



# הצעה לביטוח אחריות מקצועית לסוכני ביטוח החברים בלשכת סוכני הביטוח בישראל

פוליסת CLAIMS MADE - על בסיס הגשת התביעה בתקופת הביטוח

הגשת טופס הצעה זה למבטח אינה מהווה אישור קיום ביטוח ו/או הסכמת המבטח לביצוע הביטוח.

לתשומת לב ממלא הטופס:

אנא הקפד על מילוי פרטים מדויק. אי דיוק בפרטים עלול להיחשב כאי עמידה בחובת הגילוי על פי חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981 ולהקטין את גמולי הביטוח, בכפוף להוראות החוק.

כל הפרטים והתנאים בהצעה זו כפופים לפרטים ולתנאים האמורים בפוליסה לביטוח אחריות מקצועית לסוכני ביטוח החברים בלשכת סוכני הביטוח בישראל (מהדורת 2021), אלא אם צוין במפורש אחרת.

הבהרה: אם המציע הינו שותפות/ חברה רשומה, הצעה זו מתייחסת לכל שותף בנפרד וגם לכולם יחד. אי לכך על התשובות והחתימות על הצעת ביטוח זו להתייחס הן באופן אישי לגבי כל שותף והן לגבי השותפות/ החברה.

שם המבוטח		תאריך לידה		מס' זהות / ח.פ.	
כתובת	רח'	מס'	ישוב	מיקוד	
טל'	פקס	כתובת מייל			
סניף	רח'	מס'	ישוב	מיקוד	
טל'	פקס	כתובת מייל			
סניף	רח'	מס'	ישוב	מיקוד	
טל'	פקס	כתובת מייל			

## א. סמן ב-X את האופציה שנבחרה על ידך מתוך הטבלה להלן:

גבול אחריות למקרה	גבול אחריות לתקופה	פרמיה	לאחר שנה ללא תביעה	לאחר 2 שנים ללא תביעה	לאחר 3 שנים ללא תביעה	לאחר 4 שנים ללא תביעה	לאחר 5 שנים ללא תביעה	השתתפות עצמית
1,140,000	2,280,000	4,565	4,223	3,906	3,613	3,342	3,240	6,435
2,280,000	4,560,000	5,215	4,825	4,462	4,128	3,818	3,704	7,982
3,500,000	7,000,000	7,432	6,875	6,359	5,882	5,441	5,277	12,620
4,600,000	9,200,000	9,422	8,715	8,061	7,456	6,897	6,690	15,713
5,700,000	11,400,000	10,896	10,079	9,324	8,624	7,977	7,738	18,806
6,850,000	13,700,000	12,395	11,466	10,606	9,810	9,075	8,803	21,900

אם הנך מעוניין בגבולות אחריות גבוהים יותר, נא ציין גבול האחריות המבוקש: \_\_\_\_\_

לתשומת ליבך:

האם זו שנת פעילותך הראשונה כסוכן ביטוח  כן  לא (באם ענית כן, הנך זכאי ל-40% הנחה)

הכיסוי הוא לסוכן אחד בתוספת עד 3 עובדי משרד

עבור כל שותף תחול תוספת פרמיה

עבור כל עובד נוסף מעל 3 עובדים תחול תוספת פרמיה

תקופת ביטוח מבוקשת מיום \_\_\_\_\_ עד יום \_\_\_\_\_

צרך העתק רישיון סוכן וסוכנות בתוקף.

לתשומת לב המבוטח:

תנאי מוקדם לכיסוי הוא, שבמועד קרות מקרה הביטוח, נשא המבוטח ברישיון סוכן ביטוח תקף והעיסוק נעשה בהתאם להוראות רישיון זה ובענפים שצוינו ברישיון זה בלבד.

## ב. סוכנות חיתום

מחזור העמלות בשנה החולפת ש"ח. \_\_\_\_\_

גבול אחריות למקרה	גבול אחריות לתקופה	פרמיה מינימלית	תעריף להתאמה	השתתפות עצמית
1,140,000	2,280,000	22,071	0.782%	12,371
2,280,000	4,560,000	26,377	0.9064%	26,288
3,500,000	7,000,000	30,143	1.110%	30,927
4,600,000	9,200,000	33,935	1.0500%	37,113
5,700,000	11,400,000	37,326	1.3000%	46,391
6,850,000	13,700,000	41,582	1.47%	61,855



מספר השותפים: \_\_\_\_\_ מספר עובדי משרד אחרים: \_\_\_\_\_  
 פרוט שמות השותפים במשרד עליהם חל הכיסוי הביטוחי הנ"ל: (ללא סוכני משנה. הכיסוי אינו כולל סוכני משנה)

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	שותף/ שכיר	מורשה/מתמחה	חבר לשכה
					<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
					<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
					<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
					<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
					<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן

כיסוי ביטוחי למתמחה מותנה בקיום סוכן מאמן. נא לציין שם המאמן: \_\_\_\_\_  
 האם המציע היה מבוסס בעבר בגין חברות המקצועית?  לא  כן, (פרט מבטחים) \_\_\_\_\_  
 האם הצעה לביטוח כנ"ל נדחתה ב-7 השנים האחרונות?  לא  כן, פרט: \_\_\_\_\_  
 האם ביטוח כנ"ל בוטל ב-7 השנים האחרונות?  לא  כן, פרט: \_\_\_\_\_  
 האם ביטוח כנ"ל הותנה בתנאים מיוחדים?  לא  כן, פרט: \_\_\_\_\_  
 האם נתבע או חויב ו/ או ידוע למציע על עילת תביעה נגדו, נגד עובדיו או נגד כל אדם לגביו מתבקש ביטוח זה ב-7 השנים האחרונות?  
 לא  כן, פרט: \_\_\_\_\_  
 האם הואשם או הורשע המציע או אחד מהאנשים לגביהם מתבקש ביטוח זה ב-7 השנים האחרונות: בפלילים בגין מעשה מרמה? במעילה? בעבירה שיש עימה קלון?  לא  כן, פרט: \_\_\_\_\_  
 פרט/י הרכב פרמיות בתיק הביטוח שלך: ביטוח פרט % \_\_\_\_\_ ביטוחים אלמנטריים אחרים % \_\_\_\_\_ ביטוחי חיים ובריאות % \_\_\_\_\_.

**ביטוח תאונות אישיות**

<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	האם ברשותך פוליסת ביטוח דומה לפוליסה המתחדשת הנערכת באמצעות איילון חברה לביטוח?
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	במידה וכן, האם ברצונך לבטל פוליסה זאת?
<b>אתשומת ליבך' כי במידה והנך מבקש לבטל פוליסה זאת יש לשלוח הודעת ביטול באמצעות טופס ביטול פוליסה כמקובל.</b>	
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	במידה ואינך רוצה לבטל את הפוליסה הדומה האם הוסבר לך, טרם חתימתך על טופס זה, כי פוליסה זאת הינה פוליסה נוספת המבטחת מקרה ביטוח דומה לפוליסה הקיימת שבידך וכי ייגבו ממך דמי ביטוח נפרדים עבור כל אחת מהפוליסות.

**הצהרת המבוטח**

א. אני, הח"מ מצהיר ומאשר בזה, בשם כל סוכני הביטוח במשרד, כי התשובות לשאלות דלעיל הינן נכונות ושלמות וכי לא העלמתי/נו כל מידע ביחס לביטוח זה שעשוי להשפיע באופן כלשהו על החלטת המבטח לבצע את הביטוח הנדרש או לבצעו בתנאים מיוחדים. **ידוע לי/לנו כי אם נעשה כן בכונת מרמה, דין תשובותינו יהיה כדין תשובה שאינה מלאה וכנה לפי חוק חוזה הביטוח, תשמ"א -1984.**  
 ב. אני/ו מאשר/ים שנודיע למבטח על כל שינוי בפרט מהותי המפורט בטופס זה אשר ביחס אליו ניתנו תשובותינו.  
 ג. ידוע לי/לנו כי הצעתנו זו והמידע הכלול בה, בין שנכתבה על ידינו ובין אם לאו, מהווה יסוד לחוזה ביטוח לבין המבטח, והנני/ו מסכים/ים לקבל את הפוליסה שתימסר לי ע"י איילון ביטוח על כל סעיפיה והנני/ו מתחייב/ים לשלם את פרמיית הביטוח בגינה כנדרש.  
 ד. **ידוע לי/לנו כי הביטוח ייכנס לתוקפו רק לאחר אישור של המבטח.**  
 ה. ידוע לי/לנו כי הפוליסה מבוססת על כיסוי לפי תאריך "הגשת התביעה" CLAIMS MADE הכולל כיסוי רטרואקטיבי **רק ממועד קבלת רישיון סוכן ביטוח ובענפים המצוינים בו בלבד ואינה מכסה כל מקרה אשר ידוע לי העלול להיות עילה לתביעה.**  
 ו. הנני/ו מצהיר/ים בזאת כי לא ידוע לי/לנו על כל מקרה העלול להיות עילה לתביעה בגין ביטוח זה.  
 ז. ידוע לי/לנו כי הכיסוי הביטוחי חל רק על פעילות/נו בתיווך ביטוח בין מבטח למבטח ישראלי מורשה בלבד **ואינו חל על פעילות תיווך למתן כיסוי ביטוחי באמצעות מועדוני חברים ו/או ארגונים אחרים, שאינם בגדר מבטח רשום בישראל.**  
 ח. כ"כ הנני/ו מאשר/ים בזאת כי ידועים לי/לנו כי תנאי הביטוח, כולל דמי הביטוח, הינם בתוקף **כל עוד הנני חבר לשכת סוכני הביטוח בישראל.**  
 ט. אנו מצהירים כי המידע הכלול במסמך זה ניתן מרצוננו ובהסכמתנו. ידוע לנו שמטרת מסירת המידע הינה להפקת פוליסת ביטוח, וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה, והקשורים בה.

תאריך	שם החותם והמוסמך	חתימה
-------	------------------	-------

**הודעה והסכמה למסירת מידע אישי בכפוף לתיקון מספר 40 לחוק התקשורת (בזק ושירותים), התשס"ח - 2008 - סעיף שאינו חובה, לבחירת המבוטח**

1. הנני מאשר כי מהידע והנתונים וכל עדכון שלהם שמסרתי וששמסור, לרבות באמצעות אתר האינטרנט של המבטח, נמסר בהסכמתי וברצוני המלא וכי הנני מסכים, שמידע ונתונים אלה ישמשו את המבטח, ו/או תאגידים מקבוצת איילון (להלן: "איילון") בכפוף לכל דין, כמאגר מידע לדיוור ישיר וליצירת קשר להצעה לרכישה ו/או שיווק של תוכניות, כיסויים ביטוחיים ו/או מוצרים או שירותים פיננסיים ו/או אחרים מטעם איילון לצורך עיבודים סטטיסטיים, פילוח ומיקוד שיווקי ולמטרות שיפור השירות והטיפול בתביעות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע למטרות אלה לצדדים שלישיים הפועלים בשמה או מטעמה של איילון בעניינים אלה.  
 2. אני מסכים כי מידע, כאמור, ישוגר אלי אף באמצעות דיוור, לרבות דיוור ישיר או שירותי דיוור ישיר או בדרך אחרת, פקסימיליה, מערכת חיוג אוטומאטי, הודעה אלקטרונית, הודעת מסר קצר (SMS), כל אמצעי תקשורת אחר, שיתוף קבצים וכל דרך אחרת.  
 3. אם לא אהיה מעוניין במידע או בפנייה, ידוע לי כי הנני רשאי בכל עת להודיע למבטח בכתב או בהודעה לכתובת המייל: mail@ayalon-ins.co.il כי הנני מעוניין לחזור בי מהסכמתי זו כי הנני מעוניין לחזור בי מהסכמתי זו ולהסירני מרשימת התפוצה.

תאריך ושעה	חתימת המועמד לביטוח
------------	---------------------

**הודעה והסכמה לפי סעיף 11 לחוק הגנת הפרטיות (דיוור ישיר) - סעיף שאינו חובה, לבחירת המבוטח**

1. הנני מסכים כי הפרטים והנתונים אודותי ישמשו את המבטח ו/או תאגידים מקבוצת איילון (להלן: "איילון") לצורך יצירת קשר להצעה לרכישה ו/או שיווק של תוכניות, כיסויים ביטוחיים ו/או מוצרים או שירותים פיננסיים ו/או אחרים מטעם איילון ולצורך עיבודים סטטיסטיים, פילוח ומיקוד שיווקי ולמטרות שיפור השירות והטיפול בתביעות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע למטרות אלה לצדדים שלישיים הפועלים בשמה או מטעמה של איילון בעניינים אלה.  
 2. הנני מסכים כי תכנים שיווקיים מהגורמים האמורים יועברו אלי בדרך של דיוור, לרבות דיוור ישיר או שירותי דיוור ישיר או בדרך אחרת, לרבות באמצעות פקסימיליה, מערכת חיוג אוטומאטי, הודעה אלקטרונית, הודעת מסר קצר (SMS), כל אמצעי תקשורת אחר, שיתוף קבצים וכל דרך אחרת.  
 3. ידוע לי כי בכל עת אני רשאי לבקש מהמבטח בכתב או בהודעה לכתובת המייל: mail@ayalon-ins.co.il כי הנני מעוניין לחזור בי מהסכמתי זו ולהסירני מרשימת התפוצה.

תאריך ושעה	חתימת המועמד לביטוח
------------	---------------------

**מבוטח/ת נכבד/ה!**

- ◆ בתחילתו של כל חודש (או בתאריך אחר עליו יודיע לך המבטח אשר בו חל תשלום בהתאם לתנאי הפוליסה, תמשוך איילון חברה לביטוח בע"מ (להלן: המבטח) את סכום הפרמיה הנקובה בפוליסה ובתוספותיהן. חיוב הסכום הנ"ל בחשבוך יהווה אישור על תשלום הפרמיה, ללא צורך בהודעה נוספת.
- ◆ האפשרות לשלם פרמיות בהסדר זה כפופה בכל מקרה להסכמת המבטח והסכמת הבנק לפעול על פי הסדר זה.
- ◆ ההשתתפות בהסדר זה דומה להצגת שיקים **והיא ניתנת לביטול אם משיכה כלשהי לא תכונד בעת הצגתה.**
- ◆ כמו כן שמורה לבעל החשבון האפשרות לבטל את השתתפותו בהסדר בהודעה מראש בכתב לבנק ולמבטח.
- ◆ הואיל וסכום החיוב החודשי עשוי להשתנות על פי תנאי הפוליסה, תוספותיהן ותנאי הצמדתן, ייקבע סכום החיוב ע"י המבטח מידי חודש. המבטח מתחייב בזאת לא למשוך כספים מעבר לסכומים המגיעים לו עפ"י תנאי הפוליסות ותוספותיהן עבורן מבקש בעל החשבון להפעיל הסדר זה.

שם המבוטח		מס' זהות
כתובת		טל'
פוליסות מס. _____ ( _____ ) _____ \$/ _____ ₪	תקופת ביטוח מ _____ עד _____	
פוליסות מס. _____ ( _____ ) _____ \$/ _____ ₪	תקופת ביטוח מ _____ עד _____	
פוליסות מס. _____ ( _____ ) _____ \$/ _____ ₪	תקופת ביטוח מ _____ עד _____	
פוליסות מס. _____ ( _____ ) _____ \$/ _____ ₪	תקופת ביטוח מ _____ עד _____	

**מבוטח נכבד,**

המבטח שמח להודיעך על האפשרות לתשלום פרמיות ביטוח אלמנטרי באמצעות כרטיס האשראי. כדי ליהנות מאפשרות זאת, מלא פרטי כרטיס האשראי:

כרטיס מס'	תוקף הכרטיס
-----------	-------------

אני מאשר קבלת שירותי הביטוח הנ"ל.

הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק וישא מספר אחר כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר.

הרשאה זו תהיה בתוקף גם לתשלום עבור תוספת פרמיות בגין הפוליסות לעיל.

הרשאה זו תהיה בתוקף גם לתשלום עבור חידוש הפרמיות בגין הפוליסות לעיל.

"הבנק" לצורך מסמך זה - הבנק אצלו מתנהל החשבון כמפורט בתנאי ההצטרפות.

ידוע לי שהגביה באמצעות כרטיס האשראי תתבצע רק לאחר קבלת אישור מחברת כרטיסי האשראי. **אם לא יתקבל אישור כזה, אשלם את הפרמיות באמצעים אחרים.**

**סוג הכרטיס:**  ויזה  דינרס  ישראל  אמריקן אקספרס

**סוג העסקה:**  רגילה  קרדיט/גמיש

**מספר תשלומים:** \_\_\_\_\_

במסלול "עסקה רגילה" מספר התשלומים המרבי, **לא יעלה על 10 תשלומים** (התשלומים יהיו צמודים למדד או לדולר בהתאם לתנאים הרשומים בפוליסה).

במסלול "קרדיט/גמיש" ניתן לשלם בכפוף לתנאי העסקה (כמפורט בגב טופס זה).

יש להחזיר את הטופס למבטח באמצעות סוכן הביטוח שלך.

תאריך	חתימת מחזיק הכרטיס
-------	--------------------