

**הצעה לביטוח חבויות של ממוני הבטיחות ו/או מהנדס בעל תואר שני בניהול
והנדסת בטיחות ו/או קצין בטיחות ותעבורה**

הטופס מיועד לגברים ונשים כאחד
יש להקפיד למלא את הטופס באופן מדויק ושלם

פוליסת אחריות מקצועית הינה על בסיס הגשת התביעה Claims made

אופן מילוי הצעת הביטוח

יש למלא את טופס ההצעה באנגלית

על ממלא הטופס להיות מנהל, שותף או דירקטור בחברה המבקשת ביטוח בהתאם לפוליסה ועליו לבצע את כל הבדיקות הנדרשות בקרב שותפיו האחרים, דירקטורים ועובדים, בכדי לאפשר מענה על כל השאלות בהצעת הביטוח. אם יש צורך במקום נוסף להשלמת התשובות לשאלות הכלולות במסגרת טופס הצעת ביטוח זו, אנא השלימו את התשובה בסעיף "מידע נוסף". לאחר מילוי הצעת הביטוח יש להחזירו ישירות לסוכן הביטוח שלכם.

Section 1: Company Details

חלק 1: פרטי החברה

1.1 Please state the name and address of the principal company for whom this insurance is required. Cover is also provided for the subsidiaries of the principal company, but only if you include the data from all of these subsidiaries in your answers to all of the questions in this form:

1.1 אנא ציינו את שם החברה העיקרית(הראשית) ועבורה נדרש ביטוח על פי הפוליסה, ואת כתובתה. בנוסף, הכיסוי על פי הפוליסה ניתן גם לחברות בנות של החברה העיקרית, אך ורק אם תכללו את הנתונים של כל החברות הבנות האלה בתשובותיכם לכל השאלות המפורטות בהצעת הביטוח:

Insured/insured company		החברה המבוטחת
Contact name		איש/אשת קשר
Address		כתובת
Phone number		טלפון
Fax		פקס
Email address		כתובת דוא"ל
Website		אתר אינטרנט
Date of Establishment		תאריך הקמה

1.2 Are you:

1.2 האם אתה/ם:

In-house safety officer/department:

No__ Yes לא_כן

ממונה בטיחות שכיר/ ממונה בטיחות במחלקה:

Freelance/independent safety officer/consultant:

No Yes לא_כן

ממונה בטיחות עצמאי/יועץ:

1.3 Please state your fees received in respect of the following years: 1.3 אנא ציינו מחזור הכנסות לגבי השנים שלהלן:

	שנת כספים מלאה אחרונה Last complete financial year	משוער לשנת הכספים הנוכחית: Estimate for current financial year	משוער לשנת הכספים הבאה Estimate for next financial year	
Revenue:				מחזור:

1.4 מספר העובדים בחברה/ מחלקת ממוני בטיחות?
1.4 Number of employees in the company/Safety Officers Department

Other: אחר: Professional: חקצועיים:

Section 2: Activities

2: פעילויות

Please provide a full breakdown of your total revenue by activity The total of all activities listed here should equal 100 %	פירוט מלא של סך הכנסותיכם לפי פעילות. סך כל מהפעילויות הרשומות להלן צריך להגיע ל- 100%
---	---

Safety officer in:	%	ממונה בטיחות ב-
Construction and civil engineering		בניה והנדסה אזרחית
Chemical industry		תעשייה כימית
Agriculture		חקלאות
Ionizing radiation		קרינה מייננת
Work with lasers		עבודה עם לייזר
Hazardous materials		חומרים מסוכנים
Transportation		תעבורה
Fire Safety		אש
Other (please specify)		אחר (אנא פרט)

Section 3: Contract Information

חלק 3: מידע חוזי

מיועד למילוי רק אם הינך ממונה/מהנדס בטיחות עצמאי

To be filled in only if you are a Freelance/Independent safety officer/consultant:

3.1 האם אתם מבצעים עבודות רק במסגרת חוזה בכתב הנחתם עם ועל ידי כל לקוח שלכם?

3.1 Do you carry out work only under a written contract signed by every client?

No | _____ | לא | כן | _____ | Yes

אם התשובה היא לא, אנא הסבירו באילו מקרים לא נחתם חוזה בכתב כאמור, ומדוע.

3.2 האם במסגרת חוזים חתומים עם לקוחותיכם אתם מקבלים אחריות עבור נזקים תוצאתיים או פיננסיים העולים על ערך החוזה?

3.2 Do you ever accept contracts with your customers in which you accept liability for consequential loss or financial damages greater than the value of the contract

No | _____ | לא | כן | _____ | Yes

אם כן, אנא הסבירו מהו שיעור(אחוז) החוזים לגביהם הדבר חל ומהו ערך הגבול העליון שלהם?
If yes, explain what percentage of your contracts this is applicable to and what these are capped at.

איזה אחוז משוער מהכנסותיכם בשנת המס הנוכחית ישולם לקבלני משנה?
3.3 What approximate percentage of your revenue, in your current financial year, will be paid to sub-contractors?

3.4 האם אתם מוודאים כי לקבלני המשנה יש ביטוח אחריות מקצועית משלהם?
3.4 Do you ensure that subcontractors have their own errors and omissions insurance

Yes | _____ | כן | לא | _____ | No

חלק 4: תביעות קודמות ועבר ביטוחי

Section 4: Claims Experience and Insurance History

4.1 אנא פרטו לגבי ביטוח האחריות המקצועית הנוכחי שלכם, אם קיים, ומה אתם מבקשים לגבי שנת הביטוח הבאה.

4.1 Please provide details of your current errors and omissions insurance, if applicable, and what you require for the next year of insurance

מבטח insurer	פרמיה Premium	השתתפות עצמית Deductable	גבול אחריות Limit of Liability	תאריך אפקטיבי Effective Date	תאריך רטרואקטיבי Retroactive Date	
						נוכחי Current
לא רלוונטי N/A	לא רלוונטי N/A					נדרש Required

4.2 אנא פרטו לגבי ביטוח אחריות כלפי צד ג' הנוכחי שלכם, אם קיים, ומה אתם מבקשים לגבי שנת הביטוח הבאה.

4.2 Please provide details of your current general liability insurance, if applicable, and what you require for the next year of insurance

פרמיה Premium	השתתפות עצמית Deductable	גבול אחריות Limit of Liability	תאריך אפקטיבי Effective Date	תאריך רטרואקטיבי Retroactive Date	
					נוכחי Current
לא רלוונטי N/A					נדרש Required

4.3 עבור כל סוגי הביטוח לגביו מתייחס טופס ההצעה, ולאחר בירור לגביהם:

- א. פרטו תביעות שגרמו לכם נזק, בין שהיו מבטוחות או לא, אשר התרחשו בכל אחת מהחברות אשר בגינן מתבקש הביטוח בהתאם להצעת ביטוח (להלן: "חברות המוטחות") (או לכל עסק קיים או קודם של השותפים או הדירקטורים בכל אחת מהחברות לביטוח) במהלך חמש השנים האחרונות, או – האם אתם מודעים לנסיבות כלשהן אשר עלולות ליצור או להוות בסיס לתביעה כנגד מי מהמועמדים לביטוח או כל אחד מהשותפים או הדירקטורים שלהם
- ב. האם הוגשה תביעה כלשהי או צו הפסקה מנהלי כנגד מי מהמועמדים לביטוח, או כל אחד מהשותפים או הדירקטורים שלהם, או
- ג. האם מי מהמועמדים לביטוח או מי מהשותפים או הדירקטורים שלהם נמצאו אשמים בביצוע מעשה פלילי, מעשה לא הוגן או במרמה או שנחקרו על ידי גוף רגולטורי כלשהו?

4.3 Regarding all of the types of insurance to which this application form relates' after enquiry:

- a) Are you aware of any loss or damage, whether insured or not, that has occurred to any of the Companies to be insured (or to any existing or previous business of the partners or directors of any of the Companies to be insured) within the last five years, or
- b) Are you aware of any circumstances which may give rise to a claim against any of the Companies to be insured or any partners or directors thereof, or
- c) Have any claims or cease and desist orders been made against any of the Companies to be insured, or partners and directors thereof, or
- d) Have any partners or directors of the Companies to be insured been found guilty of any

criminal, dishonest or fraudulent activity or been investigated by any regulatory body?

With reference to questions a, b, c and d above: : בהתייחס לשאלות א,ב,ג וד להלן

כן | | Yes

לא | | No

אם התשובה היא "כן", אנא צרפו מידע מלא, כולל הסבר לגבי הרקע לארועים/מעשים אלה, הסכום המקסימלי המעורב/נתבע, באיזה שלב התביעה/ות או הנסיבות וכל עתודה לחשיפה בגין כל אחד מאלה (רזרבה/ות) או תשלום/מים שנעשו על ידיכם ו/או על ידי מבטחים, וכן מועדים כל שלבי התפתחות התביעות והתשלומים.

If the answer to the above is 'yes', then please attach full details including an explanation of the background of events, the maximum amount involved/claimed, the status of the claim(s) or circumstance(s) and any reserve(s) or payment(s) made by you and/or by Insurers, and the dates of all developments and payments

Section 5: Declaration

חלק 5 : הצהרה

אני/אנו הח"מ מבקשים מקופר-נינוה סוכנות לביטוח בע"מ לבטח אותי/אותנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.

- אני מצהיר כי לאחר בדיקה מתאימה, ההצהרות והפרטים שפורטו לעיל הינם אמת וכי לא הצגתי באופן שגוי או הסתרתי כל עובדה מהותית
- אני מסכים כי טופס הצעת הביטוח בצירוף כל מידע מהותי שסופק על ידי יהוו את הבסיס לכל חוזה ביטוח שיבוצע על בסיסו
- אני מתחייב להודיע למבטחים לגבי כל שינוי מהותי בעובדות אלו אם יתרחש טרם שחווה הביטוח בינינו (הפוליסה) ייכנס לתוקף.

I declare that after proper enquiry the statements and particulars given above are true and that I have not misstated or suppressed any material fact.

I agree that this Application Form together with any other material information supplied by me shall form the basis of any contract of insurance effected thereon

I undertake to inform Underwriters of any material alteration to these facts occurring before the completion of the contract.

Full Name : שם מלא

SIGNATURE : חתימה

Position held at Insured : תפקיד אצל המבוטח

Date : תאריך