



שם הסוכן/סוכנות:	מספר סוכן/סוכנות:
------------------	-------------------

## חלק א'

שם המציע		פרטי המציע והתקשרות עמו	
ת.ד. / ח.פ. / ע.מ.			
מס' טלפון נייד	מס' טלפון	מס' פקס	דואר אלקטרוני
כתובת העסק *	יישוב	רחוב	מספר
* במידה והעסק מסוכם במספר כתובות יש לציין את כל הכתובות הנדרשות לביטוח:			
1. _____			
2. _____			
3. _____			

מיום: _____ / _____ / _____	עד ליום: _____ / _____ / _____	בחצות	תקופת הביטוח המבוקשת
-----------------------------	--------------------------------	-------	----------------------

<input type="checkbox"/> הוראת קבע <input type="checkbox"/> מזומן <input type="checkbox"/> כרטיס אשראי <input type="checkbox"/> כרטיס מסוג _____	<input type="checkbox"/> תוקף הכרטיס	<input type="checkbox"/> כרטיס מס' _____	אופן הגביה
---	--------------------------------------	--	------------

<input type="checkbox"/> מספרות <input type="checkbox"/> קוסמטיקאיות <input type="checkbox"/> מכוני יופי	תיאור פעילות העסק
--	-------------------

העסק נמצאת בקומה: _____ מתוך _____ קומות זיקת המציע: <input type="checkbox"/> המבנה בבעלות המציע <input type="checkbox"/> בשכירות <input type="checkbox"/> בדמי ספתח המבנה בנוי: _____ <input type="checkbox"/> אבן <input type="checkbox"/> לבנים ובטון <input type="checkbox"/> איסכורית/פח <input type="checkbox"/> עץ <input type="checkbox"/> אחר, פרט: _____ <input type="checkbox"/> אחר, פרט: _____ תאר בקצרה את סביבת העסק והיכן היא מסוקמת: _____	תיאור ומידע אודות מבנה העסק המבוססת
האם לעסק רישיון עסק בתוקף? <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	מפני סיכוני אש
האם לעסק אישור כיבוי אש בתוקף? <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין	
מטפים <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין מס' מטפים _____ סוג מטפים _____ ק"ג	
ברזי שריפה <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין מס' ברזים _____	
גלאי עשן <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין האם מחוברים למוקד? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
מתזים <input type="checkbox"/> יש <input type="checkbox"/> אין סוג: _____ אוטומטי <input type="checkbox"/> חצי אוטומטי <input type="checkbox"/> ידני	
סוגי כל הדלתות ואמצעי נעילתן - פרט: _____ סוגי הסגירה וההגנה בכל החלונות והאשנבים פרט: _____ האם כל המזגנים החיצוניים מסורגים? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, פרט: _____ חלון הראוה מוגן ב: תריס מתקפל <input type="checkbox"/> דלת הזזה <input type="checkbox"/> זכוכית משוריינת <input type="checkbox"/> אחר פרט: _____	מפני סיכוני פריצה
האם מותקנת מערכת אזעקה במבנה העסק? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא במידה וכן, נא ציין את סוג המערכת: _____ האם קיים חיבור למוקד <input type="checkbox"/> אלחוטי או <input type="checkbox"/> קווי חייגן ל- _____ מנויים הגנות אחרות: _____	



בהתייחס לאחד או יותר מהכיסויים המבוקשים בהצעה זאת, ענה לשאלות הבאות: האם היית או הינך מבוטח בהווה באיילון חברה לביטוח בע"מ או בחברה אחרת בשלוש השנים האחרונות? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא אם כן, נא פרט: שם החברה _____ סוג הביטוח _____ תקופת הביטוח _____		
האם נדחתה אי פעם הצעתך ו/או בוטלה פוליסה שלך ביזמת חברת ביטוח ו/או סירבו לחדשה, בנין אחד או יותר מהכיסויים המבוקשים: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן נא פרט הסיבות: _____		
האם נדרשו ע"י חברת ביטוח כלשהי תנאים לשם קבלת הסיכון ו/או להמשך הכיסוי? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן נא פרט הסיבות: _____		
<b>תביעות / נזקים קודמים</b> האם בשלוש השנים האחרונות נגרמו נזקים ו/או הוגשו תביעות כתוצאה מסיכון המוצע לביטוח בהצעה זו: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן נא פרט:		
סוג ותיאור הנזק	תאריך האירוע	סכום שנתבע/שולם
נא פרט אלו אמצעי הגנה ננקטו לאחר הנזקים/ים:		

האם רכוש ו/או חביונות העסק (העסק) המוצעים לביטוח להלן, מבוטחים גם בחברות ביטוח אחרות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן, נא פרט: שם החברה: _____ תקופת ביטוח מ- _____ עד _____ סוג הביטוח / הכיסוי וסכומי הביטוח: _____
--

האם יש שעבוד לרכוש המוצע לביטוח וברצונך לכלול סעיף בפוליסה בהתאם? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן אם כן, נא פרט לטובת מי השעבוד: _____ פרוט הרכוש המשועבד: _____ כתובת המשעבד: _____
---

מה ניסיוןך בתחום עיסוקך? במידה והינך עוסק/ת בכמה תחומי התמחות נא פרט/י ניסיוןך בכל אחד מהם: אגא פרט/י הכשרתך לכל תחום מתחומי עיסוקך, לרבות תעודות הסמכה ומאיזה גורם ניתנו: במידה ובעסק מספר עובדים, יש לפרט לגבי כל אחד מהם:				
שם מלא	מספר ת.ז.	תחום/תחומי ההתמחות	ותק מקצועי	האם קיימת תעודת הסמכה ומאיזה גורם היא ניתנה
עובדים נוספים (שאינם מטפלים) - ללא צורך בפירוט שמי:				

### חלק ב' - פרקי הפוליסה והכיסויים המבוקשים

פרק 1	ביטוח תכולת העסק <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	סכום ביטוח לתכולה (למעט ציוד אלקטרוני) בערך כינון	הערות
ביטוח כל הסיכונים לתכולת העסק		סכום ביטוח לציוד אלקטרוני נייח***	* פרק זה כולל כיסוי רעידת אדמה ונזקי טבע, לא ניתן להסיר כיסוי זה מהפוליסה.
		סכום ביטוח לציוד אלקטרוני נייח***	** תשומות ליבכם לאפשרות להרחבת הכיסוי לציוד אלקטרוני באמצעות פרק 10 - גיבוי פלוס בפוליסה, בעיקר בכל הקשור לנזקים אלקטרוניים ושיחזור מידע.
		סכום ביטוח לציוד אלקטרוני נייח*** *** יש לצרף רשימת ציוד אלקטרוני לביטוח תוך פירוט סוג הציוד, דגם ושנת ייצור	

פרק 2	ביטוח מבנה העסק <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	סכום ביטוח	הערות
ביטוח כל הסיכונים למבנה העסק		חלופה א': סכום ביטוח מבנה + שיפורי דיור	* פרק זה כולל כיסוי רעידת אדמה ונזקי טבע, לא ניתן להסיר כיסוי זה מהפוליסה.
		חלופה ב': סכום ביטוח שיפורי דיור בלבד	** פרק זה כולל הרחבה לפריצה למבנה: עד סך של 10% מסכום ביטוח המבנה ועד לסך מרבי של 50,000 ₪.

פרק 3 פריצה לתכולה	ביטוח פריצה לתכולת העסק כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	סכום הביטוח	* סכום הביטוח בפרק זה צריך להיות זהה לסכום ביטוח התכולה. ש
פרק 4 אובדן רווחים	ביטוח אובדן רווחים כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	סכום ביטוח	* פרק זה כולל כיסוי רעידת אדמה ונזקי טבע, לא ניתן להסיר כיסוי זה מהפוליסה. ש
	רווח גולמי שנתי		ש
	הוצאות הכנת תביעה		ש
	תקופת שיפוי	3 חודשים <input type="checkbox"/> 6 חודשים <input type="checkbox"/> 12 חודשים <input type="checkbox"/>	
פרק 5 אובדן הכנסות	ביטוח אובדן הכנסות כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	סכום ביטוח	* פרק זה כולל כיסוי רעידת אדמה ונזקי טבע, לא ניתן להסיר כיסוי זה מהפוליסה. ** סכום הפיצוי היומי לא יעלה על סך של 5,000 ₪ ליום *** תקופת הכיסוי המקסימלית הינה 100 ימים. ש
	סכום הפיצוי היומי המבוקש		
פרק 6 אובדן דמי שכירות	ביטוח אובדן דמי שכירות כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	סכום ביטוח	* מעל לכיסוי הבסיסי בפרק 2 (ביטוח מבנה). ** פרק זה כולל כיסוי רעידת אדמה ונזקי טבע, לא ניתן להסיר כיסוי זה מהפוליסה. ש
	סכום ביטוח		ש
	תקופת שיפוי	3 חודשים <input type="checkbox"/> 6 חודשים <input type="checkbox"/> 12 חודשים <input type="checkbox"/>	
פרק 7 שבר שמשות ומשטחי זכוכית	ביטוח שבר שמשות ומשטחי זכוכית כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	סכום ביטוח	* מעל לכיסוי בסיסי בסך של 25,000 ₪ ש
	סכום ביטוח		
פרק 8 נזקי טרור	ביטוח נזקי טרור כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	סכום ביטוח	* הכיסוי הינו על בסיס נזק ראשון למקרה ולתקופת הביטוח ** גבול אחריות מקסימלי 100,000 ₪ ש
פרק 9 כספים	ביטוח כספים כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	סכום ביטוח	* הכיסוי הינו על בסיס נזק ראשון למקרה ולתקופת הביטוח ש
פרק 10 גיבוי פלוס (בטוח מאגרי מידע ומערכות ממוחשבות) כיסוי שיויר	הכיסוי השיויר עפ"י פרק זה, הינו כיסוי משלים לכיסוי עפ"י פרק 1 - ביטוח כל הסיכונים לתכולת העסק, ומתייחס לצידוד האלקטרוני המפורט ברשימה. לתשומת לבך: פרק זה אינו מכסה כל אובדן או נזק המכוסה במסגרת פרק 1 - ביטוח כל הסיכונים התכולה.		
	פרק משנה 1 - ביטוח הרכוש (צידוד נייד) כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	סכום ביטוח	* יש לצרף רשימת צידוד מפורטת הכוללת את תיאור הצידוד וסכום הביטוח המתייחס אליו. ש
	פרק משנה 2 - כיסוי מאגרי מידע ותוכנה כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		ש
	פרק משנה 2א' - כיסוי מאגרי מידע ותוכנה מקיף כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		ש
	אמצעים להקלת הסיכון: האם קיים מכשיר אל-פסק (UPS) דרכו מחוברים המחשבים למערכת החשמל? כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> אם מותקנת תוכנת אנטי-וירוס במחשבים? כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> פרט את סוג הגיבוי שמבוצע (יומי/שבועי/דו שבועי/אחר) _____ *תשומת ליבך לאופן הגיבוי הנדרש כמפורט בפוליסה.		
	פרק משנה 3 - הוצאות תפעול נוספות כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		* פיצוי של עד 90 ימים. ** מקסימום 3,000 ₪ ליום. *** השתתפות עצמית: 3 ימי עבודה
	*כיסוי למחשב נייד הרחבה לפרק 10 כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ללא פריצה מרכב <input type="checkbox"/> כולל פריצה מרכב <input type="checkbox"/> הרחבה לכיסוי מחשב נייד בחו"ל: כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		* יש לצרף רשימת צידוד מפורטת הכוללת את תיאור הצידוד וסכום הביטוח המתייחס אליו. ** בכפוף לתנאי סיגון ש



חלופה א' - ביטוח אחריות כלפי צד ג' בלבד

פרק 11 חבות כלפי צד שלישי	ביטוח אחריות כלפי צד ג' כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	יש לציין את גבול האחריות המבוקש : (גבול האחריות המינימלי הינו 500,000 ₪ למקרה ולתקופת הביטוח)
	למקרה ולתקופת הביטוח	₪
האם הוגשה נגדך תביעה ב- 5 השנים האחרונות או ידוע לך על אירוע העלול לגרום לתביעה בקשר עם העסק ופעילותו לגביהם מבוקש הביטוח? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן נא פרטי:		

חלופה ב' - פוליסה משולבת לביטוח אחריות כלפי צד ג', חבות המוצר ואחריות מקצועית

כיסוי משולב לפרקים: 11 - חבות כלפי צד שלישי 13 - חבות המוצר 14 - אחריות מקצועית	בהתאם לחלופה זאת הכיסוי המבוקש הינו משותף לכיסוי על פי פרקים 11 (ביטוח אחריות כלפי צד ג'), 13 (ביטוח חבות המוצר) ו- 14 (ביטוח אחריות מקצועית) בגבולות האחריות החלופיים שלהלן: * יש לסמן את גבול האחריות המבוקש בגין פרקי הכיסוי השונים ** מודגש כי גבולות האחריות על פי הרחב חבות המוצר והרחבת אחריות מקצועית כלולים בגבולות האחריות של פרק ביטוח אחריות כלפי צד ג' ואינם בנוסף לו.
	יש לבחור את גבול האחריות המבוקש לכיסוי המשולב <input type="checkbox"/> 250,000 ₪ למקרה ולתקופת הביטוח <input type="checkbox"/> 500,000 ₪ למקרה ולתקופת הביטוח <input type="checkbox"/> 750,000 ₪ למקרה ולתקופת הביטוח <input type="checkbox"/> 1,000,000 ₪ למקרה ולתקופת הביטוח <input type="checkbox"/> 1,250,000 ₪ למקרה ולתקופת הביטוח <input type="checkbox"/> 1,500,000 ₪ למקרה ולתקופת הביטוח <input type="checkbox"/> 1,750,000 ₪ למקרה ולתקופת הביטוח

מידע חיתומי:	מחזור שנתי משוער	בישראל בלבד	
	פירוט המוצרים עבורם מבוקש כיסוי	* נא לצרף פרוספקט	
	תיאור מוצרי העסק	נא פרט:	
	מוצרים ספציפיים	נא פרט:	
	שנות ניסיון בעיסוק במוצרים אלה:	נא פרט:	
	האם יש צורך באישור מכון התקנים למוצרים?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא (הכיסוי יינתן רק אם יש ברשותך אישור כזה במידה ונדרשת לכך)	
	אם הינך יצרן:	יש לתאר את תהליך בקרת האיכות של המוצר:	
		האם הנך מצרף הוראות שימוש/תעודת אחריות? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא (אם כן צרף דוגמאות)	
	אם הינך משווק של המוצרים בלבד:	האם אתם שומרים על זכות השיבוב/תביעה מול היצרן? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
		האם חברתכם או המוצר זקוק לאזהרת הציבור מפני סיכונים במוצר? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
		האם לכל העובדים תעודות הסמכה לטיפולים הנערכים על ידם ו/או בהשתתפותם? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא לתשומת לב המציע/ה: הכיסוי כפוף לכך שלמבוטח/ת ולכל העובדים תעודות הכשרה מקצועיות בגין הפעולות והטיפולים המבוצעים על ידם.	
		האם פיטרת או חשבת לפטר בזמן האחרון מי מהעובדים בגלל טעות או רשלנות מקצועית? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, אם כן נא פרט:	
		מספר עובדים: _____	
	עובדים מקצועיים _____		

יש לסמן את ההרחבות המבוקשות במסגרת כיסוי אחריות מקצועית:		הרחבות לביטוח אחריות מקצועית
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> הלחמת ריסים	
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> איפור קבוע	
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> טיפולי מזותרפיה	
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> טיפולי הסרת שיער בשיטת IPL או בלייזר	
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> פדיקור רפואי	
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> קיימת אפשרות לבטח אחריות מקצועית לקוסמטיקאיות העוסקות במניקור ובפדיקור (שאינו רפואי) בלבד	
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> אי יושר עובדים	
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> אובדן מסמכים	
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> הוצאת דיבה	
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> הרחבת שותפים יוצאים	
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> הרחבת שותפים נכנסים	

לתשומת לב המבוטח: הכיסוי הביטוחי בגין הפעילויות העיסוקים המיוחדים המפורטים לעיל, כפופים לתנאים המיוחדים שלהלן וכן למפורט בפרק ו' בפוליסה ("הרחבות המתייחסות לפרקי ביטוח החבויות בלבד").

לא תכוסה כל חבות, וכן לא יכוסה מקרה ביטוח כהגדרתו בפרק ביטוח תאונות אישיות, הנובעים או קשורים, בין במישרין ובין בעקיפין בטיפולים הבאים:

א. פילינג עמוק (קילוף עור)

ב. טיפול באמצעות מיטות שיזוף מלאכותי.

ג. טיפולים רפואיים למיניהם, לרבות דיקור רפואי, ניתוחים קוסמטיים, ניתוח פלסטי ו/או טיפולים פולשניים מכל סוג ותיאור.

ד. טיפולי ספא

ה. דפילציה - טיפולים ו/או שימוש כלשהו במחטים ו/או בלייזר, לרבות הסרת שיער בשיטת IPL ו/או בכל שיטה אחרת.

ו. טיפולי אפילציה ו/או איפור קבוע למיניהם, אלא אם צוין במפורש אחרת ברשימה.

למרות האמור ניתן לרכוש הרחבה למקרה ביטוח שנגרם בשל טיפול ב-IPL או לייזר, בכפוף להסכמת איילון מראש ובכתב ולתשלום תוספת פרמיה ובתנאי שקוימו כל התנאים המצטברים המפורטים להלן:

1. כל העובדים המבצעים את הטיפול או משתתפים בו עברו הכשרה לטיפול ב-IPL ולייזר על ידי גורם מוסמך ומוכר בתחום בלבד ועמדה/כל העובדים המבצעים את הטיפול או משתתפים בו ניסיון של לפחות שלוש שנים בפועל וברציפות בשימוש במכשור ובשיטת הטיפול הנדרשת בטיפולים אלה, להם הוכשרה.

2. לכל העובדים המבצעים את הטיפול או משתתפים בו ניסיון של לפחות שלוש שנים בפועל וברציפות בשימוש במכשור ובשיטת הטיפול הנדרשת בטיפולים אלה, להם הוכשרה.

תיגבה השתתפות עצמית כפולה מהנקוב בפוליסה בגין כל מקרה ביטוח. מובהר כי במקרה של תביעה משולבת על פי מספר פרקי כיסוי ביטוחי, ההשתתפות העצמית תהיה כפל ההשתתפות העצמית הגבוהה מבין ההשתתפויות העצמיות על פי פרק הכיסוי הרלבנטיים כאמור לעיל.

האם הוגשה נגדך תביעה ב- 5 השנים האחרונות או ידוע לך על אירוע העלול לגרום לתביעה בקשר עם העסק ופעילותו ו/או המוצרים לגביהם מבוקש הביטוח?  לא  כן, אם כן נא פרטי

תאריך רטרואקטיבי (התאריך הקובע) לכיסוי יהיה יום תחילת הביטוח או מועד עריכת הכיסוי לראשונה על פיו. אם אחרת נא ציין: \_\_\_\_\_ (בכפוף לקיום פוליסות ביטוח לתאריכים הקודמים לתקופת הביטוח בפוליסה זו) במידה והתאריך הרטרואקטיבי המבוקש שונה מיום תחילת הביטוח או מועד עריכת כיסוי זה לראשונה, פרט את שם חברות הביטוח בהן היית מבוטח בביטוח בגין חבות סייבר כלפי צדדים שלישיים בתקופות החופפות לתאריך הרטרואקטיבי המבוקש: \_\_\_\_\_

\* לתשומת לב המבוטח:

הכיסוי על פי פרק זה הינו על בסיס מועד הגשת התביעה. דהיינו הכיסוי הביטוחי הינו אך ורק בגין תביעה המוגשת כנגד המבוטח לראשונה במהלך תקופת הביטוח המצוינת ברשימה ושארעה לאחר התאריך הרטרואקטיבי המצוין ברשימה.

בהעדר תאריך רטרואקטיבי קודם, יהיה התאריך הרטרואקטיבי בפרק זה מועד תחילת תקופת הביטוח על פי פרק זה ו/או מועד עריכת הכיסוי לראשונה על פיו, המאוחר מבניהם.

מותנה במפורש כי הכיסוי על פי פרק זה אינו מכסה חבות כלשהי בגין תביעה/ות או מקרה/ים או נסיבה/ות העלולים/ות להוות עילה לתביעה - אשר הובאו לידיעת המבוטח ו/או יחידיו ו/או נציגיו לפני תחילת תקופת של כיסוי זה, וזאת בין אם אוזכרו ובין אם לא אוזכרו בהצעת הביטוח ו/או במידע החיטומי שהועבר למבטח לקראת הוצאת פוליסה זאת או עריכת הכיסוי או חידושו.

פרק 12 חבות מעבידים		ביטוח חבות מעבידים <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	גבול אחריות: 20,000,000 ₪ למקרה ולתקופת הביטוח
נא ציין את מספר העובדים בעסק בהתאם לעיסוקים המפורט בטבלה ושכרם השנתי:			
סוג העיסוק	מס' העובדים בכל סוג עיסוק	שכר עבודה שנתי	
עובדי מנהלה ומשרד			
עובדים אחרים (לרבות בתחום השירות, מטפ-לים, ניקיון וכד')			
סה"כ			
הכיסוי המבוקש: לפי מס' עובדים או לפי שכר עבודה שנתי			
האם מבוקש כיסוי עבור בעלי שליטה?		שם מלא	ת.ז.
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, במידה וכן יש לציין את הפרטים הבאים:			
האם הוגשה נגדך תביעה ב- 5 השנים האחרונות או ידוע לך על אירוע העלול לגרום לתביעה בגין נזקי גוף למי מהעובדים ו/או עובדים אשר היו משולבים בפעילות העסק? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן נא פרט:			

תאונות אישיות				
ביטוח תאונות אישיות <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא				
יש למלא פרטי המבוטחים כמפורט להלן. כמו כן יש למלא את השאלון בחלק ג' מטה לגבי כל אחד מהמועמדים לביטוח.				
שם פרטי ומשפחה	ת.ז.	תאריך לידה	סכומי ביטוח	הרחב נסיעה ברכב מנועי דו גלגלי
			שוות	פיקצוי שבועי
			נכות מלאה קבועה/זמנית	
מועמד 1			ש	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
מועמד 2			ש	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן

**הערות:**  
 \* סכום הביטוח המינימלי בגין מוות ו/או נכות מלאה קבועה או צמיתה הינו 50,000 ₪  
 \*\* הפוליסה כוללת כיסוי בסיסי הניתן חנים לאחד מבעלי העסק.  
 \*\*\* גיל כניסה מירבי לביטוח הינו 70 שנה.  
 \*\*\*\* הכיסוי בגין פיקצוי שבועי הינו החל מהיום השמיני (8).  
 \*\*\*\*\* סכום הביטוח המקסימלי לפיקצוי שבועי הינו 2,400 ₪.

פרק 15.1		סייבר צד ראשון	
ביטוח סייבר צד ראשון	סכום ביטוח	* הכיסוי הינו על בסיס נזק ראשון למקרה ולתקופת הביטוח	
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	ש	** גבול האחריות המקסימלי על פי פרק זה הינו 200,000 ₪	
הרחבה אופציונלית להוצאות בדבר הודעה ללקוח	ש	* גבול האחריות על פי הרחב זה לא יעלה על 20% מגבול האחריות בפרק	
פרק 15.2		אחריות סייבר כלפי צד שלישי	
ביטוח אחריות סייבר כלפי צד ג'	גבול אחריות למקרה ולתקופת הביטוח	* הכיסוי הינו על בסיס נזק ראשון למקרה ולתקופת הביטוח.	
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	ש	הינו 200,000 ₪ למקרה ולתקופת הביטוח.	
הרחבה אופציונלית להוצאות בדבר הודעה ללקוח	ש	* גבול האחריות על פי הרחב זה לא יעלה על 20% מגבול האחריות בפרק	
הרחבה אופציונלית להוצאות יחסי ציבור	ש	* גבול האחריות על פי הרחב זה לא יעלה על 20% מגבול האחריות בפרק	

שאלות בקשר עם ביטוח נזקי סייבר וחבות סייבר כלפי צד ג'	
1. כללי	
א. כמה מחשבים (יחידות קצה) בבית העסק? _____	
ב. כמה שרתים בבית העסק? _____	
ג. האם שמירת המידע נעשית באופן חופף או שקיימת חלוקה בין אופן השמירה וגיבוי המידע בשרתים השונים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	
2. האם חלק ממחזור הכנסות של המציע נובע או עתיד לנובע מפעילות בארה"ב ו/או מול לקוחות מארה"ב? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	
3. האם המציע עוסק במכירת מוצרים ו/או מתן שירותים באמצעות האינטרנט <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	
4. האם הוגשו תביעות נגד המציע או מי מטעמו או שהתעוררו נסיבות שהיו עלולות להוביל לתביעות נגדו ו/או נגד מי מטעמו בקשר עם פעילות אינטרנט של המבוטח, מערכת/ות המחשב שלו, אתר האינטרנט שלו, מיילים שלו ו/או של מי מהפועלים מטעמו ו/או כל פעילות רשת או אינטרנט אחרת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן במידה וכן, נא פרט: _____	
5. האם נתגלתה בעבר פריצה ו/או חדירה ו/או אירוע ו/או חשד לאירוע חדירה לרשת המחשבים של המבוטח על אירועים כאמור אשר נטען על ידי צד שלישי שאירוע עקב מעשה ו/או מחדל ו/או באחריות של המבוטח <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן במידה וכן, נא תאר את האירוע והאמצעים שנקטו על ידי המציע כדי למנוע הישנותו: _____	
6. האם ברשות המבוטח ובכל מחשבי המבוטח מיושמים אמצעי הבטיחות הבאים? א. תוכנת להגנה מפני חדירה של צדדים שלישיים ו/או וירוסים (Firewall). <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן ב. גיבוי מידע, קבצים ותוכנות לפחות אחת לחודש <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן ג. החלפת סיסמאות לפחות אחת ל- 6 חודשים <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן ד. החלפה מיידית של שמות משתמש סיסמאות ואמצעי ביטחון אחרים במידה שהמציע גילה או שקיים חשד סביר לכך שאמצעי בטיחות אלה נחשפו לצדדים שלישיים. <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	

תאריך רטרואקטיבי (התאריך הקובע) לכיסוי יהיה יום תחילת הביטוח או מועד עריכת הכיסוי לראשונה על פיו. אם אחרת נא ציין: _____ (בכפוף לקיום פוליסות ביטוח לתאריכים הקודמים לתקופת הביטוח בפוליסה זו)	
במידה והתאריך הרטרואקטיבי המבוקש שונה מיום תחילת הביטוח או מועד עריכת כיסוי זה לראשונה, פרט את שם חברות הביטוח בהן היית מבוטח בביטוח בגין חבות סייבר כלפי צדדים שלישיים בתקופות החופפות לתאריך הרטרואקטיבי המבוקש: _____	
* לתשומת לב המבוטח:	
הכיסוי על פי פרק זה הינו על בסיס מועד הגשת התביעה. דהיינו הכיסוי הביטוחי הינו אך ורק בגין תביעה המוגשת כנגד המבוטח לראשונה במהלך תקופת הביטוח המצוינת ברשימה ושארעה לאחר התאריך הרטרואקטיבי המצוין ברשימה.	
בהעדר תאריך רטרואקטיבי קודם, יהיה התאריך הרטרואקטיבי בפרק זה מועד תחילת תקופת הביטוח על פי פרק זה ו/או מועד עריכת הכיסוי לראשונה על פיו, המאוחר מבניהם.	
מותנה במפורש כי הכיסוי על פי פרק זה איננו מכסה חבות כלשהי בגין תביעה/ות או מקרה/ים או נסיבה/ות העלולים/ות להוות עילה לתביעה - אשר הובאו לידיעת המבוטח ו/או יחידיו ו/או נציגיו לפני תחילת תוקפו של כיסוי זה, וזאת בין אם אוזכרו ובין אם לא אוזכרו בהצעת הביטוח ו/או במידע החיתומי שהועבר למבטח לקראת הוצאת פוליסה זאת או עריכת הכיסוי או חידושו.	

יש למלא השאלות על פי חלק זה על ידי כל אחד מהמועמדים לביטוח:

שם המועמד	מועמד 1	מועמד 2
האם את/ה חולה כעת במחלה כלשהי או מקבל/ת טיפול רפואי כלשהו או תרופות כלשהן?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
האם היית מסוגל/ת לעבוד במשך 12 החודשים האחרונים לפני סילוי הצהרה זו?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
במידה ולא יש לפרט את הסיבה למגבלה, המגבלות ופרק הזמן בו לא היית מסוגל/ת לעבוד	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
האם הינך עוסק/ת בענף ספורט הנחשב לענף מסוכן במיוחד כגון: סקי מים, גלישת מצוקים, טיפוס הרים, ספורט חורף, צניחה, גלישה או דאייה באוויר, היאבקות, אגרוף, צלילה, ציד ורכיבה על סוסים (להלן: "ספורט אתגרי") מכל סוג שהוא? אם כן, יש לפרט את ענף הספורט האתגרי בו הינך עוסק	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
פרט/י מום, או מחלה או ליקויים שאובחנו בך לפני מועד ההצטרפות לביטוח בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד, שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח:	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
האם הינך מקבל/ת או האם במהלך השנה האחרונה הגשת בקשה לקבלת תגמולים מהמוסד לביטוח לאומי או ממשרד הבי-טחון או מגוף ממלכתי אחר בגין נכות?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
האם סבלת בעבר מאובדן כושר עבודה זמני כתוצאה מתאונה או מחלה? אם כן, פרט: 1. אחוז אובדן הכושר הזמני 2. משך אובדן הכושר הזמני	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
הרחבות מבוקשות: 1. הרחבת כל המחלות 2. סיכון מלחמה פסיבי 3. כפל פיצוי לאי כושר במקרה אשפוז עקב מקרה ביטוח 4. כפל פיצוי לאי כושר במקרה אשפוז עקב מקרה ביטוח 5. תוספת לסכום הביטוח (במוות או נכות) 6. ביטוח לחיילים בחופשה ו/או לחיילים בשירות חובה בגין מקרה ביטוח בישראל בלבד	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
<b>ביטוח אחר</b>		
האם ברשותך פוליסת ביטוח דומה לפוליסה המתחדשת הנערכת באמצעות איילון חברה לביטוח?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
במידה וכן, האם ברצונך לבטל פוליסה זאת?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
במידה ואינך רוצה לבטל את הפוליסה הדומה האם הוסבר לך, טרם חתימתך על טופס זה, כי פוליסה זאת הינה פוליסה נוספת המבטחת מקרה ביטוח דומה לפוליסה הקיימת שבידך וכי ייגבו ממך דמי ביטוח נפרדים עבור כל אחת מהפוליסות? * יש לשים לב כי לעניין הפיצוי השבועי, הסכום לו יהיה זכאי המבוטח לא יהיה גבוה מ- 75% משכרו של המבוטח בסמוך למועד קרות מקרה הביטוח, וזאת גם אם סכומי הביטוח המצטברים בפוליסות השונות גבוה יותר.	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
<b>ויתור על סודיות (ייחתם על ידי כל אחד מהמועמדים לביטוח)</b>		
אני החתום מטה מצהיר שהתשובות דלעיל נכונות ואמיתיות ושלא העלמתי דבר בנוגע לביטוח זה. אני נותן בזה רשות לקופת חולים, לבית חולים, ולכל מוסד רפואי אחר ו/או לעובדיהם הרפואיים וכן לכל רופא ו/או לשלטונות צה"ל, ו/או למוסד לביטוח לאומי, למסור לאיילון חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבקש") כל מידע על מצב בריאותי ו/או על כל מחלותיי בעבר, ובהווה לצורך בירור זכויותיי וחובותיי על פי הפוליסה, ומשחרר אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל, ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיה לי כלפיהם כל טענה או תביעה בקשר לכך. ויתור זה יחייב לאחר מותי את עזבוני ואת באי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.		
<b>חתימת המועמדים לביטוח</b>		
חתימה ותאריך (מועמד 1)	חתימה ותאריך (מועמד 2)	

**הערות כלליות/תנאים:**

- יש לציין בכל פרק את ההרחבות שהינך מעוניין בהן, כדי שהמבטח יוכל לשקול את קבלתן בהתאם לבחירתך. הינך רשאי לבחור בהרחבה או לוותר עליה, מבלי שהדבר יפגע ביתר תנאי הביטוח עצמו.
- במידה ולא סומנו הכיסויים על פי הפרקים השונים ו/או סכומי הביטוח/גבולות האחריות המבוקשים לכיסוי מסוים יחשב הדבר כהצהרת המבוטח על אי-רצונו לרכוש כיסוי זה.
- כל עסק הנמצאת במפלט הרחוב, חייבת באמצעי מיגון שיכללו: דלת פלדה בכניסה (מסוג "פלדלת" או דומה) סורגים על שאר כל הפתחים ומע' אדעקה מחוברת למוקד (אלא אם כן אושר אחרת בכתב, ע"י המבטח).



<p>אני/ו החתום/ים מטה, המועמד/ים לבעלות הפוליסה ו/או לביטוח מבקשים בזאת מהמבטח לקבלנו לביטוח. אנו מסכימים, מצהירים בזה ומתחייבים כי:</p>	
<p>1. כל התשובות, כמפורט בהצעה זו, הינן מלאות וכנות.</p>	
<p>2. לא הסתרתי/נו עובדות או פרטים כלשהם בידיעה שהם עניין מהותי, שיש בו כדי להשפיע על נכונותו של מבטח סביר לכרות את החוזה בכלל או בתנאים שבו, <b>ידוע לנו כי אם נעשה כן בכוונת מרמה, דין תשובותינו יהיה כדין תשובה שאינה מלאה וכנה לפי חוק חוזה הביטוח, תשמ"א - 1981.</b></p>	
<p>3. מוסכם בזאת כי הצעה זו תהווה בסיס לחוזה הביטוח ביני לבין איילון חברה לביטוח בע"מ ("המבטח").</p>	
<p>4. הרשות בידי המבטח להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה או קבלתה בתנאים.</p>	
<p>5. <b>ידוע לנו שחוזה הביטוח נכנס לתוקפו רק אם תאושר הצעה זו על ידי המבטח.</b></p>	
<p>6. הנני מתחייב לשלם את הפרמיה במלואה.</p>	
<p>7. אני/נו מצהיר/ים בזאת, כי המידע המבוקש נמסר מרצוני/נו ובהסכמתי/נו, וידוע לי/נו כי הוא נחוץ למבטח לצורך הוצאת פוליסה, גביית תשלומים בגינה, תשלום תגמולי ביטוח וביצוע פעולות נלוות. אני/ו מסכים/ים כי המידע שנמסר על ידי, יועבר לגורמים מטעמו של המבטח לשם מתן שירותי ביטוח, וכן לבנק לצורך גביית תשלומים. האמור לעיל יחול גם לגבי מידע שאמסור למבטח בעתיד, בקשר עם שירותי ביטוח.</p>	
<p>8. הרינו מסכימים כי המידע יימסר לצורך עיבודו ואחסונו לכל אדם או גוף שהמבטח ימצא לנכון לצורך הפקת פוליסת ביטוח, וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה, והקשורים בה</p>	
תאריך	חתימה וחותמת המציע

הודעה והסכמה לפי סעיף 11 לחוק הגנת הפרטיות (דיוור ישיר)	הודעה והסכמה למסירת מידע אישי בכפוף לתיקון מספר 40 לחוק התקשורת (בזק ושידורים), התשס"ח - 2008 סעיף שאינו חובה, לבחירת המבטח
<p>1. הנני מסכים כי הפרטים והנתונים אודותיי ישמשו את המבטח ו/או תאגידים מקבוצת איילון (להלן: "איילון") לצורך יצירת קשר להצעה לרכישה ו/או שיווק של תוכניות, כיסויים ביטוחיים ו/או מוצרים או שירותים פיננסיים ו/או אחרים מטעם איילון ולצורך עיבודים סטטיסטיים, פילוח ומיקוד שיווקי ולמטרות שיפור השירות והטיפול בתביעות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע למטרות אלה לצדדים שלישיים הפועלים בשמה או מטעמה של איילון בעניינים אלה.</p> <p>2. הנני מסכים כי תכנים שיווקיים מהגורמים האמורים יועברו אלי בדרך של דיוור, לרבות דיוור ישיר או שירותי דיוור ישיר או בדרך אחרת, מערכת חיוג אוטומאטי, עות פקסימיליה, מערכת חיוג אוטומאטי, הודעה אלקטרונית, הודעת מסר קצר (SMS) או כל אמצעי תקשורת אחר.</p> <p>3. ידוע לי כי בכל עת אני רשאי לבקש מהמבטח בכתב או בהודעה לכתובת האינטרנט: mail@ayalon-ins.co.il כי הנני מעוניין לחזור בי מהסכמתי זו ולהסירני מרשימת התפוצה.</p>	<p>1. הנני מסכים כי הפרטים והנתונים אודותיי ישמשו את המבטח ו/או תאגידים מקבוצת איילון (להלן: "איילון") לצורך יצירת קשר להצעה לרכישה ו/או שיווק של תוכניות, כיסויים ביטוחיים ו/או מוצרים או שירותים פיננסיים ו/או אחרים מטעם איילון ולצורך עיבודים סטטיסטיים, פילוח ומיקוד שיווקי ולמטרות שיפור השירות והטיפול בתביעות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע למטרות אלה לצדדים שלישיים הפועלים בשמה או מטעמה של איילון בעניינים אלה.</p> <p>2. אני מסכים כי מידע, כאמור, ישוגר אלי אף באמצעות דיוור, לרבות דיוור ישיר או שירותי דיוור ישיר או בדרך אחרת, פקסימיליה, מערכת חיוג אוטומאטי, הודעה אלקטרונית, הודעת מסר קצר (SMS) או כל אמצעי תקשורת אחר.</p> <p>3. אם לא אהיה מעוניין במידע או בפנייה, כאמור, ידוע לי כי הנני רשאי בכל עת להודיע למבטח בכתב או בהודעה לכתובת האינטרנט: mail@ayalon-ins.co.il כי הנני מעוניין לחזור בי מהסכמתי זו ולהסירני מרשימת התפוצה.</p>
תאריך:	תאריך:
חתימה:	חתימה:

צהרת סוכן הביטוח	
<p>הנני מצהיר ומאשר בחתימתי מטה, כי כל הפרטים והמידע שנמסר על ידי המציע בהצעה זו, נרשם ונחתם על ידו 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.</p> <p>כמו כן ביררתי את צרכי הביטוח שלו והסברתי לו את מהות הכיסויים, ההרחבות והתנאים המתייחסים לעריכת 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.</p>	
תאריך	חתימה וחותמת סוכן הביטוח