

_____ אינני מעוניין בכיסוי רטרואקטיבי ואיני חושש מתביעה על התקופה שתלפה וידוע לי שלא יהיה כיסוי ביטוחי בגין התקופה הזו.

_____ אני מעוניין לרכוש כיסוי רטרואקטיבי לשנה אחרונה בתוספת של \$ 30 מיום ההצטרפות. ידוע לי כי אירועים מלפני שנה זו אינם מכוסים וכל עוד לא היתה תביעה או עילה לתביעה עד לחתימת הטופס.

_____ מעוניין להישאר בפוליסה במסלול יום הגשת התביעה.

ניסיון תביעות קודמות בקשר לביטוח אחריות בלבד

רשום את כל התביעות שהוגשו נגדך במהלך 10 השנים האחרונות. אם אין, אנא סמן O אין!

| תאריך האירוע | תאריך התביעה | סכום התביעה | סכום ששולם | פרטי התובע | אופי ההאשמה |
|--------------|--------------|-------------|------------|------------|-------------|
| | | | | | |

פרטי הכיסוי

תקופת הביטוח המבוקשת?

מ- עד-

גבולות האחריות המקצועית (למקרה אחד ולסה"כ בתקופת הביטוח):

\$ 250,000 * \$ 500,000 * \$ 1,000,000 * \$ 2,000,000 *

הרחבה לצד שלישי:

הרחבה לחבות המוצר:

\$ 200,000* \$ 250,000* \$ 30,000 *

- מטפל בעל קליניקה בבעלותו או בשכירות מלאה – נא לפנות למשרדנו לקבלת הצעה לביטוח.
- אני מעוניין שנציג המשרד ייצור עימי קשר בנושא ביטוח אובדן כושר עבודה ותאונות אישיות

הצהרה

אני/אנו מצהיר/ים לאחר בירור, כי כל ההצהרות והפרטים הרשומים בהצעה זו ונספחיה נכונים ושאינן מידע כלשהו, שלא נמסר ועשוי היה להגדיל את סיכון הביטוח או להשפיע על קבלת הצעה זו ואם הפרט לעיל ישתנה בדרך כלשהי, אני/אנו נודיע למבטחים מוקדם ככל האפשר.

אני/אנו מבין/ים שחוסר גילוי עובדות מהותיות אשר עשויות להשפיע על קבלת ההצעה והערכתה, עשוי לגרום לסירוב המבטח לספק שיפוי או לביטול הפוליסה מכל בחינה. אני מסכים/ים בזאת ומקבל/ים שהצהרה זו תהיה הבסיס לחוזה בין שני הצדדים אם יתקיים.

פרטי כ.אשראי _____ תוקף _____ מס.תשלומים _____

תאריך: _____ שם המבוטח: _____ חתימה וחותמת המבוטח _____