



שם הסוכן	מספר סוכן
מרכב	מספר פוליסה

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד  
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

## הצעה לביטוח אחריות מקצועית

טופס מספר 807

א. פרטי המועמד לביטוח					
שם המבוטח	תאריך הקמה	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	יישוב	מיקוד
מספר טלפון	מספר פקס	דואר אלקטרוני	כתובת למשלוח דואר		
עיסוקו של המבוטח לתכלית ביטוח זה	מס' זהות / ח"פ	בעלות	חברות בנות / שלובות (אשר להן מתבקש כיסוי ביטוחי)		
תקופת ביטוח מבוקשת	מיום	עד יום בחצות	פרטית <input type="checkbox"/> שותפות <input type="checkbox"/> חברה בע"מ <input type="checkbox"/>	גבול אחריות לתקופה	גבול אחריות למקרה
תאריך רטרואקטיבי	השתתפות עצמית	מחזור שנתי			

ב. מצבת עובדים					
מס' השותפים:		מס' עובדים מקצועיים:		מס' עובדים לא מקצועיים:	
פרטים אישיים אודות השותפים:					
מספר זהות	שם מלא	גיל	שנת הסמכה	מוסד מסמך	מספר רישיון

ג. תיאור מלא של פעילות המבוטח ואחוז המחזור הנובע מכל פעילות	
תיאור הפעילות	%

ד. פעילות בחו"ל	
האם מתבקש כיסוי בגין פעילות בחו"ל? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אם כן נא לענות על השאלות כדלקמן:	
<b>פעילות בחו"ל למעט ארה"ב וקנדה:</b>	
1. האם הפעילות בחו"ל מתבצעת באמצעות חברות בנות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	
2. האם מקום מושבה הקבוע של חברת הבת ו/או הבנות מחוץ לישראל? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אם כן, פרט _____	
אם לא, האם מחזור ההכנסות מפעילות חברת הבת בחו"ל גדול מ 10% - ממחזור הכנסות החברה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אם כן, פרט _____	
<b>פעילות בחו"ל בארה"ב וקנדה:</b>	
1. האם הפעילות בחו"ל מתבצעת באמצעות חברות בנות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	
2. האם מקום מושבה הקבוע של חברת הבת ו/או הבנות בארה"ב ו/או בקנדה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אם כן, פרט _____	
אם לא, האם מחזור ההכנסות מפעילות חברת הבת בארה"ב ו/או בקנדה גדול מ 10% - ממחזור הכנסות החברה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אם כן, פרט _____	

מק"ט: 410120058

## ה. כללי

1. האם קיימת שיטת מעקב/פיקוח במשרדך על מנת להבטיח כי דוחות או שומות מכל סוג שהוא החייבים להיות מוגשים לרשויות המוסמכות במועדים הקבועים בחוק ו/או בתקנות אכן יוגשו במועד? \_\_\_\_\_
2. האם כל מתמחה במשרדך כפוף ישירות לאחד משותפייך ו/או מי מעובדיך הבכירים במשרדך? \_\_\_\_\_
3. האם שם משרדך שונה ו/או האם המשרד רכש או התמזג עם משרד אחר ב- 5 השנים האחרונות?  לא  כן  אם כן, נא ציין פרטים מלאים \_\_\_\_\_
4. האם אתה מעסיק קבלני משנה?  לא  כן  אם כן, נא ציין פרטים מלאים \_\_\_\_\_

## ו. ניסיון ביטוחי קודם

- | כיסוי קודם  | שם החברה המבטחת | גבול אחריות למקרה | גבול אחריות לתקופה | תאריך רטרואקטיבי |
|---|-----------------|-------------------|--------------------|------------------|
| 1. האם מבטח כלשהו סרב, לא חידש או דרש תנאים מיוחדים בגין סוג ביטוח זה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אם כן, פרט _____  |                 |                   |                    |                  |
| 2. האם הוגשה אי פעם תביעה כלשהי נגדך ו/או נגד מי משותפייך הנוכחים ו/או שותפייך שהיו ו/או מי ממנהליך ו/או מעובדיך ו/או שלוחיך בגין אחריות מקצועית? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אם כן, נא ציין פרטים מלאים _____         |                 |                   |                    |                  |
| 3. האם ידוע לך, או למי משותפייך, או מנהליך על מידע בקשר לנסיבות כלשהן, ביום חתימת טופס זה, אשר עלולות להביא לידי תביעה בקשר לביטוח אחריות מקצועית המתבקש? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אם כן, נא ציין פרטים מלאים _____ |                 |                   |                    |                  |
| 4. האם ננקטו צעדים משמעותיים על ידי רשות כלשהי כנגד אחד העובדים או השותפים בעבר ובהווה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אם כן, פרט _____   |                 |                   |                    |                  |
- לתשומת ליבך: הפוליסה מחריגה במפורש תביעות מהעבר ו/או אירועים ו/או נסיבות ידועות כלשהן.

## ז. הרחבות נדרשות לכיסוי הביטוחי

1. תאריך רטרואקטיבי נדרש: \_\_\_\_\_ האם יש רצף ביטוחי?  לא  כן  אם כן, פרט על פי הטבלה מטה:
- | תקופת ביטוח | גבול אחריות | שם החברה המבטחת | תאריך רטרואקטיבי |
|-------------|-------------|-----------------|------------------|
|             |             |                 |                  |
|             |             |                 |                  |
|             |             |                 |                  |
|             |             |                 |                  |
|             |             |                 |                  |
2. אי יושר עובדים  לא  כן  4. הוצאת דיבה  לא  כן
3. שחזור מסמכים  לא  כן  5. שותפים יוצאים  לא  כן
- גבול אחריות נדרש: \_\_\_\_\_

## ח. הצהרות המועמד לביטוח

1. הצהרה בדבר המידע שנמסר בהצעה
- אני מצהיר בזה כי כל תשובתי הנ"ל מלאות ונכונות, וכי לא העלמתי עובדות או פרטים מהותיים כלשהם המתייחסים להערכת הסיכון ע"י המבטח. מוסכם בזאת כי הצעה זאת תהווה בסיס לחוזה הביטוח ביני ובין מגדל חברה לביטוח בע"מ ("המבטח"). ידוע לי כי השאלות המופיעות בטופס הצעה זה תחשבה כעניין מהותי על פי הוראות סעיף 6 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א 1981.
- תאריך: \_\_\_\_\_ שם החותם: \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת: \_\_\_\_\_
2. הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות
- אני מאשר שהמידע שמסרתי במסמך זה וכל מידע נוסף שאמסור, נמסר מרצוני ובהסכמתי, ישמר במאגרי המידע של מגדל חברה לביטוח בע"מ וכן בגופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסיים בע"מ ו/או מי מטעמן, וישמש לכל עניין הקשור לניהול, תפעול ושירות שוטף של פוליסות/תכניות/מוצרים על שמי, פילוח ועיבוד סטטיסטי, דיורר ישיר, יצירת קשר, שירותים נוספים וקיום חובות שבדין. אני מסכים כי המידע שמסרתי ימסר לסוכן הביטוח/בעל רישיון לצרכי שירות לגורמים נוספים כמתחייב בד"ן (לרבות במקרה של שינוי במבנה תאגיד).
- תאריך: \_\_\_\_\_ שם החותם: \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת: \_\_\_\_\_
3. הסכמה לפניות שיווקיות (רשות)
- אני מעוניין כי המידע ישמש את מגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או חברות מקבוצת מגדל ו/או גורם מטעמן, לרבות סוכן הביטוח שלי, לצורך שיווק ודיורר ישיר אודות כסויים ביטוחיים ומוצרים ו/או שירותים פניוניים, פיננסיים ואחרים ולפנייה בהצעה לרכישתם, זאת בין היתר באמצעות פקסימיליה, הודעה אלקטרונית (דוא"ל), הודעת מסר קצר (SMS), מערכת חיוב אוטומטי או כל אמצעי תקשורת אחר. ידוע לי שבכל עת אוכל לחזור בי מהסכמה זו ולבקש הסרה מרשימת התפוצה השיווקית באמצעות סוכן הביטוח או באתר מגדל או פנייה למוקד קשרי הלקוחות של החברה. טלפון 03-9201010, דואר אלקטרוני: [mokedbi@migdal.co.il](mailto:mokedbi@migdal.co.il)
- תאריך: \_\_\_\_\_ שם המועמד לביטוח: \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת: \_\_\_\_\_