

## בקשה לעריכת פוליסה לביטוח אחריות מקצועית פוליסת CLAIMS MADE - על בסיס הגשת התביעה בתקופת הביטוח

פוליסה חדשה  חידוש פוליסה קיימת מספר

חותמת חברה	מספר הסוכן
	שם הסוכן
	סניף/מחוז
	מספר הפוליסה

### לתשומת לב ממלא הטופס/המבוטח!

אנא הקפד על מילוי מדויק של הפרטים. אי-דיוק בפרטים עשוי להיחשב כאי-עמידה בחובת הגילוי על-פי חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981 (להלן "החוק") ולהקטין את תגמולי הביטוח, בכפוף להוראות החוק.

אנא ענה על הטופס במלואו וסמן במקומות המתאימים V בעיגול ליד התשובה המתאימה לך.

### א. פרטי המציע ותקופת הביטוח

שם המציע	מספר זהות/תאגיד/לקוח	תקופת הביטוח	מתאריך	עד תאריך (בחצות)
כתובת המציע	המיקוד			
פרטי האחראי לתיאום	שם מלא	מספר טלפון נייד	מספר פקס	

### ב. כללי - עסקו של המבוטח ותיאור הפעילות

תיאור מפורט של פעילות עסקו של המועמד לביטוח:	תאריך יסוד העסק
האם המועמד לביטוח מתכנן שינויים בפעילויות העסק בשנה הקרובה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט: _____	
האם המועמד לביטוח עובד על-פי חוזה אחיד עם כל לקוחותיו? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, אם התשובה חיובית ← היש בחוזה זה הגבלה על אחריות המועמד לביטוח? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, אם התשובה שלילית ← יש לתאר את התנאים הרלוונטיים לאחריות המועמד לביטוח, להם הוא כפוף, כתנאי לקבלתו לעבודה זו. פרט: _____	

### פרטים על דירקטורים, שותפים או מנהלים

שם הדירקטור/שותף/מנהל	ניסיון עיסוקי קודם
1.	
2.	
3.	
4.	

### פרטים על העובדים שהם מומחים/בעלי הכשרה מקצועית

שם העובד המומחה/בעל הכשרה המקצועית	כישורים	וותק מקצועי (שנים)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

מספר העובדים שאינם מומחים או בעלי הכשרה מקצועית (פקידים/מזכירים/וכו') \_\_\_\_\_

**ב. כללי - עסקו של המבוטח ותיאור הפעילות - המשך**

**פרטים על הגוף המקצועי או ההתאחדות המקצועית בהם חבר המועמד לביטוח**

שם הגוף המקצועי/התאחדות	תיאור	וותק (שנים)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

האם אי-פעם הושעה או סולק המועמד לביטוח מחברות בהתאחדות או בגוף זה? (אנא רשום מאיזה גוף על-פי מספרו ברשימה שלעיל)  
 לא    כן, פרט: \_\_\_\_\_

**פרטים על כל חברה, בה המועמד לביטוח שותף או מאוגד**

שם החברה	סוג שיתוף הפעולה	וותק (שנים)
1.		
2.		
3.		
4.		

**פרטים על הכנסה/שכר/עמלות ברוטו**

סוג המטבע	השנה הפיננסית הקודמת			השנה הפיננסית הנוכחית			הערכה לשנה הפיננסית הבאה		
	הכנסה	שכר	עמלות ברוטו	הכנסה	שכר	עמלות ברוטו	הכנסה	שכר	עמלות ברוטו
ישראל									
אירופה									
ארה"ב/קנדה									
שאר העולם									
סה"כ									
השכר הגבוה ביותר מלקוח									
שכר ממוצע מלקוח									

האם המועמד לביטוח מקבל עליו שיפוט זר, מעבר לדיני ישראל?  
 לא    כן, פרט: \_\_\_\_\_

**תביעות קודמות**

לאחר בדיקת הנושא, האם הוגשה בעבר תביעה בגין אחריות מקצועית נגד המועמד לביטוח או נגד כל אחד מהדירקטורים, השותפים, המנהלים או המועסקים בעסקו של המועמד לביטוח?  לא    כן, אם כן, יש להמציא במלואם את הפרטים לגבי כל תביעה: ↓

שם החברה	תקופת הביטוח	פרטים על התביעות

לאחר בדיקת הנושא, האם הדירקטורים, השותפים, המנהלים או המועסקים בעסקו של המועמד לביטוח מודעים לאירועים או לנסיבות, שכתוצאה מהם עלולה להיות מוגשת תביעה בגין אחריות מקצועית נגד המועמד לביטוח או מי מהדירקטורים, השותפים, המנהלים או המועסקים?  
 לא    כן, אם כן, יש להמציא פרטים מלאים: ↓

**ב. כללי - עסקו של המבוטח ותיאור הפעילות - המשך**

<b>פרטים נוספים</b>	האם ננקטו צעדים משמעותיים על-ידי רשות כלשהי נגד המועמד לביטוח ו/או נגד מי ממנהליו ו/או מי משותפיו ו/או מי מעובדיו? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט: _____			
	האם המועמד לביטוח מעורב בסכסוך, בתביעה, בהליכי בוררות או בגישור בנוגע למחלוקות על שכר טרחה או שירותים מקצועיים או נושאים אחרים? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט: _____			
	האם היית מבוטח בעבר במסגרת פוליסה לביטוח אחריות מקצועית? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, רשום את שם החברה המבטחת: _____			
	האם דחו בעבר/בטלו/סרבו לחדש ביטוח אחריות מקצועית ו/או נדרשו תנאים מיוחדים לחידושו? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט: _____			
<b>הסדרי ביטוח נוכחיים</b>	שם המבטח	גבול האחריות	השתתפות עצמית	דמי-ביטוח
	תאריך רטרואקטיבי	תנאים מיוחדים	ש"ח	ש"ח
<b>הכיסוי הביטוחי</b>	<b>גבולות האחריות המבוקשים בש"ח</b>		בגין מקרה ביטוח אחד:	בגין כלל מקרי הביטוח בתקופת הביטוח:
	תאריך רטרואקטיבי		ש"ח	השתתפות עצמית:
הרחבות מבוקשות (בתוספת דמי-ביטוח): (אם מעוניין יש לסמן V בעיגול המתאים)				
<input type="radio"/> סוכנים ונציגים מורשים <input type="radio"/> חריגה מסמכות <input type="radio"/> אבדן מסמכים <input type="radio"/> הוצאת דיבה				
<input type="radio"/> מרמה ואי-ישר <input type="radio"/> הפרת חובת סודיות <input type="radio"/> תקופת גילוי <input type="radio"/> הליכים פלייליים				

נא צרף תעודת הסמכה. שים לב, אם לא תצורף התעודה לא תופק הפוליסה.

האם חל שינוי בפעילות המצריך רכישת כיסוי **RUN-OFF**  לא  כן, אם כן נא לפנות לחברה להמשך טיפול.

**ג. הצהרת המועמד לביטוח**

1. אני מצהיר בזה שכל תשובותי מלאות ונכונות לכל פרטיותן, ושלא העלמתי עובדות או פרטים מהותיים כלשהם המתייחסים להערכת הסיכון על ידי ביטוח חקלאי אגודה שיתופית מרכזית בע"מ (להלן "החברה"). מוסכם בזאת כי הצעה זאת תהווה בסיס לחוזה הביטוח ביני ובין החברה. ידוע לי כי השאלות המופיעות בטופס הצעה זה תחשבה כעניין מהותי על פי הוראות סעיף 6 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א 1981.

2. אני מאשר שמסרתי לחברה, לרבות באמצעות מי מטעמה (לרבות סוכן הביטוח), את המידע ואודותי ואודות צדדים שלישיים (להלן "המידע") מראוני החופשי. אני מאשר שאני מורשה למסור את המידע וכי המידע שברשות החברה ו/או מי מטעמה, הכולל גם מידע שיתקבל במהלך הטיפול בפוליסה, ישמר על-ידי החברה וחברות הבנות שלה (קבוצת ביטוח חקלאי) ו/או מי מטעמן, למטרות המפורטות במדיניות הפרטיות של החברה, לרבות לצורך מתן ושיווק של שירותים ו/או מוצרים שלהן, על-ידן ו/או על-ידי מי מטעמן, הפקת פוליסות ביטוח, טיפול בתביעות ובבקשות שונות, שימור קשר עם לקוחות, אחסון וטיפול של המידע. הובהר לי שחברות הקבוצה מסתייעות בצדדים שלישיים בחלק מהשירותים והמוצרים אותם הן נותנות, ואני מאשר שהמידע ימסר לצדדים שלישיים אלה, לצורך כך. הובהר לי שפירוט מלא אודות האיסוף, השימוש, השמירה וההעברה של המידע נמצא במדיניות הפרטיות של החברה, הזמינה ב [www.bth.co.il](http://www.bth.co.il), ואני מסכים לה.

**שמות החותמים ותפקידם:**

תאריך \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת \_\_\_\_\_

**לידיעתך!**

- הרשות בידי המבטח, "ביטוח חקלאי" אגודה שיתופית מרכזית בע"מ, להחליט על קבלת הבקשה או דחייתה או קבלתה בתנאים מגבילים.
- למען הסר ספק מובהר בזאת, שהחתימה על טופס בקשה זה, בין אם אמור בערכית ביטוח חדש ובין אם בחידוש ביטוח קיים, אינה מחייבת את המבטח, "ביטוח חקלאי" אגודה שיתופית מרכזית בע"מ, לקבלת הביטוח בחלקו או במלואו, ורק אישורו בכתב יהווה אישור לכיסוי ביטוחי.
- מוסכם בזאת, שאם תוצא פוליסה ישמשו טופס בקשה זה ביחד עם כל מידע שצורף אליו, בסיס לחוזה הביטוח, ויראו אותם כאילו צורפו לפוליסה והם מהווים חלק ממנה.

**ד. קבלת מידע באמצעים טכנולוגיים**

**אנא סמן את האפשרות הנכונה:**

אני מסכים  אני לא מסכים

לקבל מהחברה באמצעות כלים טכנולוגיים, כולל באמצעות דואר אלקטרוני, SMS, פקס, חשבון אישי מקוון ועוד, את הפוליסה וכל מידע ו/או הודעה ו/או מסמך נוספים (כולל ביחס לפוליסות אחרות שברשותי), וכולל כאלה שהועברו אליי עד כה בדואר רגיל, לפי שיקול דעתה של החברה ובכפוף להוראות הדין. ידוע לי שבכל עת אוכל להסיר את פרטיי מרשימת התפוצה לקבלת מידע בערוצי התקשורת האלקטרוניים, באמצעות פנייה למוקד שירות הלקוחות של החברה או לסוכן הביטוח או באתר החברה.

תאריך \_\_\_\_\_ שם המציע \_\_\_\_\_ חתימת המציע \_\_\_\_\_

**ה. הסכמה**

אני מסכים ש"ביטוח חקלאי אגודה שיתופית מרכזית בע"מ (להלן "החברה") ו/או מי מטעמה לרבות חברות הבנות שלה ישלחו אליי מפעם לפעם, הצעות שיווקיות דיורר ישיר ודברי פרסומת, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS) שיחות טלפון וכדומה. הובהר לי שאיני חייב לתת את הסכמתי לקבלת הצעות כאמור, ושככל שאתן את הסכמתי, אוכל לחזור בי בכל עת באמצעות אתר החברה ו/או פנייה לחברה בדואר-ל: [service@bth.co.il](mailto:service@bth.co.il) או בפקס 03-5612379.

**\*החתימה על סעיף זה אינה מהווה תנאי להתקשרות עם החברה.**

תאריך \_\_\_\_\_ שם המציע \_\_\_\_\_ חתימת המציע \_\_\_\_\_