

הצעה לביטוח אחריות מקצועית - מהדורה 4780/01.2023

מציע נכבד, הנך 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.

שים לב! סכומי הביטוח ודמי הביטוח צמודים למדד.

א. פרטי המציע ותקופת ביטוח מבוקשת וזיקתו:		
שם המציע (משפחה ופרטי)	מס' תזהות / חברה	המקצוע (לתכלית ביטוח זה)
כתובת: רחוב	מס' בית	מס' טלפון/טלפון נייד
תקופת ביטוח מבוקשת: מ- _____ עד _____ (חצות)		דוא"ל

ב. גבול אחריות

1. לנפגע אחד בקשר לתביעה אחת או לתביעות אחדות הנובעות מאותה רשלנות, שגיאה או השמטה.
 2. לכל הפיצויים בעד כל תקופת הביטוח לכל התביעות לפי הפוליסה.

ג. סוגי הסיכונים המקצועיים המוצעים לביטוח

1. עורכי דין
 מספר העובדים המקצועיים: _____
 מספר העובדים האחרים: _____
 כולל הבעלים: _____
 האם המשרד מטפל בקבלת פיצויים ממשלת גרמניה לא כן
 הערה: הביטוח לא יכלול כיסוי לתביעות הקשורות בפיצויים מגרמניה לא כן
 פרטים: _____

2. רופאים לסוגיהם

כלליים פנימיים כירורגים גניקולוגים עיניים אף אוזן גרון רנטולוגים שיניים אחרים: _____ פרטים: _____

האם משתמשים במכונת רנטגן לא כן אבחנה בלבד לאיזה מטרת ריפוי? _____
 פרטים נוספים: _____

האם ניתן ריפוי במכשירים רפואיים מיוחדים לא כן אם כן באיזה? _____
 האם משתמשים במכונות / חומרים בעלי קרינה? לא כן אם כן איזה למטרת השימוש? _____
 מספר עובדים מקצועיים _____ מספר העובדים האחרים _____ פרטים: _____

3. סיכונים מקצועיים אחרים

ספרים/ספריות <input type="checkbox"/> רח"ו/יועץ מס	מהנדסים/אדריכלים
קוסמטיקאים/יות <input type="checkbox"/> סוכני ביטוח	אחר: _____

האם נדרש רישיון ממשלתי / תעודת הסמכה? לא כן
 ציון מספר רישיון ממשלתי / פרטים נוספים: _____

ד. פרטים נוספים מטעם המציע

האם נדרש תאריך רטרואקטיבי לא כן אם כן, מאיזה תאריך? _____ / _____ / _____
 כיסוי מחוץ למדינת ישראל? פרטים: _____

האם נדרשות הרחבות כיסוי:

תקופת גילוי נוספת?	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	אובדן מסמכים?	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>
הגנה בהליכים פליליים?	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	נציגים מורשים?	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>
		חריגה מסמכות?	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>

ה. ניסיון ביטוחי אחר או קודם לביטוח המוצע

האם היה המציע מבוטח פעם פכני סיכונים המבוקשים לעיל? לא כן
 האם אתה מבוטח כעת? לא כן, אם כן פרט: _____
 שם חברת הביטוח _____ מס' פוליסה _____ מ- _____ / _____ / _____ עד _____ / _____ / _____

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

ו. ניסיון ביטוחי אחר או קודם לביטוח המוצע (המשך)

האם סרבה חברת הביטוח לכטח או דרשה תנאים מיוחדים לביטוח או ביטלה פוליסת ביטוח? לא כן
 אם כן, פרט: _____

האם הוגשו כלפי המציע תביעות במשך שלוש השנים האחרונות? לא כן
 אם כן, פרט: _____

ז. אופן התשלום

מזומנים תשלומים שירות שיקים כרטיס אשראי

ח. הצהרות וחתימת המציע/מבוטח

בזה אני מבקש לסדר לי ביטוח על ידי חברת הכשרה חברה לביטוח בע"מ. בהתאם לפרטים המובאים לעיל הנני מצהיר בזה שהתשובות הנ"ל מלאות וכנות לכל פרטיתן והנני מסכים שהצעותי והצהרותי, תשמשנה יסוד לחוזה הביטוח ביני לבין החברה והן תחשבנה ככלולות בו, ואני מתחייב לקבל את פוליסת הביטוח על תנאיה ולשלם את הפרמיה במלואה.

הודעה והסכמה לשימוש במידע / הצהרת המציע - המועמד לביטוח

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, תשמשנה יסוד לחוזה הביטוח שביני ובין "הכשרה חברה לביטוח".
 ב. הודעה והסכמה לשימוש במידע
 אני הח"מ מאשר בזאת:

1. המידע שמסרתי במסגרת הצעה זו נמסר מרצוני ובהסכמתי, ומבלי שחלה עלי כל חובה חוקית למסור.
2. המידע והנתונים שמסרתי וכל עדכון שלהם (בין שנמסר על ידי או מטעמי ובין שהגיע לחברה באופן אחר) ישמרו במאגרי מידע ממוכנים או אחרים בחברה ו/או במאגרי לקוחות של קבוצת הכשרה ביטוח ו/או גורם מטעמם.
3. המידע והנתונים שמסרתי ישמשו את החברה ו/או גורם מטעמה 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, דיוור ישיר, ומיקוד פניות שיווקיות על בסיס אפיונים וצרכים התואמים את המידע והנתונים שמסרתי ו/או שנמסרו אודותי.
 - ד. לצורך פניה אלי למתן מידע 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. החברה תהא רשאית להעביר את המידע והנתונים אודותי גם לסוכן הביטוח המטפל בפוליסה מטעמה.

הואב לידיעתי, כי אם לא אהיה מעוניין במידע או בפניות כאמור מצד החברה, אוכל להודיע על כך לחברה בכל עת.
 אינני מעוניין שתשלחו אלי פניות שיווקיות לגבי מוצרים ו/או שירותים של הכשרה.

שם מלא של החותם

חתימה המציע/המועמד לביטוח

תאריך

י. 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.

תאריך: _____ חתימת המבוטח * _____