

טופס הצעה - ביטוח אחריות מקצועית לוטרינרים לחיות מחמד

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

1. שם הרופא/ה הוטריןר/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 כוטריןר/ית לחיות מחמד _____
8. חברה/ה בארגונים מקצועיים: ☐ כן ☐ לא, אם כן - פרטי _____
9. תביעות בעבר: ☐ כן ☐ לא, אם כן - פרטי _____

10. פרטי המבוטחים

שם הרופא/ה	מס' ת.ז.	עלות שנתית ש"ח	
א. הרופא המבוטח		2,000	
ב. רופא שותף		1,000	
ג. רופא שותף		1,000	
ד. רופא/ה שכיר/ה - קבלן משנה		500	
ה. רופא/ה שכיר/ה - קבלן משנה		500	
ו. ס"ה עובדים במרפאה _____			
ז. הנחה מיוחדת		20% (-)	
ח. סה"כ עלות שנתית לתשלום			
הרחבות		תוספת לעלות השנתית	
☐ הרחבה להוצאות דיבה		ללא חיוב	
☐ הרחבת לאובדן מסמכים		ללא חיוב	
☐ הרחבה לאי יושר עובדים		ללא חיוב	
☐ הוצאות משפטיות בהליך פלילי		ללא חיוב	
הנחה מיוחדת		20% (-)	

* במקרה ויש וטריןרים נוספים יש למלא רשימה נוספת.

הערה: הנחה מיוחדת תוענק במידה וביטוח המרפאה נעשה באמצעותינו.



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 10 ח'.

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

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

מספר הכרטיס: תוקף עד: /

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

תאריך שם בעל כרטיס האשראי חתימת בעל הכרטיס X

- לאחר מילוי פרטי טופס ההצעה אנא שלח/י בפקס 03-6095999. הכיסוי יכנס לתוקף עם קבלת הטופס במשרדנו ולאחר אישור חברת הביטוח.