



## ו. תיאור מלא של הפעילות והעיסוק העיקריים בגינם נדרש הכיסוי - המשך

יש לסמן גם פעילויות שבוצעו בעבר (גם אם אינך עוסק בהם היום) ובגינם נדרש כיסוי

סוג הפעילות	נא לסמן X בשורות המתאימות
5. פיקוח עליון לעבודות ביצוע תכניות האדריכלות של המבוטח	<input type="checkbox"/>
6. אצטדיונים, תיאטראות, מרכזי קולנוע (מעל 5 אולמות)	<input type="checkbox"/>
7. פעילות בתחום גשרים ומינהור	<input type="checkbox"/>
8. בניה למגורים ומשרדים עד 12 קומות מעל הקרקע	<input type="checkbox"/>
9. בנייה מעל 12 קומות (מעל הקרקע)	<input type="checkbox"/>
10. חוות דעת לבתי משפט וניהול בוררות	<input type="checkbox"/>
11. אחרים (פרט):	<input type="checkbox"/>

לתשומת לבך: הפוליסה מחייגה כיסוי לתביעות הנובעות או הקשורות בשימוש בשיטת הפל-קל.

## ז. הרחבת כיסוי ל"תכנון כוללני": ניהול כולל של הפרויקט בו מבצע האדריכל את תכניות האדריכלות

האם הינך אחראי בגין כל נותני השירות בפרויקט ובעל אחריות שילוחית עבור פעילותם של הנ"ל?  לא  כן

אם כן, האם הינך מעוניין בכיסוי ביטוח והרחבת תכנון כוללני בגין אחריותך המורחבת כאמור לעיל?  לא  כן

אם כן, הקפד כי מחזור ההכנסות המוצהר על ידך בסעיף ה' לעיל יכלול את מלוא הסכומים שיתקבלו על ידך בגין העבודות של כל המעורבים בפרויקט.

נא ציין את שיעור המחזור בגין פעילות זו (באחוזים) מסך מחזור ההכנסות שצוין בסעיף ה' לעיל: \_\_\_\_\_

## ח. פעילות בחו"ל

האם מתבקש כיסוי בגין פעילות בחו"ל?  לא  כן, נא לענות על השאלות כדלקמן:

### פעילות בחו"ל למעט ארה"ב וקנדה:

1. האם הפעילות בחו"ל מתבצעת באמצעות חברות בנות?  לא  כן

2. האם מקום מושבה הקבוע של חברת הבת ו/או הבנות מחוץ לישראל?  לא  כן, פרט: \_\_\_\_\_

אם לא, האם מחזור ההכנסות מפעילות חברת הבת בחו"ל גדול מ- 10% ממחזור הכנסות החברה?  לא  כן, פרט: \_\_\_\_\_

### פעילות בחו"ל בארה"ב וקנדה:

1. האם הפעילות בחו"ל מתבצעת באמצעות חברות בנות?  לא  כן

2. האם מקום מושבה הקבוע של חברת הבת ו/או הבנות בארה"ב ו/או בקנדה?  לא  כן, פרט לגבי סוג הפעילות והיקף ההכנסות: \_\_\_\_\_

אם לא, האם מחזור ההכנסות מפעילות חברת הבת בארה"ב ו/או בקנדה גדול מ- 10% ממחזור הכנסות החברה?  לא  כן, פרט: \_\_\_\_\_



### ט. כללי

1. האם קיימת שיטת מעקב/פיקוח במשרדך על מנת להבטיח כי דוחות או שומות מכל סוג שהוא החייבים להיות מוגשים לרשויות המוסמכות במועדים הקבועים בחוק ו/או בתקנות אכן יוגשו במועד? \_\_\_\_\_
  2. האם כל מתמחה במשרדך כפוף ישירות לאחד משותפיו ו/או מי מעובדיו הבכירים במשרדך? \_\_\_\_\_
  3. האם שם משרדך שונה ו/או האם המשרד רכש או התמזג עם משרד אחר ב- 5 השנים האחרונות?  לא  כן, נא ציין פרטים מלאים: \_\_\_\_\_
  4. האם אתה מעסיק קבלני משנה?  לא  כן, נא ציין פרטים מלאים: \_\_\_\_\_
- שים לב כי קבלנים וקבלני משנה לא יכללו בכיסוי הביטוחי

### י. ניסיון ביטוחי קודם

כיסוי קודם	שם החברה המבטחת	גבול אחריות למקרה	גבול אחריות לתקופה	תאריך רטרואקטיבי
1. האם מבטח כלשהו סרב, לא חידש או דרש תנאים מיוחדים בגין סוג ביטוח זה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____				
2. האם הוגשה ב- 5 השנים האחרונות תביעה כלשהי נגדך ו/או נגד מי משותפיו הנוכחים ו/או שותפיו שהיו ו/או מי ממנהליך ו/או מעובדיו ו/או שלוחיך בגין אחריות מקצועית? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, נא ציין פרטים מלאים: _____				
3. האם ידוע לך, או למי משותפיו, או מנהליך על מידע בקשר לנסיבות כלשהן, ביום חתימת טופס זה, אשר עלולות להביא לידי תביעה בקשר לביטוח אחריות מקצועית המתבקש? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, נא ציין פרטים מלאים: _____				
4. האם ננקטו צעדים משמעותיים על ידי רשות כלשהי כנגד אחד העובדים או השותפים בעבר ובהווה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____				

לתשומת ליבך: הפוליסה מחריגה במפורש תביעות מהעבר ו/או אירועים ו/או נסיבות ידועות כלשהן.

### יא. הכיסוי הביטוחי המבוקש

1. גבול אחריות מבוקש:  100,000 ₪ למקרה ולכל תקופת הביטוח  
 250,000 ₪ למקרה ולכל תקופת הביטוח (אינו רלוונטי לאופצית סטונדט)  
 500,000 ₪ למקרה ולכל תקופת הביטוח (אינו רלוונטי לאופצית סטונדט)  
 1,000,000 ₪ למקרה ולכל תקופת הביטוח (אינו רלוונטי לאופצית סטונדט)  
 2,000,000 ₪ למקרה ולכל תקופת הביטוח (אינו רלוונטי לאופצית סטונדט)  
 4,000,000 ₪ למקרה ולכל תקופת הביטוח (אינו רלוונטי לאופצית סטונדט)  
 8,000,000 ₪ למקרה ולכל תקופת הביטוח (אינו רלוונטי לאופצית סטונדט)
2. האם ברצונך להכפיל את גבול האחריות לכל תקופת הביטוח? (בתוספת 20% לפרמייה)  כן  לא
3. השתתפות עצמית מבוקשת:  5,000 ₪ למען בגין פיקוח 10,000 ₪  10,000 ₪  20,000 ₪  40,000 ₪
3. תאריך רטרואקטיבי נדרש: \_\_\_\_\_ האם יש רצף ביטוחי?  לא  כן, פרט על פי הטבלה מטה:

תקופת ביטוח	גבול אחריות	שם חברת הביטוח	תאריך רטרואקטיבי

מחזורת 03.2022



## יב. כיסויים נדרשים נוספים

1. האם נדרש כיסוי ביטוחי על פי פוליסת אחריות כלפי צד שלישי?  לא  כן, סמן גבול אחריות מבוקש:  
 500,000 ₪  1,000,000 ₪  2,000,000 ₪  4,000,000 ₪

2. האם נדרש כיסוי ביטוחי על פי פוליסת חבות מעבידים עבור עובדי משרד המנהלתיים?  לא  כן  
 האם נכללים ברשימת השכר?  לא  כן  
 לפי מספר עובדים \_\_\_\_\_ לפי שכ"ע שנתי \_\_\_\_\_

3. האם נדרש כיסוי ביטוחי על פי פוליסת סייבר?  
 במידה וכן יש לפנות לסוכן הביטוח

## יג. הצהרות המועמד לביטוח

### הצהרה בדבר המידע שנמסר בהצעה

אני מצהיר 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 ("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  חתימת החותמת

### הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות

אני מאשר שהמידע שמסרתי במסמך זה וכל מידע נוסף שאמסור, נמסר מרצוני ובהסכמתי, ישמר במאגרי המידע של מגדל חברה לביטוח בע"מ וכן בגופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסיים בע"מ ו/או מי מטעמן, וישמש לכל עניין הקשור לניהול, תפעול ושירות שוטף של פוליסות/תכניות/מוצרים על שמי, פילוח ועיבוד סטטיסטי, דיוור ישיר, יצירת קשר, שירותים נוספים וקיום חובות שבדין. אני מסכים כי המידע שמסרתי ימסר לסוכן הביטוח/בעל רישיון לצרכי שירות לגורמים נוספים כמתחייב בדין (לרבות במקרה של שינוי במבנה תאגידי).

מדיניות הגנת הפרטיות של קבוצת מגדל זמינה עבורך באתר האינטרנט [www.migdal.co.il](http://www.migdal.co.il) או באפליקציה של החברה.

תאריך  שם החותם  חתימת המבוטח

### 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 כיסויים ביטוחיים ומוצרים ו/או שירותים פניוניים, פיננסיים ואחרים ולפנייה בהצעה לרכישתם, וזאת בין היתר באמצעות פקסימיליה, הודעה אלקטרונית (דוא"ל), הודעת מסר קצר (SMS), מערכת חיוג 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](mailto:mokedbi@migdal.co.il).

תאריך  שם המועמד לביטוח  חתימת החותמת

