

תאריך: _

הועבר באמצעות המייל

לכבוד:
ארז זמיר.
מספר סוכן: .

הנדון: שם המבוטח:

רצ"ב טופס לעדכון פרטי מוסד, אנא מלאו טופס זה ופקסו אלינו חזרה.

בכבוד רב,
ארז זמיר

טופס עדכון פרטי חברת אמבולנס

תאריך: _

מס האמבולנס: _____

פוליסה מס': _____

אם גם מוקד רפואי: _____ : כמות פיננסיים בממוצע לחודש לפי סוגים:

מס' ביקורי בית בממוצע בחודש	_____	חירום לבתי-חולים	_____
מס' ביקורים במרפאה בממוצע בחודש	_____	תאונות דרכים	_____
		העברה מבתי חולים	_____
		העברה מבתי אבות	_____
		העברת גופה	_____
		העברת יולדות	_____
		אחר (ציין סוג) העברות לא חירום -	_____

רשימת אמבולנסים: _____

סוג האמבולנס: רגיל, נת"נ	מס' רישוי	יצרן ומודל האמבולנס

צוות רפואי

שם הרופא	מומחיות רפואית	אחוז משרה / שעות שבועיות	האם מבוטח בביטוח אחריות מקצועית

צוות פארה-רפואי	מספר המועסקים	% משרה/שעות שבועיות
-----------------	---------------	---------------------

		אחיות מוסמכות
		פארה מדיקס
		נהג/חובש
		אחרים : אדמינסטרציה

1. נא לצרף ל מידע אחר המתייחס לשינוי שחל בסוג ו/או היקף הפעילות הרפואית שיש בו כדי להשפיע על הסיכון המבוטח.
2. כל מידע על תביעות או נסיבות העלולות להביא לתביעה בעתיד, במידה ואין נא לציין כאן אין _ אין ____ .

אני מצהיר בזה שכל תשובותיי כנ"ל נכונות, מלאות וכנות וכי לא העלמתי עובדות או פרטים מהותיים כלשהם המתייחסים להערכת הסיכון על ידי המבטחים .

תאריך : _____ חתימה : _____ .

שם החותם : _____

תפקיד : _____ בעלים _____

חותמת _____