

18, Yad Haruzim Netany
P.O.B 6137 Netanya 181
Phone 972-9-8922533
Fax 972-9-8858093



רח' יד חרוצים 18 נתניה
ת.ד 6137 נתניה 42161
טלפון 8922533-09
פקס 8858093-09

הצעה לביטוח אחריות מקצועית

מס' פוליסה: _____
דולר מס' פוליסה קודם: _____

פרטי הסוכן: מס' סוכן: _____ שם הסוכן: _____ שם הסוכנות: _____

פרטי המציע: שם משפחה / חברה: _____ שם פרטי: _____ מס' ת.ז.: _____

כתובת: _____

רחוב מס' שכונה/עיר מיקוד טלפון (+ קידומת)

מקום העסק: כתובת: _____

רחוב מס' שכונה/עיר מיקוד טלפון (+ קידומת)

תקופת הביטוח: מיום: _____ / _____ / _____ עד יום: _____ / _____ / _____ בחצות

אופן התשלום: גביה רגילה כרטיס אשראי שירות שקים

מקצועו או מהות עסקיו של המציע: _____

כיסוי רטרואקטיבי? לא כן - החל מתאריך: _____

הריני מצהיר/ה בזאת כי אין לי ולא ידוע לי על כל מקרה או אירוע היכול להוות עילה להגשת תביעה.

תאריך: _____ חתימה: _____

פרטי העסק: פרטי ושמות התאגדויות המקצועיות אשר בהן הנך חבר: _____

וותק שלך במקצוע משנת: _____ שנת היווסדות העסק: _____

מס' הרשיון המקצועי: _____

סכום המחזור השנתי ברוטו: _____ ₪ / דולר (מחק את המיותר)

שם השותף	ההסמכה המקצועית	שנת ההסמכה	הוותק בשותפות

האם פיטרת עובד, או חשבת לפטרו, בשל טעות מקצועית? לא כן, פרט: _____



18, Yad Haruzim Netany
P.O.B 6137 Netanya 181
Phone 972-9-8922533
Fax 972-9-8858093

שירביט SHIRBIT
חברה לביטוח בע"מ Insurance Company LTD.

רח' יד חרוצים 18 נתניה
ת.ד 6137 נתניה 42161
טלפון 8922533-09
פקס 8858093-09

האם מצויים בידך נתונים כלשהם החשובים לצורך הערכת הסיכון בגין ביטוח זה? לא כן,

פרט: _____

מה מס' המועסקים בעסק הנדון?

שותפים ומנהלים: _____ סגל מקצועי: _____ שאר העובדים: _____ סה"כ: _____
האם הנך מקיים פעילות מקצועית / עסקית בחו"ל? לא כן, פרט: שם המדינה, מהות העיסוק,
שיעור העיסוק: _____

עבר ביטוחי:

האם היית מבוטח בעבר, או הנך מבוטח כעת, בגין אחריות מקצועית? לא כן, פרט:

שם החברה המבטחת: _____ מהות הביטוח: _____

תקופת הביטוח: _____ מס' פוליסה: _____

האם נידחת אי פעם הצעתך, או מי משותפיד, לביטוח אחריות מקצועית? לא כן, פרט: _____

האם הותנו תנאים מיוחדים להצעה כזו בעבר? לא כן, פרט: _____

האם סירבה חברת ביטוח לחדש ביטוח כזה, או ביטלה אותו? לא כן, פרט: _____

האם ביטלה חברת ביטוח כלשהי לך, או למי משותפיד, פוליסה? לא כן, פרט: _____

האם נדרשה ממך תוספת פרמיה בגין ביטוח כזה? לא כן, פרט: _____

האם הוגשו ב-5 השנים האחרונות תביעות נגדך או נגד שותפיד או מנהליך בגין ביטוח אחריות מקצועית?
 לא כן, פרט: השנה, מהות התביעה, סכום התביעה וסכום הפיצוי ששולם: _____

היקף הכיסוי: **הרחבות:** האם להרחיב הביטוח לכלול את הכיסויים הבאים:

אי יושר של עובדים? לא כן אובדן מסמכים? לא כן הוצאת דיבה? לא כן

גבולות האחריות המבוקשים: **לאחריות מקצועית**

למקרה: _____

סה"כ לתקופת הביטוח: _____

מהנדסים ואדריכלים:
האם עבודתך כוללת בטון דרוך? לא כן, פרט האחוז מכלל המחזור: _____

האם עבודתך כוללת עבודות ים, נמלים, סכרים, גשרים, מנהרות, עבודות תת-קרקעיות, מכרות או סיכוני מים אחרים? לא כן, פרט: _____

האם ידועות לך עבודות כלשהן העלולות להביא לנזקים או לתביעות? לא כן, פרט: _____

האם עבודתך כוללת סיכונים גדולים מהרגיל? לא כן, פרט: _____

האם עבודתך כוללת עבודות פיקוח צמוד? לא כן

האם עבודתך כוללת עבודות של ביסוס קרקע? לא כן

האם עבודתך כוללת עבודות של מדידות? לא כן

עורכי דין ורואי חשבון:
מהם תחומי התמחותך וניסיוןך בהם: _____

האם הנך עוסק בהוצאת תשקיפים? לא כן

האם עבודתך כוללת גם ייצוג לקוחות בחו"ל? לא כן

האם הנך פועל גם כנוטריון / כנאמן? לא כן, פרט: _____

יעוץ בנושאי נדל"ן? לא כן חוקי עבודה? לא כן חוקי שותפויות? לא כן

נושאים מסחריים? לא כן פטנטים? לא כן

מספרות וקוסמטיקאיות:
ציין מספר מרבי של מקבלי טיפול בעת ובעונה אחת: גברים: _____ נשים: _____

טיפול בפיאות? לא כן מניקור / פדיקור? לא כן אפילציה? לא כן

איפור קבוע? לא כן פילינג עמוק? לא כן

הצהרת וכוונת המבוטח:
אני הח"מ _____, מצהיר / ה בזה שהתשובות הינן נכונות, מלאות

ושלא העלמתי כל עניין מהותי הנוגע לביטוח זה. הנני מסכים/ה להודיע מיד לחברה על כל שינוי שיחול בכל עניין מהותי, לרבות שינוי שיחול במקצועי או במשלח ידי, במצב בריאותי, או על דבר סידור ביטוחים נוספים. כמו כן, הנני מסכים/ה שהצעה זו והצהרתי, בין שנכתבו על ידי ובין שלא על ידי, תשמשה יסוד

18, Yad Haruzim Netany
P.O.B 6137 Netanya 181
Phone 972-9-8922533
Fax 972-9-8858093



רח' יד חרוצים 18 נתניה
ת.ד 6137 נתניה 42161
טלפון 8922533-09
פקס 8858093-09

לחווה שביני ובין שירביט חברה לביטוח בע"מ. אני מסכים/ה לקבל את הפוליסה הנהוגה בחברתכם ומתחייב/ת לשלם את הפרמיה המגיעה בגינה. אני מתחייב/ת לקרוא את הפוליסה אשר תונפק בהתאם להצעתי ובמידה ויתברר לי שהפוליסה אינה תואמת את הצעתי, אחזיר את הפוליסה לתיקון תוך 30 יום מיום קבלתה, ואם לא אעשה כן, פירושו של דבר שהפוליסה עונה על דרישותי. ידוע לי כי עלי למסור את הודעתי לחברה לפי כתובתה, כמצוין ע"ג הפוליסה.

חתימת המבוטח

תאריך

חתימת הסוכן