

בסיס הגשת התביעה

הצעה לביטוח - אחריות מקצועית

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.

שם סוכן: _____
 מס' סוכן: _____
 לשימוש החברה

א. פרטי המציע ותקופת ביטוח מבוקשת וזיקתו:

שם המציע (משפחה ופרטי)		מספר ת.זהות / חברה		המקצוע (לתכלית ביטוח זה)	
הכתובת	רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	טלפון
תקופת ביטוח מבוקשת	מ- עד-	חצות	וכל תקופה נוספת שאבקש ותאושר בכתב על ידי החברה.		

ב. גבול אחריות

1.	לפגע אחד בקשר לתביעה אחת או לביעות 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 כולל הבעלים	מספר העובדים האחרים	האם המשרד מטפל בקבלת פיצויים ממשלת גרמניה	הערה: הביטוח לא יכלול כסוי לתביעות הקשורות בפיצויים מגרמניה	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
2.	רופאים לסוגיהם	כלליים <input type="checkbox"/> שיניים <input type="checkbox"/>	פנימיים <input type="checkbox"/> אחרים <input type="checkbox"/>	כירורגים <input type="checkbox"/>	גניקולוגים <input type="checkbox"/> עיניים <input type="checkbox"/>	אף אוזן גרון <input type="checkbox"/> רנטולוגים <input type="checkbox"/>
		האם משתמשים במכונות רנטגן	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	אבחנה בלבד	לאיזה מטרות רפוי ?	_____
		האם ניתן ריפוי במכשירים רפואיים מיוחדים	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	אם כן באיזה ?	_____
		האם משתמשים במכונות/חומרים בעלי קרינה ?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	אם כן איזה למטרת השימוש	_____
		מספר העובדים המקצועיים	_____	מספר העובדים האחרים	פרטים:	_____
3.	סיכונים מקצועיים אחרים					
		ספרים/ספריות <input type="checkbox"/>	רוא"ח/יועץ מס' <input type="checkbox"/>	מהנדסים/אדריכלים <input type="checkbox"/>		
		קוסמטיקאים/יות <input type="checkbox"/>	סוכני ביטוח <input type="checkbox"/>	אחר: <input type="checkbox"/>		
		האם נדרש רישיון ממשלתי/תעודת הסמכה:	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	ציון מספר רישיון ממשלתי / פרטים נוספים:		

ד. פרטים נוספים מטעם המציע

ה. ניסיון ביטוחי אחר או קודם לביטוח המוצע

האם היה המציע מבוטח פעם בפני הסיכונים המבוקשים לעיל ? כן לא

האם אתה מבוטח כעת ? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	שם חברת הביטוח	מס' פוליסה	מ- עד-
פרט: _____	_____	_____	_____/_____/_____

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

