

ביטוח רשלנות רפואית

ספקים רפואיים/ניתוחיים שלא במסגרת בית חולים



- מרפאות טיפול אסתטי
- שירותי אמבולנס
- מכוני מחקר קליני
- מוסדות רפואה משלימה
- מכוני דימות רפואי
- מרכזי בדיקות סמים
- מרכזי חירום / טיפול דחוף
- קבוצת עזרה ראשונה / חובשים
- שירותי בריאות ביתיים
- הוספיס
- בריאות תעשייתית/תעסוקתית
- סוכנויות תעסוקה רפואית
- מרכזי כירורגיה אמבולטורית
- מעבדות פתולוגיה
- מרפאות טיפול ראשוני
- מרכזי שיקום
- שירותי פינוי / אמבולנס אווירי
- מרפאות מתמחות
- טלרפואה

מידע כללי

טופס הצעה זה מיועד למדיניות על בסיס הגשת תביעה ("Claims Made Basis"). מדיניות על בסיס הגשת תביעה מגיבה רק לתביעות שהוגשו כנגד המבוטח ודווחו לחתמים במסגרת תקופת הביטוח, הנובעות מטיפול שניתן בזמן או לאחר התאריך הרטרואקטיבי של המדיניות. ניתן למלא טופס הצעה זה באופן אלקטרוני או ידני, והוא חייב להיות חתום ומתוארך על ידי נציג מורשה של המבוטח. כל הערות בכתב יד חייבות להיות קריאות בבירור ויש לענות על כל השאלות במלואן, עם "ללא", לפי העניין. תשובות לא מלאות עלולות לעכב את הצעת המחיר. יש לצרף את כל המסמכים התומכים ולכלול כמה שיותר פרטים, תוך שימוש בגיליונות הנוספים כנדרש.

זוהי חובתו של המציע לחשוף את כל ממצאי החומר בפני החתמים.

עם קבלת התנאים של החתם ותשלום הפרמיה, כל המידע שנמסר על ידי המציע יחד עם הערות ההנחיה ייחשב ככלול בחוזה בין החתמים למבוטח. אנא ודא שחתמת על הצהרת האחריות ותוארכת אותה בסוף טופס הצעה זה.

פרק 1 - מידע כללי

	1.1 שם הארגון
	(א) שם מסחרי (אם שונה)

כתובת רשומה (אם שונה)	1.2 כתובת מסחר עיקרית

למיקומים נוספים אנא מלא את **נספח 1 - מיקומים וכתובות נוספים**

	(ג) אתר	שנה/חודש/יום	1.3 (א) מועד תחולה
	(ד) דוא"ל ליצירת קשר		(ב) טלפון להתקשרות
נא לבחור			1.4 סוג הארגון (נא להזין את התיאור הטוב ביותר, אם לא מוצג ברשימה)

1.5 סטטוס מס מסחרי ללא חוח ציבור גורם ממשלתי

1.6 אנא ציין את האיגודים, הגופים המקצועיים וארגוני הרגולציה שהעניקו לך רישיון/שאתה חבר בהן:

1.7 האם אי פעם הייתה לך מחלוקת עם גורם רגולטורי כלשהו בנוגע לדוח בדיקה? כן- אנא ספק פרטים להלן לא

1.8 האם הינך מספק שירותי ניהול למוסדות אחרים או להפך? כן- אנא ספק פרטים להלן לא

פרק 2 - מידע כספי

2.1 אנא ספק את המידע הבא לגבי השנים הפיננסיות האחרונות, הנוכחיות והעתידיות:

שנה הבאה (הערכה)	שנה פיננסית נוכחית	שנה פיננסית אחרונה	
			הכנסה ברוטו
			רווח / הפסד תפעולי
			מזומן נטו

פרק 3 - שירותים מקצועיים

3.1 אנה ספק תיאור מלא של שירותי הבריאות המקצועיים שעבורם מבוקש כיסוי:

אנה צרף כל ספרות תומכת רלוונטית, לרבות עלוני שיווק / הודעות לעיתונות הרלוונטיות לעסק. כיסוי זה יחול רק על שירותים מקצועיים שתוארו כאן ובדפים נוספים כלשהם. לכן יש לספק תיאור יסודי ומלא של העסק שלך.

פרק 4 - מידע לגבי חשיפה

אנה מלא את הטבלאות הבאות ככל האפשר עם המידע העדכני ביותר שיש בידך. במידת האפשר, השלם את המידע החל על תקופת הפוליסה שלגביה מבוקש כיסוי.

כן- אנה ספק פרטים להלן לא

4.1 האם יש לך מתקני אשפוז?

א) אנה מלא את השדות הבאים עם המספר הכולל של כל סוג של מיטת אשפוז והאחוז המשוער של תפוסה מדי שנה.

ספירת מיטות	השנה הקודמת	% תפוסה	שנה נוכחית	% תפוסה	שנה הבאה	% תפוסה
מבוגר						
ילד						
קשיש						
אחר (אנה פרט)						
אחר (אנה פרט)						

ב) אנה מלא את הטבלה שלהלן, וציין כל סוג ביקור מטופל שביצע הארגון שלך

סוג ביקור מטופל	השנה הקודמת	שנה נוכחית	שנה הבאה
נא לציין סוג			
נא לציין סוג			
נא לציין סוג			
נא לציין סוג			
נא לציין סוג			
נא לציין סוג			

אם הינך יכול לספק על שנות חשיפה נוספות, אנה מלא את נספח 2

כן- אנה ספק פרטים להלן לא

4.2 האם הינך צופה שינויים מהותיים בפעילותך במהלך 12 החודשים הקרובים?

פרק 5 - צוות רפואי

5.1 אנא מלא את פרטי הצוות הרפואי שלך, וציין בבירור את אלה שלגביהם מבוקש הכיסוי.

רופאים		מועסק		לא מועסק		מועסק		לא מועסק	
נדרש כיסוי?	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	
רופאי משפחה									
פסיכיאטרים									
רדיולוגים									
רופאים מיילדים									
גינקולוגים									
מרדמים									
מנתחים כלליים									
מנתחים אורתופדיים									
מנתחים קוסמטיים									
רופאים מתמחים									
עיניים									
אחר (אנא פרט)									
אחר (אנא פרט)									
אחר (אנא פרט)									
אחר (אנא פרט)									

אנא מלא את הטבלה שלעיל באמצעות שווה ערך לזמן מלא (FTE). FTE מקביל לשבוע של 40 שעות, על בסיס שנתי

5.2 האם מספר האנשים בצוות הרפואי השתנה משמעותית במהלך חמש השנים האחרונות? לא כן

- אם כן, אנא ספק פרטים על ידי מילוי נספח 3

5.3 האם אתה דורש מכל הצוות הרפואי המוסמך המקצועי:

(א) להיות רשום או מורשה על ידי גורם רגולטורי ממשלתי רלוונטי או גוף רישוי ורישום? לא כן

(ב) האם הם בעלי הכשרה מתאימה ומיומנים מספיק לתפקידם? לא כן

(ג) האם הם נמצאים תחת פיקוח הולם והנהלה מתאימה? לא כן

(ד) האם הם מחדשים את ההסמכה שלהם על בסיס שנתי? לא כן

- אם לא, באיזו תדירות עוברים חברי הצוות הרפואי הסמכה חוזרת?

5.4 האם אתה דורש מכל הצוות הרפואי שאינו מועסק על ידך:

(א) לדאוג ביטוח אחריות מקצועית משל עצמם או לשמור על חופש מתביעות באמצעות ארגון ביטחון רפואי? לא כן

- אם כן, אנא ציין את הגבולות הנדרשים:

(ב) לספק ראיות לכיסוי זה על בסיס שנתי? לא כן

פרק 6 - ניהול סיכונים ואבטחת איכות

6.1 איש צוות האחראי על ניהול סיכונים:

שם: תפקיד:

6.2 האם יש לך תוכנית מתועדת לניהול סיכונים? - אם כן, אנא צרף פרטים

6.3 האם הינך מספק מתקנים לעיקור מכשירים על פי ההנחיות הנוכחיות והאם הינך מוודא כי נעשה שימוש בשיטות למניעת זיהום צולב? לא כן

אם אין לך מתקן לעיקור במוסד, אנא ציין אילו סידורים קיימים

6.4 האם הינך פועל בהתאם להנחיות הנוכחיות לאיסוף והשלכה בטוחה של כל פסולת קלינית/רפואית? לא כן

כתובות אלקטרוניות

6.5 האם הרשומות הרפואיות שלך

6.6 כמה זמן נשמרות רשומות רפואיות מיום הטיפול?

שימו לב, כי מדיניות זו דורשת כי כל הרשומות תישמרנה לתקופה מינימלית של 10 שנים, ובמקרה של קטינים, 10 שנים ממועד ההגעה לגיל הבגרות, ובמקרה של מטופל בעל מוגבלות שכלית, ללא הגבלת זמן.

6.7 האם מכל מטופל מתקבלת הסכמה מדעת ומתועדת ברשומה הרפואית? לא כן

אם לא, באיזו תדירות מתקבלת הסכמה מדעת?

6.8 האם יש לך תוכנית רשמית לאבטחת איכות קלינית? - אם כן, אנא צרף פרטים

6.9 אנא תאר להלן את האופן שבו נשמרת האיכות הקלינית בהתאם לשיטות העבודה המומלצות בתעשייה שלך, וכן בהשוואה לארגונים באותו מעמד כמו שלך:

פרק 7 - תקריות, תלונות ותביעות

כן לא

- אם כן, אנא צרף פרטים

7.1 האם יש לך נוהל כתוב לדיווח על תקריות ואירועים חריגים?

כן לא

- אם כן, אנא צרף פרטים

7.2 האם יש לך מנהל תלונות והליך כתוב לטיפול בתלונות מטופלים?

כן לא

7.3 האם אתה מנהל כיום תביעות במסגרת המוסד?

7.4 האם במהלך עשר השנים האחרונות הוגשה תביעה כלשהי, נערכה הגנה או הסדר, או שהוגשה נגדך תלונה בשל רשלנות או הזנחה כלשהי?

כן לא

7.5 האם ישנן נסיבות העלויות לגרום לתביעה נגדך או כל נוהג תאגידי קודם, קודמך בעסק או כל שותף, מנהל או מנכ"ל או איש מקצוע בעבר?

כן לא

7.6 האם אי פעם היה שותף, מנהל או מנכ"ל או איש צוות כלשהו שהתנהלו נגדו הליכים משמעותיים בגין התנהגות מקצועית בלתי הולמת?

כן לא

אם השבת "כן" לאחת מהשאלות שלעיל, אנא אשר כי הודעת על אלו למבטחים הנוכחיים שלך. אם "לא" אנא הסבר מדוע לא להלן.

7.7 אם ענית "כן" לכל אחת מהשאלות לעיל, אנא ספק את הפרטים המלאים להלן על כל התביעות והנסיבות, כולל פרטים כספיים מלאים. אנא ספק גם עותקים מתוארכים של מסמכי התביעות מכל מבטחים קודמים.

סטטוס תביעה	מס' תובע / תביעה	תאריך תקרית	תאריך תלונה	שיפוי שהוענק	הוצאות	תיאור
		שנה/חודש/יום	שנה/חודש/יום			
		שנה/חודש/יום	שנה/חודש/יום			
		שנה/חודש/יום	שנה/חודש/יום			
		שנה/חודש/יום	שנה/חודש/יום			
		שנה/חודש/יום	שנה/חודש/יום			

למקום נוסף ולהגדרות של המינוח לעיל אנא מלא את נספח 4.

7.8 אנא ספק פרטים על כל מנהל צד ג', מתאם הפסדים או משרד עורכי דין שבשירותיהם אתה משתמש כרגע לטיפול בתביעותיך.

פרק 8 - דרישות לכיסוי אחריות מקצועית רפואית

שנה/חודש/יום

8.1 מהו היום הראשון שממנו נדרש הכיסוי?

8.2 אנה ספק פרטים מלאים של כיסוי האחריות המקצועית שלך בחמש השנים האחרונות:

שנה	מבטח	תקופת הכיסוי	הגבלת שיפוי	מורחבת	פרימיום
2013					
2012					
2011					
2010					
2009					

לא כן

8.3 האם הכיסוי הקודם היה על בסיס הגשת תביעה?

שנה/חודש/יום

(א) אם כן, מה התאריך הרטרואקטיבי הנוכחי?

8.4 אנה ספק פרטים לגבי הכיסוי המבוקש: (א) הגבלת שיפוי:

(ב) מורחבת:

8.5 האם הועלתה הצעה כלשהי לביטוח דומה מטעם עסק המציע, כל קודמו לעסק או כל שותף, מנהל או מנכ"ל, שאי פעם נדחתה או שביטוח

לא כן

כזה בוטל, היה סירוב לחידוש או הוטלו תנאים מיוחדים (מלבד עליות שוק כלליות)?

- אם כן, אנה ספק פרטים:

8.6 אנה ספק פרטים על השטחים / תחומי השיפוט החוקיים שבהם נדרש כיסוי:

8.7 תאר כל הוראה סטטוטורית, משפטית או מינהלית שעשויה לשמש כדי להגביל או להשפיע בדרך אחרת על חבות המוסד או על חשיפתו לאובדן (למשל, תקנות נזיקין, רפורמה בנזיקין וכו').

8.8 אנה פרט כל מידע נוסף שלדעתך עשוי להשפיע על שיקול החתמים לגבי הסיכון.

פרק 9 - הצהרה

אני/אנו מצהיר/ים כי ההצהרות והפרטים הכלולים בהצעה נכונים וכי אני/אנו לא הצהרת/נו בצורה שמוליכה שולל או הסתרת/נו עובדות מהותיות כלשהן.

אני/אנו מסכים/ים כי הצעה זו יחד עם כל מידע אחר אשר יסופק על ידי/דנו, יהוו בסיס לכל חוזה ביטוח החל עלינו.

אני/אנו מתחייב/ים ליידע את המבטחים על כל שינוי מהותי בעובדות אלה שיתרחש לפני סיומו של חוזה הביטוח. עם זאת, החובה לגלות עובדות מהותיות נמשכת לאחר מילוי טופס ההצעה ולאורך כל תקופת הביטוח (וכל הארכה שלה), שעבורה שימש טופס הצעה זה כבסיס לחוזה הביטוח.

חתימה על טופס הצעה זה אינה מחייבת את המציע להשלים ביטוח זה, עם זאת יידרש טופס הצעה חתום ומתוארך במלואו לפני שהביטוח יהפוך למחייב.

חתימת נציג מורשה / שותף / מנהל / מנכ"ל:

	חתימה:
	תאריך:
שנה/חודש/יום	
	שם באותיות דפוס:
	תפקיד:
	טלפון:
	דוא"ל:

אנא השתמש בשדה זה כדי לרשום את התשובות לשאלות כלשהן שעבורן נדרש מקום נוסף, תוך ציון מספר השאלה המתאימה.