

**בסיס הגשת התביעה**

מס' סוכן: \_\_\_\_\_  
 שם סוכן: \_\_\_\_\_  
 טלפון: \_\_\_\_\_  
 מחוז/סניף: \_\_\_\_\_  
 מס' פוליסה: \_\_\_\_\_

**הצעה לביטוח - אחריות המוצר מהדורה 1.2023**

מציע נכבד, הנוך מתבקש להעביר לחברת הביטוח את ההצעה במקור והעתק. חובה עליך לענות על כל השאלות בפרטים מלאים בהתאם לענין. לשאלות כן / לא ודומיהן, סמן X במשבצת המתאימה.

אלא אם צוין במפורש אחרת והוסכם ע"י המבטח כל הפרטים והתנאים בהצעה זו כפופים לפרטים ולתנאים האמורים בפוליסה אחריות המוצר (מהדורת "הכשרה ביט 2021").

**שים לב! סכומי הביטוח ודמי הביטוח צמודים למדד.**

א. פרטי המציע ותקופת ביטוח מבוקשת			
שם המציע / המועמד לביטוח:	מציע נוסף:	מס' ת. זהות	
כתובת המציע	כתובת:	רחוב	מס' בית
כתובת הרכוש המוצע לביטוח	כתובת:	רחוב	מס' בית
תקופת הביטוח המבוקשת	מיום	עד יום	בחצות
עסקו של המציע: _____ שנת יסוד העסק: _____ / _____ / _____			

ב. פרטי המוצרים	
1. תאור המוצרים שאתה משווק	
מחזור מכירות שנתי	בישראל
בחו"ל היכן?	
כיצרך:	
בסיטונאי:	
כקמעונאי:	
כיבואן:	
2. האם המוצרים ארוזים במיכלים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	
אם כן תאר אותם וציין אם המיכלים מיוצרים על ידך: _____	
א. מי מבצע את עבודת האריזה? _____	
ב. מי מבצע את הכנת מיכלי האריזה? _____	
ג. מי מתכנן את האריזה? _____	
3. האם אתה:	
א. מצרף הוראות שימוש למוצרים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט וצרף דוגמאות: _____	
ב. ציין מקרים בהם אינך אחראי למוצרים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____	
ג. נותן אחריות עבור המוצרים הנ"ל? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, צרף דוגמאות מסמכי האחריות. _____	
4. האם ברשותך מערכת בקרת איכות לבדיקת טיב המוצרים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____	
5. האם אתה מייבא חומרי גלם, רכיבים או מוצרים מוגמרים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן פרט וציין ארצות ייבוא _____	
6. האם לפי מיטב ידיעתך - נמוצים מיועדים לשימוש? <input type="checkbox"/> בכלי טייס <input type="checkbox"/> כלי שיט <input type="checkbox"/> בכורים גרעיניים	
א. בכלי טייס, פרט: _____	
ב. בכלי שיט, פרט: _____	
א. בכורים גרעיניים, פרט: _____	
7. האם אתה משווק מוצרים שהיצרן שלהם בארץ או היבואן אינו ניתן לזיהוי על פניהם? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן פרט: _____	
9. ציין מי מתכנן את המוצרים שהינך מייצר, משווק, מייבא: _____	8. האם מוצריך מאושרים ע"י מכון התקנים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
11. ציין משך נסיוןך בייצור, שיווק, ייבוא המוצרים המיועדים לביטוח _____	10. ציין מי קובע את הרכב המוצר (פורמולות)? _____

**אחריות החברה אינה מתחילה אלא לאחר אישור הצעה זו על ידי החברה**

**ג. ניסיון ביטוחי**

1. האם היה המציע מבוטח בעבר, בביטוח אחריות המוצר?  לא  כן, אם כן מלא הפריטים הבאים:  
 מהות הביטוח (הפוליסה) \_\_\_\_\_ תקופת הביטוח \_\_\_\_\_ שם החברה המבוטחת \_\_\_\_\_

2. האם הגושו בעבר, תביעות או תלונות בקשר למוצרים אשר יוצרו, שווקו או יובאו על ידי המציע?  לא  כן, אם כן ציין:  
 השנה \_\_\_\_\_ מהות התביעה \_\_\_\_\_ סכום התביעה \_\_\_\_\_ סכום פיצוי ששולם \_\_\_\_\_

3. א. האם נדחתה אי פעם הצעתך לביטוח אחריות המוצר?  לא  כן  
 ב. הותנו תנאים מיוחדים להצעה כזו בעבר?  לא  כן

ג. האם חברת הביטוח ביטלה לך בעבר את הפוליסה?  לא  כן  
 ד. נדרשה ממך תוספת פרמיה בגין ביטוח כזה?  לא  כן

ה. הודיע לך חברת הביטוח על כוונתה לבטל את הביטוח, גם אם לא ביטלה אותו בפועל?  לא  כן, אם כן פרט: \_\_\_\_\_

**ד. ניסיון אחר**

1. האם ידוע לך על ביטוח נוסף המכסה אותך בפני סיכונים שהינך מבקש לכסות על-פי בפוליסה זו?  
 אם כן פרט: \_\_\_\_\_  לא  כן

2. האם ידוע לך על אירוע כלשהו בקשר עם המוצרים שיוצרו, שווקו או יובאו על ידך שעשויים להוות בעתיד עילה לתביעה נגדך?  
 אם כן פרט: \_\_\_\_\_  לא  כן

**ה. הכיסוי המבוקש**

1. גבול אחריות המבוקשים: לנזק: ש"ח \_\_\_\_\_, לתקופה \_\_\_\_\_ ש"ח

2. הביטוח המבוקש בעבור מוצרים שיוצרו, יובאו, טופלו, נמכרו, שווקו על ידי המציע בשטח מדינת ישראל לאחר תאריך: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

3. מה היה המחזור השנתי בשנה שעברה? ש"ח \_\_\_\_\_

4. מהו המחזור השנתי המשוער של העסק המוצע לביטוח? באם הינך מייצר, מייבא מוצרים שונים, נא לתת פירוט לפי קבוצת המוצרים

מחזור מכירות שנתי	המוצר

הערה: נא לתת פירוט נפרד לגבי תיקון טיפול והפרדה של המוצרים: \_\_\_\_\_

**ו. פרטים נוספים מטעם המציע**

האם נדרש תאריך רטרואקטיבי  לא  כן, אם כן, מאיזה תאריך? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

תקופת גילוי נוספת?  לא  כן הרחבת משווקים (VENDORS)  לא  כן עבודות שנמסרו  לא  כן

אחריות צולבת?  לא  כן הגנה בהליכים פליליים  לא  כן כיסוי מחוץ למדינת ישראל  לא  כן

אם כן פרט: \_\_\_\_\_

**ז. אופן תשלום**

מזומן  תשלומים  שירות שיקים  כרטיס אשראי

אחריות החברה אינה מתחילה אלא לאחר אישור הצעה זו על ידי החברה

**ח. הצהרות וחתימת המציע / מבוטח**

- א. אני הח"מ מאשר בזאת מצהיר בזה שהתשובות הינן נכונות וכנות ושלא העלמתי כל עניין מהותי הנוגע לביטוח זה, הנני מסכים/מה להודיע מיד לחברה על כל שינוי שיחול בכל עניין מהותי, כמו-כן הנני מסכים/ה שהצעה זו והצעת, תשמשה יסוד לחוזה הביטוח שביני ובין "הכשרה חברה לביטוח".
- ב. הודעה והסכמה לשימוש במידע  
 אני הח"מ מאשר בזאת:  
 (1) המידע והנתונים שמסרתי וכל עדכון שלהם ישמרו במאגרי מידע ממוכנים או אחרים בחברה ו/או במאגרי לקוחות של קבוצת הכשרה ביטוח.  
 (2) המידע והנתונים שמסרתי ישמשו את החברה בהתאם למדיניות הפרטיות של החברה, המפורסמת באתר האינטרנט של החברה, ובין היתר, לשם השימושים הבאים:  
 א. לבחינת ההצעה, הוצאת פוליסות, ניהול שוטף של תיק הביטוח ו/או מוצרים או שירותים אחרים שרכשתי בהכשרה ולמתן שירותים במסגרת הפוליסה, ולכל פעולות החברה.  
 ב. לצורך שיווק מוצרי ביטוח.  
 ג. למטרת עיבוד מידע, פילוח שיווקי, דיורר ישיר, ומיקוד פניות שיווקיות על בסיס אפיונים וצרכים התואמים את המידע והנתונים שמסרתי ו/או שנמסרו אודותי.  
 ד. לצורך פניה אלי למתן מידי ובהצעות לרכישת פוליסות ביטוח ומוצרים ו/או שירותים נוספים של הכשרה וקיום חובות על פי דין בקשר עם האמור לעיל.  
 (4) אני מסכים כי המידע ונתונים שמסרתי, כאמור, ישמשו לצורך יצירת קשר עימי, לרבות באמצעות דואר ישראל, תקשורת טלפונית, הודעת מסר קצר (SMS), מכשיר פקסימיליה, הודעה אלקטרונית, וכן בדרך ממוחשבת, או בכל אמצעי תקשורת אחר.  
 (5) החברה תהא רשאית להעביר את המידע והנתונים אודותיי גם לסוכן הביטוח המטפל בפוליסה מטעמה.  
 (6) הובא לידיעתי, כי אם לא אהיה מעוניין במידע או בפניות כאמור מצד החברה, אוכל להודיע על כך לחברה בכל עת.
- אנני מעוניין שתשלחו אלי פניות שיווקיות לגבי מוצרים ו/או שירותים של הכשרה.

שם מלא של החותם

חתימה המציע/המועמד לביטוח

תאריך

**ט. קבלת דבר פרסומת**

אני מסכים לקבל מהחברה ו/או מחברות אחרות בקבוצת הכשרה (להלן ביחד: "קבוצת הכשרה"), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הכשרה, באמצעות דואר, פקס, דוא"ל, מערכת חיוג אוטומטי, הודעת מסר קצר (SMS) ובכל דרך אחרת. כן אני מסכים לחברות בקבוצת הכשרה להביא לידיעתי מידע על מוצרים ושירותים, טיפול בתביעות ולרבות עיבוד המידע העברתי ואחסונו לרבות בענן מחוץ לישראל וכן שימושים אחרים הנלווים לשימושים האמורים ו/או נדרשים לשם השלמתם, וזאת אף באמצעות העברת המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמן ומטעמן של החברות בקבוצת הכשרה. ידוע לי כי במידה ואיני מסכים ו/או לא אסכים בעתיד, לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותי למסור הודעה על כך לחברה באמצעות הטפסים המתאימים המצויים באתר האינטרנט של החברה, שכתובתו: [www.hcsra.co.il](http://www.hcsra.co.il).

חתימת המבוטח ×

תאריך: