

## טופס מקוצר - בקשה לעריכת פוליסה לביטוח אחריות מקצועית פלוס משולבת צד שלישי

○ רפואה אלטרנטיבית ○ יועצים/ות ○ מאמן/ת כושר ○ קוסמטיקאית/ ספר/ית

פוליסת CLAIMS MADE - על בסיס הגשת התביעה בתקופת הביטוח לכיסוי אחריות מקצועית פוליסה על בסיס אירוע לכיסוי אחריות כלפי צד שלישי  
○ פוליסה חדשה ○ חידוש פוליסה קיימת מספר

מספר מבוטח/לקוח:
מס' סוכן:

לתשומת לב ממלא הטופס:  
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 להוראת החוק.

### א. פרטי המציע ותקופת הביטוח

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

### ב. כללי – עסקו של המבוטח ותאור הפעילות

תאריך יסוד העסק	תיאור מפורט של פעילות עסקו של המועמד לביטוח
האם המועמד לביטוח מתכנן שינויים בפעילות העסק בשנה הקרובה? ○ לא ○ כן פרט: _____	
מחזור שנתי: _____ ש"ח	

### ג. פרטים על המועמד לביטוח

שם המומחה/בעל ההכשרה מקצועית	כישורים	וותק מקצועי (שנים)	שם של הגוף המקצועי נתון ההכשרה
1.			
2.			

מספר העובדים שאינם מומחים או בעלי הכשרה מקצועית (פקידים/ות, מזכרים/ות וכו') \_\_\_\_\_  
נא צרף תעודת הסמכה. שים לב, אם לא תצורף תעודת הסמכה, לא תופק הפוליסה.

### ד. פרטים נוספים

האם היית מבוטח בעבר במסגרת פוליסה לביטוח אחריות מקצועית? ○ לא ○ כן, רשום את שם החברה המבטחת: _____
האם דחו בעבר/בטלו/סרבו לחדש ביטוח אחריות מקצועית ו/או נדרשו תנאים מיוחדים לחידוש? ○ לא ○ כן, פרט: _____
האם ננקטו צעדים משמעותיים על-ידי רשות כלשהי נגד המועמד לביטוח? ○ לא ○ כן, פרט: _____
האם המועמד לביטוח מעורב בסכסוך, בתביעה, בהליכי בורות או בגישור בנוגע למחלוקות על שכר טירחה או שירותים מקצועיים או נושאים אחרים? ○ לא ○ כן, פרט: _____

חתימת המציע: \_\_\_\_\_



## ה. תביעות קודמות

לאחר בדיקת הנושא, האם הוגשה בעבר תביעה בגין אחריות מקצועית נגד המועמד לביטוח?  
 לא  כן, אם כן, יש להמציא במלואם את הפרטים לגבי כל תביעה

שם החברה	תקופת הביטוח	פרטים על התביעות

## ו. כיסוי רטרואקטיבי

האם הנך מבקש כיסוי רטרואקטיבי?  לא  כן – החל מתאריך \_\_\_\_\_  
 האם בתקופת הכיסוי הרטרואקטיבי נערכת עבורך פוליסת/ות ביטוח?  לא  כן – החל מתאריך \_\_\_\_\_  
 אם בתקופת הכיסוי הרטרואקטיבי נערכה עבורה פוליסה/ות ביטוח, נא פרט את גבולות האחריות של הפוליסה/ות

## ז. הכיסוי הביטוחי

גבולות אחריות משותפים	בגין מקרה ביטוח אחד: 1,000,000 ש"ח	בגין כלל מקרי הביטוח בתקופת הביטוח: 1,000,000 ש"ח	השתתפות עצמית 2,000 ש"ח
הרחבות מיוחדות (בתוספת דמי ביטוח) (אם מעוניינת/ת יש לסמן V בעיגול המתאים)	<input type="radio"/> מרמה ואי יושר	<input type="radio"/> הפרת חובת סודיות	<input type="radio"/> תקופת גילוי

## קוסמטיקאית/ת ספר/ית

ציין מספר מירבי של מקבלי טיפול בעת ובעונה אחת. נשים \_\_\_\_\_ גברים \_\_\_\_\_

**באם הכיסוי הינו עבור קוסמטיקאית יש לענות על השאלות הבאות:**  
 איפור קבוע?  לא  כן פילינג עמוק?  לא  כן  
 הסרת שיער באפילציה ו/או באמצעות מכשיר אחר בעל תו תקן למעט הסרת שיער בלייזר?  לא  כן

הרחבות בתוספת 20% פרמיה – ברכישת כל סעיף בנפרד:  
 פדיקור בכף רגל סוכרתית?  לא  כן מזותרפיה?  לא  כן  
 השתתפות עצמית להרחבות אלו 8,000 ₪ הראשונים בכל נזק מבטוח.

**באם הכיסוי הינו עבור ספר/ית יש לענות על השאלה הבאה:**  
 החלקות?  לא  כן  
 השתתפות עצמית להרחבה זו 8,000 ₪ הראשונים בכל נזק מבטוח.

\* פוליסה משולבת אחריות מקצועית, צד שלישי וחבות מוצר.  
 \* אחריות מקצועית ומוצר על בסיס הגשת תביעה, צד שלישי על בסיס אירוע

## הצהרת המועמד לביטוח

1. אני מצהיר בזה שכל תשובותיי מלאות ונכונות לכל פרטיהן, 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 זו תחשבנה 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 אודותי ואודות צדדים שלישיים (להלן "המידע") מרצוני החופשי. אני מאשר שאני מורשה למסור את המידע וכי המידע שברשות החברה ו/או מי מטעמה, הכולל גם מידע שיתקבל במהלך הטיפול בפוליסה, יישמר 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 וטיובו של המידע. הובהר לי שחברות הקבוצה מסתייעות בצדדים שלישיים בחלק מהשירותים והמוצרים אותם הן נותנות, ואני מאשר שהמידע יימסר 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: \_\_\_\_\_ חתימת חותמת: \_\_\_\_\_  
 תאריך: \_\_\_\_\_ שם: \_\_\_\_\_ תפקיד: \_\_\_\_\_ חתימת חותמת: \_\_\_\_\_

חתימת המציע: \_\_\_\_\_



## לידיעתך!

1. הרשות בידי המבטח, "ביטוח חקלאי, אגודה שיתופית מרכזית בע"מ", להחליט על קבלת הבקשה או דחייתה או קבלתה בתנאים מגבילים.
2. למען הסר ספק מובהר בזאת, שהחתימה על טופס בקשה זה, בין אם אמור בעריכת 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.
3. 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.

## קבלת מידע באמצעות כלים 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 באתר החברה.

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

## 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 דיור ישיר ודברי פרסומת, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS), שיחות טלפון וכדומה. הובהר לי שאינני חייב לתת את הסכמתי לקבלת הצעות כאמור, ושככל שאתן את הסכמתי, אוכל לחזור בי בכל עת באמצעות אתר החברה ו/או פנייה לחברה בדוא"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: \_\_\_\_\_