

לכבוד
הפניקס חברה לביטוח בע"מ
באמצעות ג' א סוכנות לביטוח בע"מ
על ידי פקסימיליה : 03 - 6095999

טופס הצעה - ביטוח אחריות מקצועית לוטרינרים לחיות מחמד

בהמשך להצעתכם אני מבקש/ת לערוך פוליסת אחריות מקצועית לצורך עיסוקי כוטרינר/ית לחיות מחמד.

1. שם הרופא/ה הוטרינר/ית: _____ ת.ז.: _____
2. כתובת המרפאה _____

| | | | |
|------|---------|------|-------|
| רחוב | מס' בית | ישוב | מיקוד |
|------|---------|------|-------|
3. טלפון במרפאה: _____ פקס: _____ סלולרי: _____
4. כתובת פרטית _____

| | | | |
|------|---------|------|-------|
| רחוב | מס' בית | ישוב | מיקוד |
|------|---------|------|-------|
5. תאריך תחילת הביטוח: ____/____/____ תאריך סיום הביטוח: ____/____/____
6. גבולות אחריות למקרה ולתקופה: 400,000 ש"ח
7. שנות ניסיון כוטרינר/ית לחיות מחמד _____
8. חברה בארגונים מקצועיים: כן לא, אם כן - פרטי _____
9. תביעות בעבר: כן לא, אם כן - פרטי _____
10. פרטי המבוטחים

| פרמיה שנתית ש"ח | מס' ת.ז. | שם הרופא/ה | |
|-----------------|----------|------------|------------------------------|
| 2,000 | | | א. הרופא המבוטח |
| 1,000 | | | ב. רופא שותף |
| 1,000 | | | ג. רופא שותף |
| 500 | | | ד. רופא/ה שכיר/ה - קבלן משנה |
| 500 | | | ה. רופא/ה שכיר/ה - קבלן משנה |
| 0 | | | ו. מספר אסיסטנטים _____ |
| | | | ז. סה"כ פרמיה שנתית לתשלום |

* במקרה ויש וטרינרים נוספים יש למלא רשימה נוספת.

אני מבקש/ת לשלם באמצעות כרטיס אשראי מסוג: ויזה ישראלכרט אמריקאן אקספרס זיינרס

מספר הכרטיס: _____ תוקף עד: _____ / _____

אחר _____ הרשאה לבנק מס' תשלומים: _____ * **עד 10 תשלומים**

_____ X _____
 תאריך שם בעל כרטיס האשראי חתימת בעל הכרטיס



כיסוי רטרואקטיבי:

מאחר וידוע לי כי הפוליסה מכסה תביעות בגין אירועים אשר מקורם בתקופת הביטוח והוגשה בגינם תביעה בתקופת הביטוח, אני מבקש/ת להחיל את הפוליסה גם על מקרים שקרו טרם תקופת הביטוח.

א. 1. אני מצהיר/ה כי ב - ____ שנים אחרונות הייתי מבוטח/ת בביטוח אחריות מקצועית בחברת הביטוח _____.

ב. 1. אני מצהיר/ה כי לא הייתי מבוטח/ת ומבקש/ת כיסוי רטרואקטיבי לשנתיים תמורת תוספת פרמיה בשיעור של 25% לפרמיה השנתית המפורטת בסעיף 8 ז'.
2. אני מצהיר/ה כי לא ידוע לי על כל תביעות בגין תקופה זו.

ג. 1. אני מוותר/ת על כיסוי רטרואקטיבי.

* סמן לבחירתך.

_____X

חתימה

שם החותם

תאריך