

מס' פוליסה  \_\_\_\_\_

### הצעה לביטוח אחריות מקצועית

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: \_\_\_\_\_

ותק שלך במקצוע משנת: \_\_\_\_\_ שנת היווסדות העסק: \_\_\_\_\_

מס' הרישיון המקצועי: \_\_\_\_\_

סכום המחזור השנתי ברוטו: ש"ח \_\_\_\_\_

שם השותף	ההסמכה המקצועית	שנת הסמכה	הוותק בשותפות

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

מה מס' המועסקים בעסק הנדון?

שותפים ומנהלים: \_\_\_\_\_ סגל מקצועי: \_\_\_\_\_ שאר העובדים: \_\_\_\_\_ סה"כ: \_\_\_\_\_  
האם מצויים בידך נתונים כלשהם החשובים לצורך הערכת הסיכון בגין ביטוח זה?  לא  כן,  
פרט: \_\_\_\_\_

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 נדחתה אי פעם הצעה שלך, או של מי משותפיק, 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 משותפיק, 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 שותפיק 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: \_\_\_\_\_

**נהנדסים**  
**אדריכלים:**

תאר את סוג הפעילות של העסק: \_\_\_\_\_  
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 תביעות?  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

**נורכי דין**  
**רואי 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

**נספרות**  
**נוסמטיקאות**  
**1**

ציין מספר מרבי של מקבלי טיפול בעת ובעונה אחת: גברים: \_\_\_\_\_ נשים: \_\_\_\_\_  
טיפול בפאות?  לא  כן מניקור / פדיקור?  לא  כן אפילציה?  לא  כן  
איפור קבוע?  לא  כן פילינג עמוק?  לא  כן

**הצהרת וחתימת המציע:**

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, תשמנה יסוד לחוזה שביני ובין הראל חברה לביטוח בע"מ וחלק בלתי נפרד ממנו וכי תשובותי תחשבנה כעובדות מהותיות לשיקול דעת של המבטח כמשמעו בחוק. 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 דרישותיי. ידוע לי כי עלי למסור את הודעתי לחברה לפי כתובתה, כמצוין ע"ג הפוליסה.

הנני מאשר כי המידע הכלול בטופס זה וכל מידע שיימסר בעתיד על ידי למבטח, נמסר בהסכמתי וכי לא חלה עלי חובה חוקית למוסר את המידע. ידוע לי שהמידע יישמר במאגר המידע של המבטח ו/או אצל גורם אחר מטעמו וישמש לצורך ניהול, תפעול וטיפול בכל ענייני הביטוח לרבות עיבודה המידע, צרכים אקטואריים ועסקיים ו/או שירותים נלווים אחרים ובכפוף לכל דין.

חתימת המציע / המבוטח X

תאריך

**אופן הגבייה**

- דמי הביטוח ישולמו בתשלום אחד בתוך [ ] ימים מיום תחילת הביטוח (ללא תוספת דמי הסדר תשלומים) או באמצעות תשלומים צמודים מתאריך \_\_\_\_\_
- באמצעות גבייה רגילה או בהתאם לאפשרויות הבאות למשלמים באמצעות כרטיס אשראי
1. מספר התשלומים בפועל ייקבע על פי בחירתך, או בהתאם למספר התשלומים שניתן לגבות בפועל ועד חודשיים לפני תום תקופת הביטוח, לפי הנמוך מהשניים.
  2. התשלומים יהיו חודשיים, שווים ורצופים ובפוליסה שקלית - צמודים למדד המחירים לצרכן ביום תחילת הביטוח.
  3. עד 5 תשלומים בתשלום המתבצע באמצעות כרטיס אשראי - לא יגבו דמי אשראי ובתנאי שהתקבל תשלום רציף שתחילתו במסגרת 60 ימי ביטוח ראשונים.
  4. מ-5 תשלומים ועד 8 תשלומים - יגבו דמי אשראי בשיעור של 4.5% מהפרמיה לתשלום.
  5. הפרמיה בגין תוספות שיבוצעו בפוליסה במהלך גבייתה יתווספו ליתרה לגביה ויגבו בהתאם לתנאי הגביה המוגדרים בפוליסה

אני הח"מ מתחייב בזה לפרוע את כל תשלומי הביטוח כסדרם.

חתימת המציע / המבוטח X

תאריך

**סעיף שאינו חובה לבחירת המבוטח - שיווק ופרסום**

זרינו להודיעך כי קיימת אפשרות שתקבל מאת המבטח הצעות שיווקיות ודברי פרסומות על מוצרי ו/או שירותי המבטח באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS) אני מסכימה/ה כי תשלחו לי דברי פרסומת. אינני מסכימה/ה כי תשלחו לי דברי פרסומת. תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה X \_\_\_\_\_

18, Yad Haruzim Netanya  
P.O.B 6137 Netanya 42161  
Phone 972-76-8622202  
Fax 972-76-8622209



רח' יד חרוצים 18 נתניה  
ת.ד. 6137 נתניה 4250518  
טלפון 076-8622202  
פקס 076-8622209

**הסכמה לשימוש בדוא"ל**

אני מסכים / לא מסכים  כי בכל מקום בו מכוח החוק ו/או הפוליסות שיש לי בחברתכם, נדרש המבטח, או מי מטעמו, להעביר למבוטח מידע ו/או מסמך בכתב וכל הודעות על חידוש, תהיה למבטח או למי מטעמו אפשרות להעביר אלי את המידע ו/או המסמך באמצעות דואר אלקטרוני לכתובת האחרונה שנמסרה לכם, בנוסף או במקום בכתב. ידוע לי כי יתכן וישלח אלי חומר הנוגע לענייני הפרטיים כמוגדר בחוק הגנת הפרטיות, ולפיכך אפשרות פתיחת הדואר האלקטרוני תהיה על ידי בלבד וזאת באמצעות סיסמה אישית שלי.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה X \_\_\_\_\_

חתימת המבוטח

תאריך

חתימת הסוכן