



שם הסוכן	מספר סוכן
מרחב	מספר פוליסה

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

טופס פניה לקבלת הצעה לביטוח סייבר

טופס מספר **920**

א. פרטי המועמד לביטוח										
מס' זהות / ח"פ	שם המבוטח			כתובת בית העסק (רחוב)		מס' בית	יישוב	מיקוד		
מספר טלפון	מספר טלפון נייד	מספר פקס	דואר אלקטרוני		כתובת למשלוח דואר					
עיסוקו של המבוטח לתכלית ביטוח זה		בעלות		חברות בנות / שלובות (אשר להן מתבקש כיסוי ביטוחי)			תאריך רטרואקטיבי			
		<input type="checkbox"/> פרטית <input type="checkbox"/> שותפות <input type="checkbox"/> חברה בע"מ								
כיסוי מבוקש			גבול אחריות למקרה ולתקופה							
<input type="checkbox"/> 250,000 ש"ח <input type="checkbox"/> 500,000 ש"ח <input type="checkbox"/> 1,000,000 ש"ח <input type="checkbox"/> 1,500,000 ש"ח <input type="checkbox"/> 2,000,000 ש"ח			<input type="checkbox"/> באמצעי דיגיטלי - מסרון <input type="checkbox"/> באמצעי דיגיטלי - דואר אלקטרוני <input type="checkbox"/> דואר ישראל							
תקופת ביטוח מבוקשת		מתאריך	עד תאריך	בחצות						

ב. פירוט מחזור ההכנסות של המבוטח	
מהו המחזור השנתי?	_____ \$ / ח"ש
האם חלק ממחזור ההכנסות של העסק נובע מפעילות בארה"ב וקנדה או מול לקוחות בארה"ב וקנדה?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
ישראל	_____ \$ / ח"ש
כל העולם למעט ארה"ב וקנדה	_____ \$ / ח"ש
ארה"ב וקנדה	_____ \$ / ח"ש

ג. תיאור מלא של פעילות המבוטח	
1. האם חלק ממחזור ההכנסות של העסק מקורו בפעילות ו/או מכירות באינטרנט ו/או באפליקציה?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
אם כן – מהו אחוז מחזור ההכנסות שמקורו בפעילות או מכירות באינטרנט ו/או באפליקציה מתוך כלל מחזור ההכנסות של העסק?	_____
2. האם פעילותו של העסק כוללת אספקת אילו מהפעילויות הבאות?	
א. שירותי/ספקי אינטרנט / משחקי אינטרנט / הימורים / קזינו / אתרי אינטרנט למבוגרים	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
ב. שירותי גיבוי נתונים / מידע / מיקור חוץ / ענן	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
ג. שירותי טכנולוגיית מידע	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
ד. שירותי עיבוד וניהול תשלומים	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
ה. שירותי בנקאות, שירותי מוסד פיננסי, או שירותי מסחר מקוון במניות/ניירות ערך/שערי מטבעות	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
ו. פתרונות או שירותים למוסדות ממשלתיים	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
ז. שירותי אנרגיה כגון גז/חשמל/מים/סולארי/תחנות רוח	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
ח. שירותי תקשורת/ תשתית טלפונית	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
ט. שירותי תחבורה מכול סוג	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
י. שירותי רשויות/עירויות	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
יא. שירותי ביטחון	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
במידה והתשובה באחד מהסעיפים לעיל הינה – כן, נא לפרט	_____

ד. תקופה הגילוי	
<input type="checkbox"/>	תקופת גילוי עבור 12 חודשים בתוספת פרמיה של 50%.

מק"ט 410110034 (מהדורה 05.2023)



ה. אמצעי מיגון להקלה בסיכון

1. האם מיושמים בעסק אמצעי הגנת סייבר (לרבות באמצעות מיקור חוץ) (נא סמן X במקום המתאים)

- א. הפעלת מערכות לעדכון אוטומטי תקופתי של תוכנה להגנה מפני וירוסים, תוכנת ריגול ו- firewall? כן לא, במידה וכן, פרט _____
- ב. האם מתבצע גיבוי של המידע, שיחזורים תקופתיים, הקבצים והתוכניות כן בתדירות יומית שבועית חודשית לא
- ג. האם קיימת סליקה באמצעות כרטיסי אשראי בעסק כן לא במידה וכן האם ישנה עמידה בתקן PCI? כן לא

ו. ניסיון ביטוחי קודם

כיסוי קודם	שם החברה המבטחת	גבול אחריות למקרה	גבול אחריות לתקופה
1. האם אתה או אחד משותפייך חוויתם אירוע אבטחת מידע ב-3 שנים האחרונות ו/או הוגשו תביעות נגדכם או התעוררו נסיבות הקשורות לאירוע אבטחת מידע? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא. אם כן, נא פרט _____			
2. האם מבטח כלשהו סירב, לא חידש או דרש תנאים מיוחדים בגין סוג ביטוח זה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא. אם כן, נא פרט _____			
3. האם ידוע לך או למי משותפייך או מנהלייך על מידע בקשר לנסיבות כלשהן ביום חתימת טופס זה אשר עלולות להביא לידי תביעה בקשר לביטוח סייבר המתבקש <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא. אם כן, נא פרט _____			
4. האם ננקטו צעדים משמעותיים ע"י רשות כלשהי כנגדך או כנגד אחד מעובדייך או מנהלייך או שותפייך בעבר ובהווה. <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא. אם כן, נא פרט _____			

ז. ביצוע סקר אבטחה לא מחייב

הריני לאשר בזאת ביצוע סקר אבטחת מידע לא מחייב מצד המבטחת למערכות המחשב בבית העסק שפרטיו צוינו לעיל.

פרטי איש קשר לשליחת סקר מקדים:

שם איש מערכות המידע	דואר אלקטרוני	מספר טלפון נייד

ח. הצהרות המועמד לביטוח

1. הצהרה בדבר המידע שנמסר בהצעה

אני מצהיר/ה בזה כי כל תשובותי הנ"ל מלאות ונכונות, וכי לא העלמתי עובדות או פרטים מהותיים כלשהם המתייחסים להערכת הסיכון ע"י המבטח. מוסכם בזאת כי הצעה זאת תהווה בסיס לחוזה הביטוח ביני ובין מגדל חברה לביטוח בע"מ ("להלן: "המבטח"). ידוע לי כי השאלות המופיעות בטופס הצעה זה תחשבנה כעניין מהותי על פי הוראות סעיף 6 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א 1981.

תאריך	שם החותם	חתימה וחותמת *

2. הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות

אני מאשר שהמידע שמסרתי במסמך זה וכל מידע נוסף שאמסור, נמסר מרצוני ובהסכמתי, ולא חלה עליי חובה חוקית למסור את המידע. ידוע לי כי המידע ישמר במאגרי המידע של החברה ושל גופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסיים בע"מ ו/או מי מטעמן, וישמש לכל עניין הקשור לניהול, תפעול ושירות שוטף של פוליסות/תוכניות/מוצרים על שמי, פילוח ועיבוד סטטיסטי, דיוור ישיר, יצירת קשר, שירותים נוספים וקיום חובות שבדין. אני מאשר כי המידע שמסרתי ואמסור יועבר לצדדים שלישיים, לצורך המטרות הנ"ל, כגון: לסוכני ביטוח, מבטחי משנה וגורמים מתפעלים, (לרבות במקרה של שינוי במבנה התאגידי). מדיניות הגנת הפרטיות של קבוצת מגדל זמינה עבורך באתר האינטרנט. <https://www.migdal.co.il> או באפליקציה של החברה.

תאריך	שם החותם	חתימה וחותמת *

3. הסכמה לפניות שיווקיות (רשות)

אני מעוניין כי המידע ישמש את מגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או חברות מקבוצת מגדל ו/או גורם מטעמן, לרבות סוכן הביטוח שלי, לצורך שיווק ודיוור ישיר אודות כיוסיים ביטוחיים ומוצרים ו/או שירותים פנסיוניים, פיננסיים ואחרים ולפנייה בהצעה לרכישתם, וזאת בין היתר באמצעות פקסימיליה, הודעה אלקטרונית (דוא"ל), הודעת מסר קצר (SMS), מערכת חיג אוטומטי או כל אמצעי תקשורת אחר. ידוע לי שבכל עת אוכל לחזור בי מהסכמה זו ולבקש הסרה מרשימת התפוצה השיווקית באמצעות סוכן הביטוח או באתר מגדל או פנייה למוקד קשרי הלקוחות של החברה. טלפון 03-9201010, דואר אלקטרוני mokedbi@migdal.co.il

תאריך	שם המועמד לביטוח	חתימה וחותמת *

