



## MEDICAL MALPRACTICE (ISRAEL) proposal form for GP including BOTOX and DERMAL FILLERS

## הצעה לביטוח אחריות מקצועית רפואית בישראל לרופאים כולל הזרקות בוטוקס ומילוי קמטים.

PLEASE READ THESE GUIDANCE NOTES BEFORE COMPLETING THE PROPOSAL FORM. WHERE FURTHER INFORMATION IS REQUIRED PLEASE REFER TO YOUR BROKER/ INSURANCE AGENT.

אנא קרא בעיון את ההסברים למילוי ההצעה להלן. לעזרה במילוי או שאלות נוספות אנא פנה אל סוכן הביטוח שלך.

**PLEASE NOTE** This Proposal Form is for a CLAIMS MADE policy. A CLAIMS MADE policy only responds to "claims" made against the period of insurance.

- This Proposal Form must be typed, or completed in ink and signed and dated by the Proposer. Please answer every question fully, and state "NIL" or "NONE" as applicable. Incomplete answers may not be accepted and can delay quotation.
- Please submit any additional information you feel may be of assistance to Underwriters, such as Brochures etc.
- Should there be insufficient room in the Proposal Form for full details, please attach further information on signed and dated sheets, wherever possible following the same format and question number.
- It is the duty of the Proposer to disclose all material facts to Underwriters. Where this is omitted, the Underwriters may avoid their obligation under the Policy. For the purposes of the Proposal and for all purposes relating to any policy issued pursuant to this Proposal, a 'material fact' shall be deemed to be one that would be likely to influence an Underwriter's judgment and acceptance of your Proposal.
- Upon acceptance of the Underwriters' 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 Insured.

**לתשומת לבכם** ההצעה הינה לביטוח אחריות מקצועית לפי תנאי יום הגשת התביעה, פוליסה לפי תנאי זה תכסה תביעות שיוגשו בתקופת הביטוח בלבד.

- יש להקליד טופס הצעה זו, או השלים בדיו כולל חתימה ותאריך של המציע. נא לענות על כל שאלה באופן מלא, וברור. תשובות לא מלאות לא תתקבלנה ויכולות לעכב את הצעת המחיר.
- אנא שלח כל מידע נוסף שאתה חושב שעשוי להיות לעזר לחתמים, כגון ברושורים וכו'.
- צריך להיות מספיק מקום בטופס ההצעה לקבלת פרטים מלאים, אם צריך יש לצרף פרטים נוספים כולל חתימה ותאריך ומספר השאלה לה מתייחס החומר.
- חובתו של המציע לחשוף את כל העובדות המהותיות לחתמים. במידה ויושטמו פרטים מהותיים כלשהם, החתמים לא יהיו מחויבים לעמוד בהתחייבותם על פי תנאי הפוליסה. לעניין ההצעה ולכל חומר אחר שיועבר הקשור להצעה, "עובדה מהותית" תיחשב לאחת שתהיה עשויה להשפיע על שיקול דעתו של החתם בקבלת הפוליסה וקביעת תנאיה.
- לאחר קבלת תנאי החתמים ותנאי תשלום הפרמיה, כל המידע שסופק על ידי המציע יחד עם הערות הכלליות ישולבו בחוזה שבין החתמים לבין המבוטח.

Copies of the Proposal Forms should be retained for your own records.

**SIGNING OF THIS PROPOSAL FORM DOES NOT BIND THE PROPOSER OR UNDERWRITERS TO COMPLETE A CONTRACT OF INSURANCE**

עותק של טופס ההצעה צריך להישמר לצורך התייעוד שלך.

חתימה על טופס הצעה זה אינו מחייב את המציע או את חתמים להשלים את חוזה הביטוח

|  |  |                              |  |                             |  |              |  |
|--|--|------------------------------|--|-----------------------------|--|--------------|--|
| 1. Full name of the Insured:<br>שם מלא של המבוטח   |  |                              |  |                             |  |              |  |
| Date of birth:<br>תאריך לידה   |  |                              |  |                             |  |              |  |
| 2. Have you ever engaged in a similar activity under a different name?<br>האם היית מעורב באותה הפעילות תחת שם אחר? |  | YES <input type="checkbox"/> |  | NO <input type="checkbox"/> |  |              |  |
| If 'YES' please give full details:<br>אם כן, אנא רשום פרטים מלאים:   |  |                              |  |                             |  |              |  |
| 3. Address of the proposer:<br>כתובת המציע:  |  |                              |  |                             |  |              |  |
| Postal code:<br>תא דואר:   |  | Country:<br>ארץ:             |  | Tel:<br>טלפון:              |  | Fax:<br>פקס: |  |



|   |  |                                    |  |                                  |  |   |  |
|---|--|------------------------------------|--|----------------------------------|--|---|--|
| Practice / Trading address/es (if different from above):<br>:כתובת בית העסק (אם שונה מכתובת המציע):   |  |                                    |  |                                  |  |   |  |
| <b>IF COVER IS REQUIRED FOR MORE THAN ONE LOCATION, PLEASE ATTACH A LIST OF ALL ADDRESSES.</b><br>אם נדרש כיסוי ליותר ממקום אחד, אנא צרף את רשימת כל הכתובות להן נדרש הכיסוי.   |  |                                    |  |                                  |  |   |  |
| Postal code:<br>:תא דואר  |  | Country:<br>:ארץ                   |  | Tel:<br>:טלפון                   |  | Fax:<br>:פקס                                      |  |
| 4. At which Medical / Dental School did you qualify?<br>באיזה בית ספר לרפואה / רפואת שיניים הוכשרת?   |  |                                    |  |                                  |  |   |  |
| In what year?<br>באיזו שנה?   |  | Degree obtained?<br>תואר נרכש?     |  |                                  |  |   |  |
| Please give details of any additional or post graduate qualifications:<br>פרטי הכשרה נוספת / קודמת:   |  |                                    |  |                                  |  |   |  |
| 5. Please state:<br>The name of your registration or licensing body:<br>אנא ציין היכן אתה רשום / הגוף שבו הינך רשום:  |  |                                    |  |                                  |  |   |  |
| registration number:<br>מספר רישום  |  | registration date:<br>תאריך רישום: |  | registration type:<br>סוג הרישום |  | Date of first registration:<br>תאריך רישום ראשון: |  |
| Are there now or have there ever been any conditions attached to your registration?<br>האם יש או היו תנאים הקשורים לרישום שלך?  |  |                                    |  | YES <input type="checkbox"/>     |  | NO <input type="checkbox"/>                       |  |
| Has there ever been any interruption in your registration?<br>האם היית הפסקה ברישום שלך?  |  |                                    |  | YES <input type="checkbox"/>     |  | NO <input type="checkbox"/>                       |  |
| <b>If 'YES' in one of the lost 2 questions please provide full details.</b><br>אם כן באחת מ-2 השאלות האחרונות, אנא פרט:   |  |                                    |  |                                  |  |   |  |
| 6. In what branch or branches of medicine are you qualified and licensed to practice?<br>באיזה ענפי רפואה הוכשרת ואתה מוסמך לעסוק?  |  |                                    |  |                                  |  |   |  |
| 7. Please give full details of what patient records are kept, where & how they are stored and for how long they are retained:<br>אנא פרט אלו רישומי מטופלים נשמרים, איפה, כיצד הם נשמרים ולכמה זמן:   |  |                                    |  |                                  |  |   |  |
| <b>Please note it is a requirement of this policy that all records are retained for a minimum period of 10 years, and in the case of minors, 10 years from majority.</b><br><b>שים לב – קיים תנאי בפוליסה לפיו כל הרשומות יישמרו לפחות למשך 10 שנים, כאשר מדובר בקטינים לפחות למשך 10 שנים מהגיעם לבגרות.</b> |  |                                    |  |                                  |  |   |  |
| 8. Please state your approximate annual income<br>הכנסה שנתית משוערת  |  | Last year<br>שנה שעברה             |  | This year<br>השנה                |  |   |  |
| 9. Please state in respect of BOTOX and DERMAL FILLERS injections only<br>אנא רשום לגבי הזרקות בוטוקס ומילוי קמטים בלבד.  |  |                                    |  |                                  |  |   |  |
| approximate annual income<br>הכנסה שנתית משוערת   |  | Last year<br>שנה שעברה             |  | This year<br>השנה                |  |   |  |



| approximate number of Patients/Clients<br>מספר מטופלים/לקוחות משוער   | Last year<br>שנה שעברה |  | This year<br>השנה |  |
|---|------------------------|--|-------------------|--|
| whether you are employed or self-employed<br>האם אתה עצמאי או שכיר?   |                        | EMPLOYED <input type="checkbox"/> SELF-EMPLOYED <input type="checkbox"/>   |                   |  |
| 10. Does the Proposer involved in the treatment or care of patients suffer from any disability, transmittable diseases i.e. Hepatitis, H.I.V. etc., or other impediment which may affect the performance of his or her professional duties or place patients at risk?<br>האם אתה מתעסק בטיפול במטופלים אשר סובלים מנכות כלשהי, מחלות מדבקות כגון צהבת, איידס וכו', או סובלים מבעיה אחרת אשר משפיע על תפקודם המקצועי או מסכנת מטופלים אחרים? |                        | YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>If 'YES' what procedures are in place?<br>אם כן, פרט את הפרוצדורה המתבצעת: |                   |  |
| 11. Are you a member of any professional organization, or registered with any self regulating body?<br>האם אתה חבר בארגון או עמותה מקצועיים?  |                        | YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>   |                   |  |
| If 'YES' please state which and period of membership / registration:<br>אם כן, אנא ציין לאיזה ארגון ומה תקופת החברות?   |                        |  |                   |  |
| Has membership of / registration with such organization / body ever been suspended, withdrawn, amended or declined or had conditions attached?<br>האם נדחתה בקשתך לקבלה לארגון כלשהו, או שהופסקה חברותך, או שנקבעו תנאים מיוחדים לחברותך?   |                        | YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>   |                   |  |
| If 'YES' please give full details:<br>אם כן, אנא רשום פרטים מלאים:  |                        |  |                   |  |
| 12. If you are an employee, is it a condition of your employment that you maintain Medical Professional Liability Insurance or that you be a member of any Defence Organization?<br>אם אתה שכיר, האם זה תנאי של מעסיקך שיהיה לך ביטוח אחריות מקצועית או שתהיה חבר בארגון אשר במסגרתו הינך מבטוח?  |                        | YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>   |                   |  |
| If 'YES' please give full details:<br>אם כן, אנא רשום פרטים מלאים:  |                        |  |                   |  |
| 13. Have you ever been Insured for Medical Professional Liability or maintained membership of any Defence Organisation?<br>האם היית או הינך מבטוח בביטוח אחריות מקצועית רפואית או חבר בארגון אשר הנך מבטוח במסגרתו?   |                        | YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>   |                   |  |
| If 'YES' please state:<br>אם כן, ענה על השאלות להלן:  |                        |  |                   |  |
| The name of the Defence Organisation/s or Underwriter:<br>שם המבטח או הארגון:   |                        | The Insurance / membership period/s<br>תקופת הביטוח/החברות   |                   | The limits of liability provided :<br>גבול אחריות:       |
| Has any application for this type of Insurance cover or membership of a Defence Body ever been:<br>האם הביטוח / החברות בארגון המספק ביטוח   |                        | Declined?<br>נדחה  |                   | YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
|   |                        | Cancelled?<br>בוטל   |                   | YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
|   |                        | Required special terms?<br>נדרשו תנאים מיוחדים   |                   | YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| If 'YES' please give full details:<br>אם כן, אנא רשום פרטים מלאים:  |                        |  |                   |  |



| PREVIOUS CLAIMS HISTORY   |  |                              |                              | עבר ביטוחי – היסטוריית תביעות      |   |
|---|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------------|---|
| 14. List all claims made against the Proposer during the last 10 years.<br><b>FOR ALL PROCEDURES IF NONE, PLEASE STATE "NONE":</b><br>רשום את כל התביעות שהוגשו כנגד המציע ב-10 השנים האחרונות, אם לא היו רשום "אין"  |  |                              |                              |                                    |   |
| Date of Incident<br>תאריך אירוע   | Date of Claim<br>/ תאריך הודעה<br>הגשת תביעה | Amount Claimed<br>סכום שנתבע | Amount Paid<br>סכום ששולם    | Amount<br>Outstanding<br>סכום פתוח | Details including nature of the<br>allegations and details of<br>claimant<br>פרטי התביעה ותאור האירוע |
|   |  |                              |                              |                                    |   |
|   |  |                              |                              |                                    |   |
|   |  |                              |                              |                                    |   |
|   |  |                              |                              |                                    |   |
| 15. List all circumstances/complaints which may give rise to a claim being made against the Proposer.<br><b>IF NONE, PLEASE STATE "NONE":</b><br>האם ידוע על אירוע או נסיבות כלשהן אשר יכולות להוביל לתביעה, אם לא היו רשום "אין"   |  |                              |                              |                                    |   |
| If 'YES' please give full details:<br>אם כן, אנא רשום פרטים מלאים:  |  |                              |                              |                                    |   |
| 16. Have all of the above in question 14 been notified to your previous Underwriters:<br>האם הועברה הודעה בגין האירועים המתוארים בסעיף 14 הועברו לידיעת המבטח הקודם?  |  |                              | YES <input type="checkbox"/> |                                    | NO <input type="checkbox"/>   |
| Have all of the above been accepted by your previous Underwriters?<br>האם הדיווח התקבל ואושר הטיפול ע"י המבטח הקודם?  |  |                              | YES <input type="checkbox"/> |                                    | NO <input type="checkbox"/>   |
| I/We declare and warrant that after enquiry all statements and particulars contained in this Proposal and addenda are true and that no information whatever has been withheld which might increase the risk of the Underwriters or influence the acceptance of this Proposal and should the above particulars alter in any way  |  |                              |                              |                                    |   |
| I/We will advise the Underwriters as soon as practicable. I/We understand that failure to disclose any material facts which would be likely to influence the acceptance and assessment of the Proposal may result in the Underwriters refusing to provide indemnity or voiding the policy in every respect. I/We hereby agree and accept that this Declaration shall be the basis of the contract between both parties if entered into. |  |                              |                              |                                    |   |
| Name of proposer  |  |                              |                              |                                    |   |
| Signature   |  | Dated                        |                              |                                    |   |