

## הצעה לביטוח הרחבת סיביר לפוליסות EXTRA

**פרטי סוכן**

שם סוכן	מס' סוכן	אשכול	מס' פוליסה (לשימוש החברה)
---------	----------	-------	---------------------------

**פרטי המציע**

שם המבוטח		מס' ח.פ.	
מען העסק: כתובת (רחוב)	מספר	עיר	מיקוד
טלפון	פקס	דואר אלקטרוני	

**תקופת הביטוח**

האם קיים רצף ביטוחי מהתאריך הרטרואקטיבי הנדרש עד היום?  כן  לא, פרט: \_\_\_\_\_

מתאריך	עד תאריך (בחצות)	תאריך רטרואקטיבי נדרש
--------	------------------	-----------------------

**עיסוקו של המציע:** \_\_\_\_\_

לתשומת לבך, כיסוי זה אינו מיועד ל:

- חברות הייטק ובתי תוכנה
- מוסדות פיננסיים ו/או חברות שעיקר פעילותן מסחר מקוון
- חברות מאחסנות ו/או משרדות נכסי קניין רוחני
- חברות המספקות שירותים, מוצרים או פתרונות למוסדות רפואיים או לגופים ביטחוניים

1. האם בעסקך מתבצעת פעילות מחוץ לישראל?  כן  לא  
 לתשומת לבך, כיסוי סיביר תקף לנזק שנגרם בגבול הגיאוגרפי (כמוגדר בפוליסה) בלבד. אם עסקך פעיל גם בחו"ל וקיים סיכון סיביר לגבי פעילות מחוץ לישראל - כיסוי זה אינו מתאים עבורך.

2. מחזור הכנסות שנתי: \_\_\_\_\_ ש"ח במידה ומחזור הפעילות מעבר ל-35 מיליון ש"ח, כיסוי זה אינו מתאים עבורך.

3. סוג הכיסוי המבוקש:

נזק למבוטח + חבות בגין נזק לצד שלישי

חבות בגין נזק לצד שלישי בלבד

4. גבולות האחריות (נא סמן את גבול האחריות שברצונך לרכוש)  
 גבול האחריות הנבחר יחול על הכיסוי/כיסויים שנבחרו/על ידך:

350,000 ש"ח  525,000 ש"ח  875,000 ש"ח  1,750,000 ש"ח

**ניסיון תביעות**

תשומת לב המבוטח מופנית לכך כי עפ"י הוראות סעיף 6 לחוק חוזה הביטוח כל השאלות בפרק זה יחשבו כעניין מהותי.

1. האם היית מבוטח בעבר בביטוח סיביר?  לא  כן  
 פרט: חברת ביטוח \_\_\_\_\_ מספר פוליסה \_\_\_\_\_ תקופת הביטוח \_\_\_\_\_

2. האם חברת ביטוח כלשהי ביטלה פוליסה או דחתה את הצעתך או סירבה לחדש או התנתה את ביטוח הסיביר בתנאים מיוחדים?  לא  כן, פרט: \_\_\_\_\_

3. האם הגשת או הוגשו תביעות או אירעו נזקים כלשהם כתוצאה מהכיסויים המבוקשים בהצעה זו בחמש השנים האחרונות?  לא  כן, פרט: \_\_\_\_\_

4. האם ידוע לך על אירוע העלול לשמש בסיס או עילה לתביעה נגדך בקשר לכיסויים המבוקשים בפוליסה זו?  לא  כן, פרט: \_\_\_\_\_

5. האם אי פעם חווית ניסיון סחיטה או דרישה לתשלום ביחס למערכות המחשוב שלך?  לא  כן, פרט: \_\_\_\_\_

**בקרת מערכות מחשוב**

1. האם אתם מתחזקים תוכנת אנטי וירוס ברישיון, עם עדכונים אוטומטיים בכל מערכות המחשוב של החברה?  לא  כן

2. האם מדיניות הסיסמאות הארגונית מחייבת סיסמה מורכבת בעלת 6 תווים שכוללים אותיות, מספרים וסימנים?  לא  כן

3. האם קיימת החלפה מיידידת של שמות המשתמש, סיסמאות ואמצעי בטחון אחרים במידה שהמבוטח גילה או שקיים חשד סביר שנתונים אלו נחשפו למי שאינו מורשה?  
 לא  כן, פרט: \_\_\_\_\_

4. האם מתבצע גיבוי מלא של המידע, הקבצים והתוכנות לפחות אחת לשבוע?  לא  כן

5. האם הגיבוי נשמר מחוץ לבית העסק?  לא  כן, אם כן, עד כמה הגיבוי מעודכן? \_\_\_\_\_

**הצהרת המציע**

אבקש לערוך לי ביטוח בחברת הפניקס חברה לביטוח בע"מ, בהתאם לפרטים המובאים לעיל. הנני מצהיר בזה שכל תשובתי כנ"ל הינן כנות ומלאות וכי לא העלמתי עובדות או פרטים מהותיים כלשהם המתייחסים להערכת הסיכון, על ידי המבטח. מוסכם עלי כי הצעה הצהרה זו תהווה בסיס לחוזה ביני לבין הפניקס חברה לביטוח בע"מ. ידוע לי כל התשובות לכל השאלות תחשבנה כעניין מהותי על פי הוראות חוק חוזה הביטוח. הריני מצהיר בזה כי המידע הכלול בהצעה זו ניתן מרצוני ובהסכמתי, ידוע לי שמטרת מסירת המידע היא לצורך הפקת פוליסת הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה והקשורים אליה. הנני מסכים כי המידע ימסר לצורך עיבודו ואחסונו לכל אדם או גוף שהמבטח ימצא לנכון וזאת בכפיפות להוראות חוק הגנת הפרטיות.

<b>X</b>	שם המציע	תאריך							
חתימת המציע									

**הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות**

הנני מאשר כי המידע הכלול בטופס זה וכל מידע נוסף שיימסר בעתיד על ידי למבטחת, נמסר בהסכמתי, וכי לא חלה עלי חובה חוקית למסור את המידע. ידוע לי שהמידע ישמר במאגר המידע של המבטחת ו/חברות מהקבוצה ו/או אצל גורם אחר מטעמו וישמש לצרכי ניהול, תפעול וטיפול בכל ענייני הביטוח לרבות עיבוד המידע, צרכים אקטואריים ועסקיים ו/או שירותים נלווים אחרים ובכפוף לכל דין. ("הקבוצה" - הגדרת הקבוצה בטופס זה תכלול את: הפניקס אחזקות בע"מ, חברות הבת. וכן כל החברות וגופים שהפניקס אחזקות בע"מ ו/או הפניקס חברה לביטוח בע"מ (ולא הפניקס ביטוח בע"מ) בעלי שליטה בהם של 50% או יותר).

<b>X</b>	שם המציע	תאריך							
חתימת המציע									

**הסכמה לקבלת פנייה בקווי תקשורת**

הנני מסכים כי המידע אודותי ישמש את חברות הקבוצה ו/או מי מטעמן מעת לעת, לצורך שיווק ודיוור ישיר מטעם חברת הקבוצה ו/או חברות קשורות בהצעות למוצרים ושירותים ביטוחיים, פיננסיים ואחרים, וזאת בין היתר באמצעות מערכת חיוג אוטומטי, פקסמיליה, דואר אלקטרוני והודעת מסר קצר וכן אמצעי תקשורת אחר. ידוע לי כי בכל עת אוכל לחזור בי מהסכמה זו ולבקש הסרה מרשימת התפוצה באמצעות פנייה למוקד קשרי הלקוחות של המבטחת.

נא סמן את בחירתך:  
 מסכים  
 לא מסכים.

<b>X</b>	שם המציע	תאריך							
חתימת המציע									