



הצעה לביטוח נזקי טרור - מהדורה 1.2023	
מס' סוכן: _____	
שם סוכן: _____	
מס' טלפון: _____	
דוא"ל: _____	
מס' פוליסה: _____	
מציע נכבד, הנך מתבקש להעביר לחברת הביטוח את ההצעה במקור והעתק. חובה עליך לענות על כל השאלות בפרטים מלאים בהתאם לענין. לשאלות כן / לא ודומיהן, סמן x במשבצת המתאימה.	
אלא אם צוין במפורש אחרת והוסכם ע"י המבטח כל הפרטים והתנאים בהצעה זו כפופים לפרטים ולתנאים האמורים בפוליסה לביטוח נזקי טרור (מהדורת "הכשרה בית 2021").	
שים לב! סכומי הביטוח ודמי הביטוח צמודים למדד.	
בקשה לשליחת מסמכי הפוליסות בהתאם לבחירת המבטוח יש לסמן:	
☐ באמצעים דיגיטליים דוא"ל או מסרון ☐ בכתובת המעודכנת בחברה באמצעות דואר ישראל	
א. פרטי המציע ותקופת ביטוח מבוקשת	
שם המציע/המועמד לביטוח:	מציע נוסף:
מס' ת.זהות	מס' ת.זהות
כתובת המציע	כתובת:
רחוב	מס' בית
יישוב	מיקוד
דוא"ל	מס' טלפון
תקופת הביטוח המבוקשת	מיום
עד יום בחצות	
ב. רכוש המבטוח - פרק 1	
מבנה	
1. עבור בניין חלק של בניין המהווה רכוש בבעלות, חכור ע"י המבטוח בדמי מפתח, שכור על ידו בשכירות חודשית	סה"כ סכום הביטוח למבנה _____
2. עבור מבני עור כמפורט להלן ונמצאים בשכנות למבנה הנ"ל, תאר ופרט _____	האם לכלול בביטוח: ☐ לא ☐ כן
תכולה	
עבור תכולה כמפורט מטה רכושו של המבטוח, בפקדונו, בחזקתו, קוסימיו, שותפות:	סה"כ סכום הביטוח לתכולה _____
1. ריהוט וקובעו	
2. מכונות וציוד	
3. מלאי סחורות	
ג. ביטוח לרכוש המפורט לעיל על בסיס "נזק ראשון"	
גבול אחריות החברה עד לסך: _____	
ד. ביטוח אובדן רווחים - פרק 2	
סכום הרווח הגולמי השנתי (כולל הוצאות רווחים ושכר עבודה) _____	
תקופת השיפוי המבוקשת: ☐ 3 חודשים ☐ 6 חודשים ☐ 9 חודשים ☐ 12 חודשים	
השתתפות עצמית לפרק זה: _____ ימים ראשונים מיום קרות הנזק (מינימום 3 ימים)	
ה. ניסיון עבר ביטוחי קודם לרכוש המוצע לביטוח	
האם במשך 3 השנים האחרונות:	
נגרם נזק כתוצאה מסיכון המוצע לביטוח? ☐ לא ☐ כן	
אם כן, ציין תאריך וערך הנזק בשקלים: _____	

אחריות החברה אינה מתחילה אלא לאחר אישור הצעה זו על ידי החברה

***3453**

הכשרה חברה לביטוח בע"מ | המלאכה 6, ת.ד. 1877 חולון 5811801 | 03-7960000 | www.hcsra.co.il

עמוד 1 מתוך 2

ו. אופן תשלום הפוליסה			
☐ מזומנים	☐ תשלומים	☐ שירות שיקים	☐ כרטיס אשראי
עד 3 תשלומים שווים ורצופים מיום תחילת הביטוח - יחשבו כתנאי תשלום מזומן. בפריסה של 4 תשלומים ומעלה יתווספו דמי אשראי והצמדה למדד בהתאם להוראות הדין. יובהר כי דמי האשראי וההצמדה יתווספו החל מהתשלום הראשון ויחולו על כל התשלומים.			

ז. הצהרות וחתימת המציע / המבוטח	
א. אני הח"מ מאשר בזאת מצהיר בזה שהתשובות הינן נכונות ושלא העלמתי כל עניין מהותי הנוגע לביטוח זה, הנני מסכים/מה להודיע מיד לחברה על כל שינוי שיחול בכל עניין מהותי, כמו-כן הנני מסכים/ה שהצעה זו והצעת, תשמשה יסוד לחוזה הביטוח שביני ובין "הכשרה חברה לביטוח".	1 אני מסכים כי המידע ונתונים שמסרתי, כאמור, ישמשו לצורך יצירת קשר עימי, לרבות באמצעות דואר ישראל, תקשורת טלפונית, הודעת מסר קצר (sms), מכשיר פקסימיליה, הודעה אלקטרונית, וכן בדרך ממוחשבת, או בכל אמצעי תקשורת אחר.
2 החברה תהא רשאית להעביר את המידע והנתונים אודותי גם לסוכן הביטוח המטפל בפוליסה מטעמה.	3 הובא לידיעתך, כי אם לא אהיה מעוניין במידע או בפניות כאמור מצד החברה, אוכל להודיע על כך לחברה בכל עת.
☐ אניני מעוניין שתשלחו אלי פניות שיווקיות לגבי מוצרים ו/או שירותים של הכשרה.	
ב. הינני לאשר בזאת כי קראתי את כל האמור לעיל והינני מאשר כי בוצע תהליך התאמת צרכי הביטוח עבורי.	
תאריך	שם מלא של החותם
חתימת המציע/המבוטח: *	

ח. שימוש במידע לפי חוק הגנת הפרטיות
המידע שתמסור ישמר במאגרי המידע של הקבוצה ומוגן בהתאם לחוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981. תשומת ליבך, לא חלה עליך חובה חוקית למסור את המידע, אך היה ולא תסכים למסור את המידע, לא נוכל להעניק לך את השירות/לטפל בפנייתך. המידע המבוקש נדרש לנו, בין היתר, לצורך מתן הצעה לביטוח ו/או התקשרות בעסקת ביטוח ו/או מתן שירות לפוליסה קיימת ו/או טיפול בתביעות ו/או תיווך בביטוח ושיווק פנסיוני, המידע משמש את הכשרה גם לצורך עיבוד נתונים על לקוחות החברה. המידע יימסר לגורמים התומכים בפעילות הביטוחית של החברה וכן לספקים ולצדדים שלישיים אחרים, בין היתר, גם בקשר למטרות אלו. לפירוט בדבר מטרות נוספות שלשמן מבוקש המידע ולמי הוא יימסר, ניתן לעיין במדיניות הפרטיות של החברה המצויה באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.hcsra.co.il במדיניות הפרטיות של החברה, תמצא גם מענה באשר לאופן מימוש זכותך לעיין במידע השמור אודותיך ולתקנו במידת הצורך ובכפוף לדין. ליצירת קשר בכל נושא בנוגע למאגרי המידע של החברה, ובכלל זה עם בעלי השליטה במאגרי המידע, ניתן לפנות לממונה על הגנת הפרטיות או לממונה על פניות הציבור.

ט. הסכמה לקבלת מסרים שיווקיים	
אני מסכים לקבל מהחברה ו/או מחברות קשורות (להלן ביחד: "הקבוצה"), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת בדבר מוצרי ושירותי הקבוצה, באמצעות דוא"ל, מערכת חיוג אוטומטי, הודעת מסר קצר (sms) ורשתות חברתיות ובכל דרך אחרת. אני מסכים שהמידע אודותי ישמר במאגרי הקבוצה ובכלל זה, עיבודו, העברתו ואחסונו, לרבות בענן מחוץ לישראל, וכן פעולות אחרות הנלוות לשימושים האמורים ו/או הנדרשות לשם השלמתם, וזאת אף באמצעות העברת המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של הקבוצה. ידוע לי כי בכל עת באפשרותי לחזור בי מהסכמה זו ע"י מסירת הודעה לחברה באמצעות הטפסים המתאימים המצויים באתר האינטרנט של החברה, שכתובתו www.hcsra.co.il .	
תאריך:	חתימת המבוטח: *