבור אילו תחומי טיפולים הנך מבקש כיסוי:

קבוצה א'		
שם המטפל המספק את הטיפול	נתח ההכנסה מכול טיפול	טיפולים
		זריקות בוטוקס
		פילינג
		קריותרפיה
		גילוח בסכין
		רולר מחטים
		חומרי מילוי קמטים (זמניים)
		אפילציה
		טיפול יופי כלליים
		תרפיית עירוני תוך-וריד (ברישיון בלבד)
		דיקור רפואי
		מזותרפיה – כול הטיפולים
		פילינג מיקרו דרמבריישן
		הקזת דם
		זריקות פלזמה עשירת טסיות (PRP) לחידוש והצערה של הפנים/צוואר
		זריקות פלזמה עשירת טסיות (PRP) לחידוש שיער קרקפת, הגדלת שדיים וחידוש איברי מין (ברישיון בלבד).
קבוצה ב'		
		מילוי קמטים (קבוע) (עוסקים מורשים בלבד)
		לייזר (לא אבלטיבי)
		הדמיית שיער בגבות ואיפור חצי קבוע
		טיפול לייזר לא פולשניים להצרת היקפים
		הסרת שומות / סרח עור / ציסטות / חטטים / כתמים לא סרטניים
		פירובלסט – מתיחת העור ע"י פרץ פלזמה (תא סיב)
קבוצה ב'		
שם המטפל המספק את הטיפול	נתח ההכנסה מכול טיפול	טיפולים

Cooper Ninve

First of all, integrity

טיפול בגלי רדיו		
טיפול הטרשה		
[לא תקף]		
הסרת קעקועים		
הלבנת שיניים (ברישיון משרד הבריאות בלבד)		
מתיחת פנים – חוטי פי.די.או./סילואט רך (ברישיון בלבד)		
קבוצה ג'		
טיפולים	נתח ההכנסה מכול טיפול	שם המטפל המספק את הטיפול
פמיליפט – טיפול לייזר בנרתיק (ברישיון בלבד)		
חידוש עור בלייזר (אבלטיבי) /אינפרא אדום לסוגי עור 1-6		
זריקות פלזמה עבור זריקות "פריאפוס" ו"אורגזמה" לחידוש אברי המין והמיניות (ברישיון בלבד)		
מתיחת פנים בחוטים (לא נספגים) (ברישיון בלבד)		
הורדת משקל בליפוליזיס (ממיס שומנים/ליפוסטביל/אסנשיאל, אקואליקס) (ברישיון בלבד)		
קבוצה ד'		
השתלת שיער (שיטת אף.יו.אי.) (עוסקים מורשים בלבד)		
המסת שומן/אולטראסאונד וייזר/בודיטייט (עוסקים מורשים בלבד)		
קבוצה ה'		
שאיבת שומן (עוסקים מורשים בלבד)		
השתלת שיער (שיטת אף.יו.טי/רצועה) (עוסקים מורשים בלבד)		
אחר:		

1.3. בקשר עם הסמכה / הכשרה מקצועית, אנא הצהר כי:

הנני מאשר שאני מוסמך ו/או מורשה לבצע את הפעולות המוצהרות לעיל.

Cooper Ninve

First of all, integrity

אין אני מאשר ואין בידי הסמכה ו/או אינני מורשה לבצע את הפעולות המוצהרות לעיל.

1.4. אנא ציין את פרטי כול ההכשרות המוכרות שבבעלותך. (החתמים עשויים לדרוש הוכחה)

אנא סמן את הקופסא המתאימה אם אתה בעל הסמכה ו/או בעל רישיון לעסוק בכול אחד מהבאים:

אח/אחות

רופא/ה

רופא/ת שיניים

קוסמטיקאי/ת

אחר (נא ציין ופרט):

סעיף 2 – מידע על העסק

(באם מדובר בעסק חדש אנא רשום אומדן משוער)

2.1. אנא אשר את מספר הטיפולים שביצעת עבור התחומים שבהם הנך זקוק לכיסוי:

--

בשנה הקודמת

Cooper Ninve

First of all, integrity

בשנה הבאה (אומדן)

2.2. אנה ציין את סך ההכנסה שלך בהתבסס על הפעולות עבורן הנך מבקש כיסוי (בדולר ארה"ב).

בשנה הקודמת

בשנה הבאה (אומדן)

2.3. אנה ציין את כתובת מקום העסק באם הנך עוסק בפעילות המבוטחת במקום אחר מכתובת המבוטח:

סעיף 3 – היסטוריית ביטוח קודמת

3.1. אנה ציין את מלוא הפרטים של ביטוח האחריות המקצועית הרפואית הקודם והנוכחי שלך:

שנה	המבטח	תקופת הכיסוי	גבול האחריות	השתתפות עצמית	פרמיה

3.2. האם אי-פעם קרה כי בקשה לכיסוי ביטוחי מסוג זה:

סורבה ו/או נדחתה
 נדרשה לתנאים מיוחדים
 בוטלה

באם סימנת את מי מהרשומים לעיל, אנה מסור הסבר מפורט ומידע נוסף על גבי הדפים הנוספים המצורפים.

לחלופין, באם לא היו אי-פעם אירועים מיוחדים בקשר עם בקשה לכיסוי ביטוחי מסוג זה, אנה הצהר כי:

הנני מאשר שלא היו לי סירובים ו/או דחיות ו/או דרישות לתנאים מיוחדים ו/או ביטולים של בקשות קודמות לכיסוי ביטוחי מסוג זה.

סעיף 4 – דרישות הביטוח

4.1. אנה אשר באם הנך זקוק לכיסוי עבור עבודות שביצעת בעבר (כיסוי רטרואקטיבי): כן לא

באם כן, אנה אשר את התאריך שבו החזקת בכיסוי מתמשך על בסיס יום הגשת התביעה (שנה/חודש/יום):

--	--	--

Cooper Ninve

First of all, integrity

--	--	--

4.2. אנא מסור את הפרטים על גבול האחריות וההשתתפות העצמית הנחוצים לך:

--

גבול האחריות

--

השתתפות עצמית

4.3. אנא ציין את תקופת הפוליסה המבוקשת:

--	--	--

תאריך תחילת הביטוח

--	--	--

תאריך סיום
(נהוג כשנה)

4.4. האם נדרשת לך תוספת כיסוי סייבר בגין החזקת רשומות לקוחות ממוחשבות? כן לא

סעיף 5 – היסטוריית תביעות

אנא רשום את כול התביעות שהוגשו כנגד המציע ואת כול הנסיבות במשך התקופה של 10 השנים האחרונות אשר בגינן עשויה להיות מוגשת תלונה ו/או תביעה. באם אין, אנא ציין "אין". אנא השתמש בדפים הנוספים המצורפים באם הנך זקוק למקום נוסף.

תיאור / עיקר הטענות נגדך	סה"כ ערך (\$)	עתודה (\$)	תאריך האירוע (שנה/חודש/יום)	מצב התיק פתוח או סגור	תביעה / תלונה / אירוע ביטוחי

אנא השתמש בדפים הנוספים המצורפים בכדי להוסיף כול פרט קשור ו/או מידע נוסף לפי הצורך כפי שנדרש בכדי לענות באופן מלא על השאלות.

לפני שיוסכם על כריתת חוזה הביטוח, הנך נדרש להציג באופן כנה את הסיכון המבוטח תחת פוליסה זו בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח התשמ"א – 1981.

Cooper Ninve

First of all, integrity

אם אינך בטוח באשר לחובתך למצג הוגן, אנא ברר עם הסוכן שלך בקשר למידע נוסף.

שים לב: חתימת טופס זה אינה כובלת את המציע להשלים ביטוח זה.

הצהרת המציע

אני/אנו מצהיר/ים בזאת שההצהרות והפרטים המצויים בתוך טופס הצעה זה הנם נכונים ואמתיים ושאי/אנו לא הסתרתי/נו כול עובדה מהותית ו/או הצהרתי/נו באופן כוזב.

אני/אנו א/נפעל לידע את המבטחים בכול שינוי מהותי בעובדות, אשר יקרה לפני כריתת חוזה הביטוח. חובת הדיווח על עובדות מהותיות תימשך גם לאחר השלמת טופס ההצעה ובמשך כול תקופת הפוליסה (ולכול ארכה שלאחר מכן).

בהתאם עם חוק חוזה הביטוח התשמ"א – 1981, אני/אנו מצהיר/ים בזאת שאני/אנו הצגנו את הסיכון באופן הוגן.

חתימה

שם מלא

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

תאריך



מידע נוסף

אנא השתמש באזור זה לרשום את התשובות לכול השאלות עבורן הנך נצרך למקום נוסף, תוך ציון מספר הסעיף התואם.
