



הצעה לביטוח אחריות מקצועית לסוכני ביטוח החברים בלשכת סוכני ביטוח 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 חמלא 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 החברים בלשכת סוכני הביטוח בישראל (מהדורת 2018), 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		ת.ד./מס. ח"פ	
כתובת ראשית	רח':	מס':	ישוב:
טל':	פקס:	e-mail:	
סניף	רח':	מס':	ישוב:
טל':	פקס:	e-mail:	
סניף	רח':	מס':	ישוב:
טל':	פקס:	e-mail:	

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

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

אם הינך מעוניין בגבולות אחריות גבוהים יותר נא ציין גבול האחריות המבוקש: _____

לתשומת לבך:

האם זו שנת פעילותך הראשונה כסוכן ביטוח כן לא (באם ענית כן הינך 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 _____

צרף/י העתק רישיון סוכן וסוכנות בתוקף.

לתשומת לב הדמבוטח:

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.

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



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' ת.ז.	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 מבוטח בעבר בגין חבותו 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 לגבי 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 סרמה? במעילה? בעבירה שיש עימה קלון? לא כן, פרט: _____
פרט/ הרכב פרמיות בתיק הביטוח שלך: ביטוח פרט % _____ ביטוחים אלמנטריים אחרים % _____ ביטוחי חיים ובריאות % _____

ביטוח תאונות אישיות

האם ברשותך פוליסת ביטוח דומה לפוליסה המתחדשת הנערכת באמצעות איילון חברה לביטוח?
 לא כן

במידה וכן, האם ברצונך לבטל פוליסה זאת?
 לא כן

תשומת ליבך כי במידה והינך מבקש לבטל פוליסה זאת יש לשלוח הודעת ביטול באמצעות טופס ביטול פוליסה כמקובל.

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.
 לא כן

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 בכוונת סרמה, 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, והנינו/ו מסכים/ים לקבל את הפוליסה שתיסר לי ע"י "איילון" על כל סעיפיה והנינו/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 מסכה 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/ינו 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 והמוסך	חתימה
-------	-----------------	-------

הודעה והסכמה למסירת מידע אישי בכפוף לתיווך מספר 40 לחוק התקשורת (בזק ושירותים), 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 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, כאמור, ידוע לי כי הנני רשאי בכל עת להודיע למבטח בכתב או בהודעה לכתובת האינטרנט: mail@ayalon-ins.co.il כי הנני מעוניין לחזור בי מהסכמתי ins.co.il כי הנני מעוניין לחזור בי מהסכמתי זו ולהסירי 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 אודותיי 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 האינטרנט: mail@ayalon-ins.co.il כי הנני מעוניין לחזור בי מהסכמתי זו ולהסירי מרשימת התפוצה.

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

מבוטח/ת נכבד/ה!

- ◆ בתחילתו של כל חודש (או בתאריך אחר עליו יודיע לך המבוטח אשר בו חל תשלום בהתאם לתנאי הפוליסה, תמשוך איילון חברה לביטוח בע"מ (להלן: המבוטח) את סכום הפרמיה הנקובה בפוליסה ובתוספותיהן. חיוב הסכום הנ"ל בחשבונוך יהווה אישור על תשלום הפרמיה, ללא צורך בהודעה נוספת.
- ◆ האפשרות לשלם פרמיות בהסדר זה כפופה בכל מקרה להסכמת המבוטח 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 ולמבוטח.
- ◆ הואיל וסכום החיוב החודשי עשוי להשתנות על פי תנאי הפוליסה, תוספותיהן ותנאי הצמדתן, ייקבע סכום החיוב ע"י המבוטח מידי חודש. המבוטח מתחייב בזאת לא למשוך כספים מעבר לסכומים המגיעים לו עפ"י תנאי הפוליסות ותוספותיהן עבורן מבקש בעל החשבון להפעיל הסדר זה.

שם המבוטח	ת.ד.
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,

המבוטח 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.

סוג הכרטיס: ויזה דיינרס ישרכארט 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 למבוטח באמצעות סוכן הביטוח שלך.

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