

הצעה לביטוח אחריות מעבידים - מהדורה 01.2023 תכנית 4707

זס' סוכן: _____

שם סוכן: _____

דוא"ל: _____

טלפון: _____

מס' פוליסה: _____

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!

פוליסה לביטוח חבות מעבידים תפצה אותך רק בעבור חבותך העודפת מעל זו החייבת להיות מכוסה על פי חוק הביטוח הלאומי 1954. אם הנך מעסיק עובדים שאתה פטור מלכסח אותם לפי חוק הביטוח הלאומי (כתושבי השטחים המועסקים בשטחים או עובדים שאינם תושבי קבע ישראליים), עליך לקבל כיסוי מיוחד כדי להבטיח את אחריותך לגביהם.

להצעה זו יש לצרף:

ראיה לגבי השכר ששילם לעובדים, לרבות העתק טופס 126 האחרון של סה"כ שכר העובדים שמסר המציע לפקיד השומה, דו"חות אחרים למס ההכנסה וביטוח לאומי, או דו"חות אחרים מאושרים ע"י רואה חשבון, לשנת השומה האחרונה שקמה להתחלת תקופת הביטוח לפי טופס הצעה זה.

א. פרטי המציע ותקופת ביטוח מבוקשת וזיקתו,			
שם המציע (חברה בע"מ, שותפות וכד')	מספר ת.ז.	חברה	מס' טלפון/נייד
כתובת העסק : רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד
דוא"ל			
העיסוק של המציע והמקום שעבורו נדרש ביטוח זה		תקופת הביטוח: מתאריך _____ עד תאריך (בחצות) _____	

רשימת העובדים - יש לכלול את כל העובדים הקבועים והארעים, המועסקים על ידי המציע
הערה: לקבלני בנין - ציין את ערך נחוזים או אומדנם או ערך העבודה קבלני משנה ראה שאלה 4 להלן.

לשימוש החברה בלבד!

מספר סודר	סוגי העבודה (יש לפרט)	מספר העובדים לפי סוג העבודה	מקום או מקומות העבודה	המשכורת, השכר, העמלה, ההשתכרות וההטבות האחרות לפי אומדן לתקופת הביטוח	מספר הענף והסעיף לפי התעריך	שיעור הפרמיה (תעריך) ב- %	דמי ביטוח בשקלים	הערות או תוספת מספר

ב. שאלות

1. האם הינך מבטח לפי החוק לביטוח לאומי את כל העובדים המוצעים בביטוח זה?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
2. האם קיימת ועדת בטיחות בעסק?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
3. א. האם המעבידים, המבואות, תחנות עבודה והמתקנים נמצאו תקינים ועונים על דרישות משרד העבודה? ב. האם חויבת כדין או הוטל עליך קנס עקב הפרת חוקי הבטיחות בעבודה?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
4. א. האם הנך מבקש כיסוי חבות כלפי קבלני משנה ועובדיהם? ב. האם הנך משלם עבורם ביטוח לאומי?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן ציין שכרם: _____ בשקלים
5. א. האם הנך מעסיק בישראל פועלים שהם תושבי השטחים?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>

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

ב. האם אתה יוצר את הקשר עם עובדים אלה באמצעות: לשכת העבודה: לא כן, שרות התעסוקה: לא כן, אחר (פרט): _____

6. האם עיסוקך בחלקם או בשלמותם עשויים להתנהל בשטחים המוחזקים? לא כן

לתשומת ליבך! הכיסוי לגבי עובדים בשטחים הוא לעובדים לתושבי מדינת ישראל בלבד.

תאור המועסק	סוגי העברה (יש לפרט)	מה מספרם	תיאור תפקידים
א. קטינים, חניכים, נערים	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		
ב. מתנדבים	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		
ג. עובדים זמניים/ חלקיים	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		
ד. נכים	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		

7. האם יועסקו עובדים שאינם תושבי קבע ישראלים (כגון מומחים זרים)? לא כן

8. ציין סוג מכונות המונעות ע"י כח, שהן בשימוש העסק (המופעלות ע"י חשמל, דלק או מקור כח אחר) _____

9. א. האם משתמשים או באים במגע, או ישתמשו בחומצות, בגזים, בכימיקלים או חומרי נפץ? לא כן
 אם כן, פרט: _____

ב. האם השימוש הינו לצרכי עבודה יומיומיים? לא כן

ג. ניסיון ביטוחי אחר או קודם לביטוח המוצע

שם חברת הביטוח	מספר פוליסה	תקופת ביטוח אחרונה	1. בביטוח אחריות מעבידים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
		מ- _____ עד _____	
2. האם חברת ביטוח דחתה או סירבה או ביטלה פוליסה או דרשה תנאים מיוחדים בביטוח אחריות מעבידים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן, פרט _____			

ד. פרטים על מקרי מוות, תאונות ומחלות

ציין התאונות והמחלות לעובדים

שנים	מקרי מוות			אי כושר עבודה זמני עקב תאונה או מחלה			אי כושר עבודה תמידי עקב תאונה או מחלה		
	מספר המקרים שהוגשו תביעות	מספר תביעות שכבר שולמו	הסכומים ששולמו (בשקלים)	מספר המקרים שהוגשו תביעות	מספר תביעות שכבר שולמו	הסכומים ששולמו (בשקלים)	מספר המקרים שהוגשו תביעות	מספר תביעות שכבר שולמו	הסכומים ששולמו (בשקלים)

ה. אופן התשלום

מזומנים תשלומים שירות שיקים כרטיס אשראי

ו. הודעות נוספות מטעם המבוטח

ז. 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 פרטיות והנני מסכים שהצעת והצהרתי, 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

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 והצעתי, 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 אודותיי 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

ח. 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.

חתימת המבוטח * _____

תאריך: _____