

רוקחים למען הקהילה

יוני 2023
 מס' 1650

חוזר מס' 33/2023

חבריות הסתדרות הרוקחים בישראל,

הנדון: חידוש הביטוח לאחריות מקצועית לחבות המוצר ולצד ג' לבתי המרקחת לשנים 2023/2024

1. תוקפו של הביטוח לאחריות מקצועית, לחבות המוצר ולאחריות צד ג' לבתי המרקחת יפוג בסוף חודש יוני 2023.
2. ביטוח זה נבחן 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 1,714 ₪ תגבה בחמישה תשלומים החל מחודש יולי 2023:

שנת 2023	התשלום מיועד ל:	סכום
יולי 23	פוליסת בסיס	395 ש"ח
אוגוסט 23	פוליסת בסיס	395 ש"ח
ספטמבר 23	פוליסת בסיס	395 ש"ח
אוקטובר 23	פוליסת בסיס	395 ש"ח
נובמבר 23	השתתפות בפוליסת מטריה	134 ש"ח

5. **ביטוח עובדים אחרים בבית המרקחת** (קוסמטיקאיות, הומאופתים/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 רַק 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 372 ₪.
לכל הומאופט הפרמיה השנתית היא 911 ₪.

6. הרחבת צד ג' לסיכוני סייבר כרוכה בתשלום נוסף, אנו נפיץ בהמשך מידע לגבי כיסוי זה ככל שנוסיף אותו לתוכנית.

7. 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'.

8. לתשומת ליבכם, הוצאות הביטוח התייקרו ב-3.5%. יחד עם זאת העלות שלכם עדיין נמוכה יותר מהעלות שנגבתה בשנים 2014-2017.

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..

בברכה,

אמיר ניצן - מנכ"ל

הביטוח מתחדש לכולם באופן אוטומטי

רק מי שמעוניין להוסיף או לא להצטרף - יש למלא טופס זה
ולשלוח אותו לסניף אליו אתם משתייכים לא יאוחר מיום 25.6.23

סניף ת"א - מייל: keren@pharmacy.org.il פקס : 03-5605085
סניף חיפה - מייל: rina@pharmacy.org.il פקס : 04-8620297
סניף ירושלים - מייל: dorit@aboulafia.co.il פקס : 02-6515185

חלק ב' (רק לבתי מרקחת המבקשים לבצע **בנוסף** לביטוח האמור, ביטוחים לקוסמטיקאית /

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.

כיסוי לקוסמטיקאית מס' עובדות
כיסוי להומאופט מס' עובדים/ות

_____ חתימה וחותמת בית מרקחת

_____ תאריך

חלק ג' (בתי מרקחת המעסיקים רוקחים "Freelance" המעוניינים לבטח אותם
בביטוח מקצועי)

לתשומת הלב: ביטוח לרוקח Freelance לא מתחדש באופן אוטומטי

הנכם מתבקשים להעביר למייל keren@pharmacy.org.il :
שם בית מרקחת, שם הרוקח/ת, מס' רישיון ומס' תעודת זהות .
המחיר לביטוח הינו 1,580 ₪

חלק ד' (חלק זה יש למלא רק אם אינך מעוניין 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