



**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 תגמולי הביטוח, בכפוף להוראות החוק.

**כל הפרטים והתנאים בהצעה זו כפופים לפרטים ולתנאים האמורים בפוליסה לביטוח אחריות מקצועית לסוכני ביטוח, 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 המציע/המבוטח		תאריך לידה	מס' זהות / ח.פ.
כתובת	רחוב	מס'	ישוב
טל'	פקס	כתובת מייל	מיקוד
כתובת	רחוב	מס'	ישוב
טל'	פקס	כתובת מייל	מיקוד
כתובת	רחוב	מס'	ישוב
טל'	פקס	כתובת מייל	מיקוד

האם יש לך הרשאה מחברת ביטוח להפיק פוליסות ולחייב את חברת הביטוח בגינן בענפי החבויות והעסקים?  לא  כן  
**באם ענית כן, אנא דלג על חלק א' ועבור לחלק ב' להלן:**

**חלק א**

ציין האופציה שנבחרה על ידך מתוך הטבלה להלן: \_\_\_\_\_  
אם הנך מעוניין בגבולות אחריות גבוהים יותר, נא ציין גבול אחריות מבוקש ש"ח \_\_\_\_\_

גבול אחריות	השתתפות עצמית	גבול אחריות	השתתפות עצמית
1,140,000	9,279	4,600,000	30,928
2,280,000	18,556	5,700,000	37,113
3,500,000	24,742	6,850,000	44,536

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

**יש לצרף 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.

**חלק ב - סוכנות חיתום:**

מחזור העמלות בשנה החולפת \_\_\_\_\_ דולר.  
מחזור הפרמיות השנתי שלך בביטוח כללי \_\_\_\_\_ דולר; בביטוח חיים \_\_\_\_\_ דולר.  
ציין האופציה שנבחרה על ידך מתוך הטבלה להלן: \_\_\_\_\_  
אם הנך מעוניין בגבול אחריות גבוה יותר נא ציין גבול אחריות מבוקש: \_\_\_\_\_ דולר.

גבול אחריות	השתתפות עצמית	גבול אחריות	השתתפות עצמית
1,140,000	12,371	4,600,000	37,113
2,280,000	26,288	5,700,000	46,391
3,500,000	30,927	6,850,000	61,855

**נא להחזיר לפקס: 072-246-9277**



## חלק ג - הרחבות מבוקשות וכללי:

הרחבה לכיסוי אי יושר עובדים.

הרחבת לכיסוי רשלנות בשל אובדן מסמכים (מוגבל ל-25% מגבול האחריות הכללי).

מספר השותפים: \_\_\_\_\_ מספר שותפים בעלי רישיון: \_\_\_\_\_

מספר עובדי משרד אחרים: \_\_\_\_\_ (ללא סוכני משנה. הכיסוי אינו כולל סוכני משנה)

פרוט שמות השותפים במשרד עליהם חל הכיסוי הביטוחי הנ"ל:

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	שותף/שכיר	מורשה/מתמחה

**כיסוי ביטוחי למתמחה מותנה בקיום סוכן מאמן. נא לציין שם המאמן:** \_\_\_\_\_

האם המציע היה מבטוח בעבר בגין חבותו המקצועית?  לא  כן (פרט מבטחים, תקופות): \_\_\_\_\_

אם 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 ב-7 השנים האחרונות הואשם או הורשע המציע או אחד מהאנשים לגביהם מתבקש ביטוח זה: בפלילים בגין מעשה מרמה? במעלה? בעבירה שיש

עימה קלון?  לא  כן פרט: \_\_\_\_\_

פרט/י הרכב פרמיות בתיק הביטוח שלך:

ביטוח פרט % \_\_\_\_\_ ביטוחים אלמנטריים אחרים % \_\_\_\_\_ ביטוחי חיים ובריאות % \_\_\_\_\_.

## הצהרת המציע

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 בכוונת מרמה, דין תשובותינו יהיה כדין תשובה שאינה מלאה וכנה לפי חוק חוזה הביטוח, תשמ"א-1981.**

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 בינינו לבין המבטח, והנני/ו מתחייב/ים לשלם את פרמיית הביטוח בגין פוליסת הביטוח שתמסר לי 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 להוות עילה לתביעה.**

ו. הנני/ו מצהיר/ים בזאת כי לא ידוע לי/לנו על כל מקרה העלול להוות עילה לתביעה בגין ביטוח זה.

ז. ידוע לי/לנו כי הכיסוי הביטוחי חל רק על פעילות/נו בתיווך ביטוח בין מבטוח למבטח ישראלי מורשה בלבד **ואינו חל על פעילות תיווך למתן כיסוי ביטוחי באמצעות מועדוני חברים ו/או ארגונים אחרים, שאינם בגדר מבטח רשום בישראל.**

תאריך	שם החותם והמוסמך	חתימה

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

1. הנני מסכים כי הפרטים והנתונים אודותיי ישמשו את המבטח ו/או תאגידיים מקבוצת איילון (להלן: "איילון") לצורך יצירת קשר להצעה לרכישה ו/או שיווק של תוכניות, כסויים ביטוחיים ו/או מוצרים או שירותים פיננסיים ו/או אחרים מטעם איילון ולצורך עיבודים סטטיסטיים, פילוח ומיקוד שיווקי ולמטרות שיפור השירות והטיפול בתביעות, וזאת 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 האינטרנט: mail@ayalon-ins.co.il כי הנני מעוניין לחזור בי מהסכמתי זו ולהסירני מרשימת התפוצה.

תאריך	שעה	חתימת המועמד לביטוח
-------	-----	---------------------

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

1. הנני מאשר כי מהידע והנתונים וכל עדכון שלהם שמסרתי ושאמסור, לרבות באמצעות אתר האינטרנט של המבטח, נמסר בהסכמתי וברצוני המלא וכי הנני מסכים, שמידע ונתונים אלה ישמשו את המבטח, ו/או תאגידיים מקבוצת איילון (להלן: "איילון") בכפוף לכל דין, כמאגר מידע לדיוור ישיר וליצירת קשר להצעה לרכישה ו/או שיווק של תוכניות, כסויים ביטוחיים ו/או מוצרים או שירותים פיננסיים ו/או אחרים מטעם איילון לצורך עיבודים סטטיסטיים, פילוח ומיקוד שיווקי ולמטרות שיפור השירות והטיפול בתביעות, וזאת 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, כאמור, 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 ולהסירני מרשימת התפוצה.

תאריך	שעה	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 תכובד 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 תבצע רק לאחר קבלת אישור מחברת כרטיסי האשראי. **אם לא יתקבל אישור כזה, אשלם את הפרמיות באמצעים אחרים.**

**באמצעים אחרים.**

**סוג הכרטיס:**  ויזה  דיינרס  ישרכארט  אמריקן אכספרס

**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
-------	--------------------

אני \_\_\_\_\_ מאשר בזה כי קיבלתי מהמבוטח הנ"ל הצעות ביטוח חתומות על ידו כחוק וכי בדקתי את כל הפרטים של

המבוטח המצוינים בטופס זה ומצאתים נכונים.

**אם העסקה מתבצעת בטלפון ללא נוכחות הלקוח, רשום במקום המיועד לחתימת מחזיק הכרטיס "הוראה טלפונית".**

תאריך	חתימה וחתימת הסוכן
-------	--------------------