

מציע נכבד,

נא השב על השאלות שבטופס זה במלואן  
- תשובות מלאות וכנות

למען הסר ספק מודגש כי מילוי טופס זה  
נועד רק לצורך בחינת האפשרות למתן  
הצעה על ידי חברת הביטוח ואינו מהווה  
אישור לכיסוי.

שם הסוכן	מרחב
מספר הסוכן	צוות

## טופס הצעה לביטוח אחריות המוצר על בסיס יום הגשת תביעה

טופס זה מנוסח, מטעמי נוחות בלבד, בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד

### 1. פרטי המציע וההתקשרות עמו

שם המציע	מספר ח.פ. / תעודת זהות	שם איש קשר	מספר טלפון נייד
כתובת עסק המציע: רחוב	מספר בית / כניסה	עיר / ישוב	מיקוד
כתובת למשלוח הודעות	מספר טלפון בעסק	כתובת דוא"ל - E-mail	כתובת אתר האינטרנט
מועד יסוד העסק	האם העסק פועל ברציפות מאז ייסודו ועד היום? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		
אם השבת "לא" - נא פרט: _____/_____/_____			

### 2. תקופת הביטוח / גבול אחריות

תקופת הביטוח המבוקשת:	האם נדרש כיסוי רטרואקטיבי?
החל מיום ____/____/____ ועד יום ____/____/____ בחצות	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן - החל מיום ____/____/____
גבול אחריות מבוקש: (נא בחר בסוג המטבע - שקל חדש או דולר ארה"ב)	כפוף לקיום רצף ביטוחי
גבול אחריות לנזק אחד: \$/שח _____	גבול אחריות לתקופת הביטוח: \$/שח _____

### 3. פרטים על עסקו של המציע והמוצרים עבורם מבוקש הביטוח

3.1 תיאור עיסוקו של המציע (נא צרף פרופיל חברה במידה וקיים):
3.2 תיאור המוצרים בגינם נדרש ביטוח זה (נא צרף עלון פרסומי וכתובת אתר אינטרנט, במידה וקיימים):
3.3 נא סמן את סוג פעילותך ביחס למוצרים:
<input type="checkbox"/> יצרן <input type="checkbox"/> יצואן <input type="checkbox"/> יבואן <input type="checkbox"/> מפייץ / משווק <input type="checkbox"/> אספקת מוצרים כולל התקנה / הרכבה / טיפול / תיקון של המוצר
3.4 גבולות טריטוריאליים נדרשים:
<input type="checkbox"/> ישראל בלבד <input type="checkbox"/> כל העולם למעט ארה"ב ו/או קנדה <input type="checkbox"/> כל העולם לרבות ארה"ב ו/או קנדה האם קיים משרד ו/או נציגות מחוץ לישראל? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא אם השבת "כן" - נא פרט: _____

#### 4. מחזור המכירות השנתי

מדינה	שנה נוכחית (תקופת ביטוח מסתיימת)	אומדן לשנה הבאה (תקופת הביטוח המבוקשת)
ישראל		
ארה"ב ו/או קנדה		
שאר העולם		
סה"כ מחזור שנתי		

#### 5. קבלני משנה

5.1	האם אתה עובד באמצעות קבלני משנה? אם השבת "כן" נא סמן את סוג קבלני המשנה: <input type="checkbox"/> קבועים <input type="checkbox"/> מתחלפים	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
5.2	האם קבלני המשנה עובדים באופן בלעדי עבורך?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
5.3	נא ציין את שם קבלני המשנה:	
5.4	נא פרט את הפעילות המבוצעת על ידי קבלני המשנה:	
5.5	האם חבות קבלני המשנה מבטחת בפוליסה נפרדת המכסה גם את פעילותם עבורך?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
<b>מודגש כי הביטוח על פי פוליסה זו, אינו מכסה אחריותם של קבלני משנה כלשהם, אלא אם צוינה ברשימה הרחבה מפורשת לגבי פעילות קבלני משנה ותמורת דמי ביטוח נוספים.</b>		

#### 6. מידע לגבי המוצר/ים

6.1	נא סמן האם המוצר בעל תכונות: <input type="checkbox"/> נפיצות <input type="checkbox"/> דליקות <input type="checkbox"/> רעילות <input type="checkbox"/> סיכון מיוחד - נא פרט: _____	
6.2	האם הנך מייבא או מייצר חומר גלם ו/או רכיב המהווה חלק ממוצר מוגמר? אם השבת "כן" - נא פרט: <input type="checkbox"/> מייבא <input type="checkbox"/> מייצר סוג חומר הגלם / הרכיב: _____ שימוש: _____ היצרן: _____ ארץ היבוא: _____	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
6.3	האם המוצר משמש כרכיב או מנגנון או חלק ממכלול של: <input type="checkbox"/> כלי שיט <input type="checkbox"/> כלי טיס <input type="checkbox"/> מעליות <input type="checkbox"/> כלי רכב ממונע לרבות ציוד מכני הנדסי ורכבות ציוד ומכשור רפואי	
6.4	האם המוצר מיועד לשימוש בתחום: <input type="checkbox"/> המזון <input type="checkbox"/> התרופות <input type="checkbox"/> הרוקחות <input type="checkbox"/> הנדסה גנטית <input type="checkbox"/> קוסמטיקה <input type="checkbox"/> גז	
6.5	האם אתה מתכנן את מוצריך? אם השבת "לא" - נא ציין שם המתכנן: _____	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
6.6	האם הנך מבצע שינוי כלשהו במוצר המקורי או ברכיביו המיובאים על ידך? אם השבת "כן" - נא פרט: _____	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
6.7	האם יש צורך באישור מכון התקנים? סוג התקן: <input type="checkbox"/> ישראלי <input type="checkbox"/> אירופאי - ציין מדינה _____ <input type="checkbox"/> אמריקאי <b>לא תינתן הצעה אם אין ברשותך אישור מכון התקנים במידה ונדרש אישור כזה.</b>	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
6.8	האם המוצר טעון אישור משרד הבריאות?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
6.9	במידה ואתה יצרן - האם קיים מנגנון בקרה לבדיקת איכות מוצריך?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
6.10	אם השבת כן - נא ציין אם מנגנון הבקרה חיצוני לעסק או פנימי של העסק תאר את בקרת האיכות של המוצר: _____ _____	<input type="checkbox"/> חיצוני <input type="checkbox"/> פנימי

6.11	האם אתה משווק מוצר שהיצרן שלו לא ידוע או לא ניתן לזיהוי?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
6.12	האם המוצר כולל הוראות שימוש / הפעלה?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
6.13	האם מצורפות למוצר הוראות בטיחות?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
6.14	האם אתה מייצר את האריזות?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
6.15	האם אתה נותן תעודת אחריות למוצריך?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>

## 7. הרחבות הניתנות לרכישה בתמורה לדמי ביטוח נוספים

7.1	האם נדרשת הרחבת משווקים (Vendors Endorsement)? אם השבת "כן" נא ציין את פרטי המוצר שבאחריותך והגוף המשווק מוצר זה: סוג המוצר: _____ שימוש: _____ שם המשווק: _____ כתובת המשווק: _____ <b>עבור מספר משווקים - נא צרף רשימה אשר תכלול את המידע לעיל.</b>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
7.2	האם אתה מעוניין לרכוש הרחבת "עבודות שנמסרו"? אם השבת "כן" נא פרט: _____ סוג העבודות: _____ היקף העבודות שבוצעו ונמסרו לצד שלישי: _____	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>

## 8. ביטוח נוסף

	האם ידוע לך על ביטוח נוסף המכסה את חבותך בהתאם לכיסוי בפוליסה המבוקשת? אם השבת "כן" - נא פרט: _____	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------

## 9. עבר ביטוחי (מתייחס לחמש השנים האחרונות שקדמו למועד בקשת הצעה זו)

9.1	האם החבות המבוקשת מבטחת כיום בביטוח אחריות המוצר? אם השבת "כן" - נא ציין: שם המבטח: _____ מספר הפוליסה: _____ תקופת הביטוח: מתאריך ____/____/____ עד לתאריך ____/____/____	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
9.2	האם קיים רצף ביטוחי לאורך כל התקופה הרטרואקטיבית המבוקשת? אם השבת "כן" - ציין את התקופה: מתאריך ____/____/____ עד לתאריך ____/____/____ גבול אחריות בתקופה הרטרואקטיבית: אם השבת "לא" - ציין את התקופה בה לא היה כיסוי ביטוחי: מתאריך ____/____/____ עד לתאריך ____/____/____, נא פרט את הסיבה להפסקת הרצף הביטוחי: _____	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
9.3	אם מבטח כלשהו: 9.3.1 דחה את בקשתך לביטוח עסקך? 9.3.2 סירב לבטח את חבותך בגין מוצריך? אם השבת "כן" - נא פרט את הסיבה: _____	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
9.4	אם מבטח כלשהו: 9.4.1 ביטל את ביטוח עסקך? 9.4.2 סירב לחדש את ביטוח חבותך בגין מוצריך? אם השבת "כן" - נא פרט את הסיבה: _____	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
9.5	האם מבטח כלשהו דרש תנאים מיוחדים או פרמיה מוגדלת כתנאי לעריכת הביטוח או לחידושו? אם השבת "כן" - נא פרט: _____	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
9.6	האם הוגשה תביעה למבטח בגין נזק שנגרם עקב מוצר באחריותך? אם השבת "כן" - נא פרט: _____	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
9.7	האם בעת מילוי טופס הצעה זה ידוע לך על נסיבות העלולות לשמש עילה לתביעה נגדך על פי תנאי פוליסה לביטוח אחריות המוצר? אם השבת "כן" - נא פרט את הסיבה: _____	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
9.8	האם נאלצת לאסוף מוצרים מלקוחות עקב פגם שהתגלה במוצריך?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
9.9	האם בעקבות נזק שנגרם ממוצר שבאחריותך ננקטו אמצעים להקלת הסיכון? אם השבת "כן" - נא פרט: _____	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>

## 10. הצהרות

### חלק א' – הצהרת המציע בדבר נכונות המידע שנמסר על ידיו

אני החתום מטה, מצהיר בזה כי כל הפרטים, המידע והתשובות שמסרתי בטופס זה, נכונים ומלאים ונתנו על ידי בכנות מלאה וכי לא העלמתי מידע הנוגע לביטוח זה אשר יש בו כדי להשפיע על שיקולי המבטח בקשר עם ערכת הביטוח.

ידוע לי כי אם יסתבר כי לא השבתי תשובות מלאות ו/או כנות כאמור, עלולה להיות לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח עד לכדי שלילתם המוחלטת.

אני מאשר בחתימתי כי הבנתי את מהות הכיסויים וההרחבות של הפוליסה נשוא הצעה זו, לרבות עיקרי התנאים והסייגים שבה, וכי בחירתי בכיסויים וההרחבות המפורטים בהצעה זו משקפת והולמת את צרכי הביטוח שלי.

ידוע לי כי אם תאושר הצעתי לביטוח אזי היא תשמש בסיס להתקשרות החוזית שבין המבטח לביני לעניין ביטוח זה ולפוליסה על צרופותיה, כפי שתימסר לי על ידי המבטח.

אני מתחייב לקרוא את הפוליסה והרשימה המצורפת אליה ולהודיע למבטח על פי כתובתו, כפי שצוינה על גבי הפוליסה, לגבי כל שינוי או אי התאמה בין הצעתי זו לבין הרשום בפוליסה, ככל שישתבר לי כי קיימים כאלה.

היה ובחלוף 30 ימים ממועד קבלת הפוליסה לא אודיע למבטח בדבר אי התאמה ו/או שינויים כאמור, אזי יחשב הדבר כי הפוליסה שנמסרה לי תואמת את מבוקשי על פי ההצעה.

אני מתחייב לשלם את כל הפרמיות והתשלומים האחרים הכרוכים בביטוח זה,

כמו כן אני מתחייב להודיע למבטח על כל שינוי ו/או החמרה בסיכון, מיד לכשיסתבר לי אודותיו, ידוע לי כי עקב הנתונים שמסרתי עשוי המבטח לדרוש ממני לנקוט באמצעים להקלת הסיכון.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
תאריך חתימת ההצעה

\_\_\_\_\_  
שם המציע (החותם)

\_\_\_\_\_  
חתימה וחותמת

### חלק ב' – הרשאה לשמירת המידע ושימוש בו

אני מאשר בזאת כי המידע שנמסר על ידי, נמסר מרצוני ובהסכמתי, וכי מידע זה וכל עדכון שלו או מידע נוסף שיימסר על ידי או שיגיע לידי קבוצת כלל בקשר אלי, ישמרו במאגרי המידע של חברות מקבוצת כלל או מי מטעמה (או של מי שיספק לה מפעם לפעם שירותי מחשב ועיבוד נתונים) וישמשו בין היתר לניהול, תפעול ומתן שירותים (לרבות בקווי תקשורת) בקשר למוצרים ולשירותים, לעיבוד מידע, לפילוח שיווקי, ולקיום חובות על פי דין.

כן אני מאשר כי קבוצת כלל תהיה רשאית להעביר את המידע גם לסוכן הביטוח ולגורמים הפועלים עבור הקבוצה או מטעמה או מספקים לה שירותים.

### חלק ג' – פרטי התקשרות

אני מסכים/מה כי החברה וחברות נוספות בקבוצת כלל, תשלחנה אליי מסמכים והודעות (לרבות מסמכי הפוליסה, דוחות שנתיים, ומסמכים הנדרשים על פי דין), בקשר עם כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצת כלל, באמצעות:

אמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני ו/או מסרון לטלפון נייד)

דואר רגיל

**לידיעתך, אם לא תבחר/י באחת האפשרויות המפורטות יישלחו אליך מסמכים והודעות כאמור באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני ו/או מסרון לטלפון הנייד), ככל שקיים בידי הקבוצה.**

ידוע לי כי פרטי ההתקשרות שמסרתי לעיל (מספר טלפון נייד וכתובת דואר אלקטרוני) יעודכנו במערכות כל החברות מקבוצת כלל, עבור כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצה, וישמשו לביצוע פניות אליי.

ככל שברצונך לעדכן את ההסכמות האמורות ו/או את פרטיך האישיים רק עבור מוצר ביטוח או חיסכון מסוים ניתן לפנות למוקד שירות הלקוחות בטלפון \*5454.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
תאריך

\_\_\_\_\_  
שם המציע (החותם)

\_\_\_\_\_  
חתימה וחותמת

### הצהרת סוכן הביטוח בדבר אימות פרטי ההצעה

הנני מצהיר ומאשר בחתימתי מטה, כי כל הפרטים והמידע שנמסר על ידי המציע בהצעה זו, נרשם ונחתם על ידי לרבות חתימתו על הצהרת המציע לעיל, וזאת לאחר שהסברתי לו כי עליו להשיב תשובות מלאות וכנות לשאלות וככל שלא יעשה כן עלולה להיות לכך השפעה על תגמולי הביטוח עד לכדי שלילתם המוחלטת.

כמו כן ביררתי את צרכי הביטוח שלו והסברתי לו את מהות הכיסויים, ההרחבות והתנאים המתייחסים לערכת ביטוח זה ומשמעותם ומסרתי לו את המידע המהותי לגבי עיקרי הכיסוי הביטוחי, וכן מידע לגבי סכומי הביטוח וגבולות האחריות העיקריים, דמי הביטוח, פירוט אמצעי התשלום האפשריים, תנאי התשלום, מספר התשלומים ומועדי הגביה האפשריים, והוא אישרם בפניי לאחר שמצאם מתאימים לצרכיו.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
תאריך

\_\_\_\_\_  
שם סוכן הביטוח

\_\_\_\_\_  
חתימה וחותמת