

# Cooper Ninve

First of all, integrity

Beazley | Complementary  
Medical Practitioners

ביזלי | לעוסקים ברפואה משלימה

proposal **Form**

טופס הצעה



הערה: הטופס מנוסח בלשון זכר אך מיועד לשני המינים



## Important information

## מידע חיוני

This proposal form is for a **claims made** policy. A claims made policy only responds to claims made against the assured and notified to underwriters during the period of insurance arising from treatment provided on or after the policy **retroactive date**. This proposal form can be completed electronically or by hand and must be signed and dated by an authorised representative of the assured. All hand written notes must be clearly legible and all questions should be answered fully, stating "Nil" or "None" as applicable. Incomplete answers may delay quotation.

Please attach all supporting documents and include as much detail as possible, using the additional sheets as required.

**It is the duty of the proposer to make a fair presentation of the risk to the underwriters by disclosing to the underwriters all circumstances and material facts.**

A circumstance or representation is material if it would influence the judgement of a prudent underwriter in determining whether to take the risk and, if so, on what terms.

Upon acceptance of the underwriter's terms and conditions and payment of the premium, all information provided by the proposer together with the guidance notes will be deemed to be incorporated in the contract between underwriters and the assured.

טופס הצעה זה מיועד לפוליסה על בסיס **הגשת התביעה**. פוליסה על בסיס הגשת התביעה תקפה אך ורק לגבי תביעות שהוגשו כנגד המבוטח ודווחו לחתמים במהלך 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. כל הרשימות הכתובות ידנית חייבות להיות קריאות וברורות ויש לענות על כל השאלות במלואן, ולציין "אין" או "לא" בהתאם לעניין. תשובות לא מלאות עלולות לעכב את מתן ההצעה.

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

זוהי חובת המציע להציג לחתמים באופן הוגן את הסיכון על-ידי גילוי לחתמים את כול הנסיבות והעובדות המהותיות.

נסיבה או מצג נחשבים למהותיים אם יש בהם להשפיע על שיקול דעתו של חתם זהיר בהחלטתו באם לקבל על עצמו את הסיכון, ואם כן, באילו תנאים.

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



**Please ensure you have signed and dated the warranty statement at the end of this proposal form.** **אנא וודא שחתמת ותארכת את הצהרת האחריות בסוף טופס הצעה זה.**

## Section 1 – General information

## סעיף 1 – מידע כללי

1.1. Name of insured

1.1. שם המבוטח

1.2. Address of the  
named insured

1.2. כתובת המבוטח הנקוב

1.3. Please state the following for the named insured

1.3. אנא ציין את הפרטים הבאים עבור המבוטח הנקוב

a) Date of birth (DD/MM/YYYY)

א) תאריך לידה (שנה/חודש/יום)

b) Contact telephone

ב) טלפון ליצירת קשר

c) Email address

ג) כתובת דוא"ל

d) ID Number

ד) תעודת זהות

# Cooper Ninve

First of all, integrity

1.4. Please confirm for which discipline(s) you require cover:

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

For all items marked \* please provide additional information on the supplementary sheet(s).

עבור כול הטיפולים המסומנים בכוכבית (\*) אנא מסור מידע נוסף בדפים המצורפים.

Complementary Therapy Activities פעילויות טיפול משלים		
Acupuncture	<input type="checkbox"/>	דיקור
Aromatherapy	<input type="checkbox"/>	ארומתרפיה
Chinese Medicine	<input type="checkbox"/>	רפואה סינית
Colonic hydrotherapy	<input type="checkbox"/>	הידרותרפיה למעי הגס
Counselling	<input type="checkbox"/>	ייעוץ
Crystal therapy	<input type="checkbox"/>	טיפול בקריסטלים
Healing/Reiki/Dowsing	<input type="checkbox"/>	הילינג/רייקי/דואזינג
Herbalism	<input type="checkbox"/>	עשבי מרפא
Hopi ear candles	<input type="checkbox"/>	נרות שעווה הופי לאוזן
Iridology	<input type="checkbox"/>	אירידולוגיה
Kinesiology	<input type="checkbox"/>	קינסיוולוגיה
<i>Massage*</i>	<input type="checkbox"/>	<i>מסאז'*</i>
Manipulative therapy	<input type="checkbox"/>	תרפיית מניפולציה
Naturopathy	<input type="checkbox"/>	נטורופתיה
Neuro Linguistic Programming	<input type="checkbox"/>	תכנות עצבי לשוני
Nutrition Therapy	<input type="checkbox"/>	טיפול תזונתי
Pilates	<input type="checkbox"/>	פילאטיס
Polarity Therapy	<input type="checkbox"/>	טיפול קוטביות
Psychotherapy	<input type="checkbox"/>	פסיכותרפיה

# Cooper Ninve

First of all, integrity

Reflexology	<input type="checkbox"/>	רפלקסולוגיה
Yoga	<input type="checkbox"/>	יוגה
Other (please specify)*:		אחר (נא פרט)*:

## 1.5. Qualifications

## 1.5. הסמכה / הכשרה מקצועית

Please confirm if you are qualified and/or accredited to perform the above declared activities. אנא אשר שאתה מוסמך ו/או מורשה לבצע את הפעולות המוצהרות לעיל.

Yes  כן

No  לא

Please provide details of any recognised qualification(s) held. Proof may be required by the underwriters: אנא ציין את פרטי כול ההכשרות המוכרות שבבעלותך. החתמים עשויים לדרוש הוכחה:


Please tick the appropriate box if you are qualified and/or hold a license to practice any of the following: אנא סמן את התיבה המתאימה אם אתה בעל הסמכה ו/או בעל רישיון לעסוק בכל אחד מהבאים:

Nurse  
אח/אחות

Doctor  
רופא/ה

Dentist  
רופא/ת שיניים

Beautician/NVQ 3  
קוסמטיקאית/ת

Other (please specify):

אחר (נא ציין):

--



## Section 2 – Business information

## סעיף 2 – מידע על העסק

2.1. Please confirm the number of treatments you performed for the discipline(s) that you require cover: 2.1. אנא אשר את מספר הטיפולים שביצעת עבור התחומים שבהם הנך זקוק לכיסוי:

Previous year  בשנה הקודמת

Next year (estimate)  בשנה הבאה (אומדן)

2.2. Please provide your total gross income based on your activity(ies) for which you require cover: 2.2. אנא ציין את סך ההכנסה שלך בהתבסס על הפעולות עבורן הנך מבקש כיסוי.

If this is a new business please provide an estimated figure: באם מדובר בעסק חדש אנא רשום אומדן משוער:

Previous year  בשנה הקודמת

Next year (estimate)  בשנה הבאה (אומדן)

## Section 3 – Previous insurance history

## סעיף 3 – היסטוריית ביטוח קודמת

3.1. Please provide full details of your previous and current medical professional liability cover: 3.1. אנא ציין את מלוא הפרטים של ביטוח האחריות המקצועית הרפואית הקודם והנוכחי שלך:

Year	Insurer	Period of cover	Limit of Indemnity	Excess	Premium
שנה	המבטח	תקופת הכיסוי	גבול האחריות	השתתפות עצמית	פרמיה

# Cooper Ninve

First of all, integrity

3.2. Has any application for this type of insurance cover ever been:

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

Declined  
סורבה ו/או נדחתה

Cancelled  
בוטלה

Required any special terms  
נדרשה לתנאים מיוחדים

None  
אין

If any of the above are applicable, please provide detailed explanation and additional information on the supplementary sheet(s).

באם מי מהרשומים לעיל ישימים, אנא מסור הסבר מפורט ומידע נוסף על גבי הדפים הנוספים המצורפים.

## Section 4 – Insurance requirements

## סעיף 4 – דרישות הביטוח

4.1. Please confirm if you require cover for past work (retroactive cover)

4.1. אנא אשר אם אתה זקוק לכיסוי עבור עבודות שביצעת בעבר (כיסוי רטרואקטיבי)

Yes  כן

No  לא

If Yes, please confirm the date you have held continuous cover on a claim made basis (DD/MM/YYYY).

באם כן, אנא אשר את התאריך שבו החזקת בכיסוי מתמשך על בסיס תביעות שהוגשו (שנה/חודש/יום).

4.2. Please provide details of the limit and excess required:

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

Limit of indemnity

גבול האחריות

Excess

השתתפות עצמית





# Cooper Ninve

First of all, integrity

## Declaration

## הצהרה

Please use the supplementary page(s) to add any pertinent information or additional information as may be required to fully answer the questions.

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

Prior to the commencement of the contract of insurance, you must make a fair presentation of the risk to be insured under this Policy in accordance with the terms of the Insurance Contract Law 1981. I/We declare that the statements and particulars contained in the proposal are true and that I/we have not mis-stated or suppressed any material facts.

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

I/we undertake to inform insurers of any material alteration to these facts occurring before the completion of the contract of insurance. However, the duty to disclose material facts continues after the completion of the proposal form and throughout any policy period (and any extension thereto).

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

In accordance with the Insurance Contract Law 1981, I/we declare that I/we have made a fair presentation of the risk.

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

If you are unsure of your duty of fair presentation, please ask your broker for further information.

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

Signing this proposal form does not bind the proposer to complete this insurance.

חתימת טופס זה אינה כובלת את המציע להשלים ביטוח זה.

Signature

חתימה

Full name

שם מלא

Date

תאריך

## Supplementary information

## מידע נוסף

# Cooper Ninve

First of all, integrity

Please use this space to record the answers to any questions for which you require additional space, noting the appropriate question number.

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

# Cooper Ninve

First of all, integrity

## Supplementary information

## מידע נוסף

Please use this space to record the answers to any questions for which you require additional space, noting the appropriate question number.

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