



מאי 2018  
 מס' 628

חבריות הסתדרות הרוקחים בישראל,

**קיראו היטב את המסמך הבא, חובה למלא הטופס הנלווה. שלחו אותו בפקס  
 לסניף אליו אתם משתייכים לא יאוחר מיום 21.6.18**

סניף ת"א פקס : 03-5605085  
 סניף חיפה פקס : 04-8620297  
 סניף ירושלים פקס : 02-6515185

**הנדון: חידוש הביטוח לאחריות מקצועית לחבות המוצר ולצד ג' לבתי המרקחת  
 לשנים 2018/2019**

1. תוקפו של הביטוח לאחריות מקצועית, לחבות המוצר ולאחריות צד ג' לבתי המרקחת יפוג בסוף חודש יוני 2018.
2. כפי שידוע לכם לפני 4 שנים נבחן ביטוח זה ע"י מומחי הביטוח של כל קופות החולים ועל סמך הדרישות וההבנות שהגענו אליהן גובשה פוליסה אחידה עם חלופה אחת המקובלת על כל קופות החולים.
3. ההשתתפות העצמית שהייתה בשש השנים האחרונות 1,100 ₪ ללא שינוי.
4. להלן פירוט הכיסוי, גובה הכיסוי והפרמיה:  
 א. פוליסת בסיס (רובד ראשון)

מס' סד'	הכיסוי	גובה הכיסוי בש"ח
1	גבולות אחריות לתובע אחד לנזקי גוף ורכוש:	2,675,000
2	גבולות אחריות למספר תובעים ממקרה אחד בגין נזקי גוף ורכוש:	5,350,000
3	סה"כ לכל תקופת הביטוח:	5,350,000

- ב. בנוסף לכיסוי הביטוח ברובד הראשון הנ"ל קיימת "פוליסת מטריה" לכל בתי המרקחת המבוטחים בפוליסת הבסיס כמפורט להלן:

גובה הכיסוי בש"ח	גבולות האחריות
6,375,000	גבולות האחריות למקרה אחד:
12,750,000	גבול אחריות לכל שנת הביטוח:

- ג. לבתי מרקחת אשר נסגרים, קיימת הזכות לפוליסה ל"תקופת גילוי" בת 12 חודשים (RUN OFF) בגבולות אחריות ובתנאים זהים לתנאי הפוליסה, ללא תוספת פרמיה.

ד. הפרמיה הכוללת: בסך 1,460 ₪ תגבה בחמישה תשלומים החל מחודש יולי 2018:

שנת 2018	התשלום מיועד ל:	סכום
יולי	פוליסת בסיס	347 ש"ח
אוגוסט	פוליסת בסיס	347 ש"ח
ספטמבר	פוליסת בסיס	347 ש"ח
אוקטובר	פוליסת בסיס	347 ש"ח
נובמבר	השתתפות בפוליסת מטריה	72 ש"ח

5. ביטוח עובדים אחרים בבית המרקחת (קוסמטיקאיות, הומאופטים/יות, בעליות מקצועות בתחום הרפואה המשלימה) ניתן לבטח את בית המרקחת על פעולתם של קוסמטיקאית/הומאופט העובד בין כותלי בית המרקחת והמועסק/ת ע"י בעל בית המרקחת. הכסוי הינו רק בגין הפעולות בתוך בית המרקחת. גבולות האחריות בגין ניזקי גוף ורכוש בסך 850,000 למקרה אחד ו 1,700,000 ₪ לכל תקופת הביטוח.  
**לכל קוסמטיקאית: הפרמיה השנתית היא 327 ₪.**  
**לכל הומאופט הפרמיה השנתית היא 800 ₪.**

6. מלל הפוליסה (דוא"ל מפורט יותר ישלח אליכם בימים הקרובים)  
 אחריות מקצועית מנוביט 2015 - אחריות מקצועית.  
 חבות מוצר מנוביט . 2015 - חבות מוצר.  
 צד ג' מנוביט . 2015 - צד ג'.

#### לתשומת הלב

- ← כל קופות החולים מכירות בביטוח הזה העונה כאמור לדרישותיהן וע"פ הסיכומים עימן אנו מחויבים להודיע להן מי מבתי המרקחת מבוטח.
- ← אי קיום אישור כני"ל מטעמינו מהווה עילה לקופות החולים להפסיק את ההסכם עם בית המרקחת שאינו מבוטח בביטוח זה (או בביטוח זהה אלטרנטיבי).
- ← ביטול או שינויים יעשו ע"פ הודעה כתובה אם תתקבל במשרדנו בלבד
- ← שימו לב ולמען הסר ספק: עובד בבית מרקחת אשר אינו נמנה על סגל העובדים הקבוע (Freelance) המקבל את שכרו באמצעות חשבונית מס, אינו מכוסה בביטוח המקצועי שכן אין בינו למעסיק יחסי עובד/מעסיק. בית המרקחת עצמו מכוסה..

אמיר ניצן



מנכ"ל

**טופס בקשת הצטרפות לביטוח אחריות מקצועית לבתי מרקחת  
תכנית הסתדרות הרוקחים בישראל – "מנוביט 2015"**

**פרטי המבקש/ת**

שם בית המרקחת	כתובת בית המרקחת	מס' בימ"ק בהסתדרות הרוקחים
טלפון בבית המרקחת	ח.פ. / ע.מ.	

**פרטי איש קשר**

הסתדרות הרוקחים בישראל	כתובת: לבונטין 12, תל אביב
טלפון: 03-5660475	דואר אלקטרוני: edna@pharmacy.org.il

אבקש כי העתק הפוליסה יישלח לכתובת הדואר המפורטת לעיל.

**הכיסוי המבוקש**

ביטוח אחריות מקצועית לבתי מרקחת, בהתאם לתנאי תכנית מנוביט מהדורה 2015 באתר מנורה, ובהתאם להיקף הכיסוי והתנאים המפורטים בטיטוט דף פרטי הביטוח המצ"ב ("פוליסה") לתקופה שמיום 1.7.2018 ועד יום 30.6.2019

**הצהרות והתחייבויות:**

א. אני מצהיר/ה בזה כי המידע שנמסר מעת לעת על-ידי ו/או אודותיי, ניתן ונאסף מרצוני ובהסכמתי לצורך הפקת פוליסת הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה או מוצרים ושירותים הקשורים אליה אני מסכים כי המידע יימסר לצורך עיון, שיפור השירותים, עיבוד, טיוב ודירוגים פנימיים לכל אדם או גוף שמנורה מבטחים ביטוח תמצא לנכון לצורך מימוש מטרות אלו, וזאת בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981.

ב. **קבלת מידע מהותי** - הריני לאשר כי עיינתי בתנאי תכנית הביטוח וטיטוט דף פרטי הביטוח שהעתקם מצ"ב טרם חתימתי על טופס זה.

**תאריך: \_\_\_\_\_ \*חתימת המבקש: \_\_\_\_\_**

**התחייבות כספית**

בקשתנו זו מהווה התחייבות כספית לשלם את כספי הפרמיה השנתית המפורטת בטיטוט דף פרטי הביטוח הנ"ל, באמצעות הסתדרות הרוקחים.

* חתימה וחותמת	ח.פ. / ע.מ.	שם בית המרקחת	תאריך

**חלק ב'**

(רק לבתי מרקחת המבקשים לבצע בנוסף לביטוח האמור, ביטוחים לקוסמטיקאית / הומאופט)

אני הח"מ בעל בית מרקחת \_\_\_\_\_ בעיר/ישוב \_\_\_\_\_

מבקש לכלול אותי בנוסף לביטוח לאחריות מקצועית, חבות מוצר וצד ג' המתבצע על ידכם גם בביטוח קוסמטיקאית / הומאופט .

יש לסמן ב X-בריבוע המתאים את התוספת לביטוח המבוקש ולהשלים את מס' עובדים/עובדות.

_____	מס' עובדות	לוקוסמטיקאית	כיסוי	<input type="checkbox"/>
_____	מס' עובדים/ות	הומאופט	כיסוי	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_ חתימה וחותמת בית מרקחת

\_\_\_\_\_ תאריך

**חלק ג'** (חלק זה יש למלא רק אם אינך מעוניין/נת להצטרף לביטוח המוצע על ידנו )

אני הח"מ בעל בית מרקחת \_\_\_\_\_ בעיר /ישוב \_\_\_\_\_ לא מעוניין להצטרף כלל לביטוח המוצע ואין לבצע עבורי את הביטוחים הנ"ל.

**ידוע לי כי הנהלת הסתדרות הרוקחים בישראל מחויבת להעביר הודעה זו לקופות החולים .**

\_\_\_\_\_ חתימה וחותמת בית מרקחת

\_\_\_\_\_ תאריך

**נא מלאו את הספח המצ"ב ושלחו אותו בפקס לסניף אליו אתם משתייכים  
לא יאוחר מיום 21.6.18**