

| תקופת הביטוח המבוקשת |                    |
|----------------------|--------------------|
| תאריך תום הביטוח     | תאריך התחלת הביטוח |
| 31/12/2024           |                    |

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד  
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעפרון

## הצעה לביטוח אחריות מקצועית לעורך-דין - "שכבה בסיסית" כיסוי RUN OFF

טופס מספר **827**

\* טופס זה הינו אישי וייערך לכל עורך דין בנפרד.  
\* הביטוח ייכנס לתוקפו רק לאחר אישור 'מגדל חברה לביטוח בע"מ' מראש ובכתב. יש להחזיר לפקס מספר 03-6246465.

| א. פרטי המציע (עורך דין) |                 |          |               |             |       |
|--------------------------|-----------------|----------|---------------|-------------|-------|
| מספר זהות                | שם משפחה        | שם פרטי  | מספר רישיון   | תאריך הסמכה | 0     |
| יישוב                    | כתובת (רחוב)    | מספר בית | מספר דירה     | ת"ד         | מיקוד |
|                          |                 |          |               |             | 0     |
| מספר טלפון               | מספר טלפון נייד | מספר פקס | דואר אלקטרוני |             |       |
|                          |                 |          |               |             |       |

| גבולות אחריות והשתתפות עצמית  |
|---|
| גבולות האחריות וההשתתפות העצמית הם בהתאם לפוליסה לביטוח אחריות מקצועית לעורך-דין "שכבה בסיסית" או פוליסת RUN OFF התקפה במגדל חברה לביטוח בע"מ במועד הגשת הצעה זו. |

| ב. הסיבה לבקשת RUN OFF (סמן ב-X)  |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> פטירת המבוטח (עיזבון)  | <input type="checkbox"/> הפסקת פעילות / חברות כעורך-דין (שלא עקב השהייה) |
| <input type="checkbox"/> פרישה מלשכת עורכי-הדין*  | <input type="checkbox"/> סירוב המבוטח לחידוש                             |
| <input type="checkbox"/> הגבלת חברות כאמור בסעיף 52(ב) לחוק לשכת עורכי-הדין*  | <input type="checkbox"/> אחר (נא פרט)                                    |
| מועד פטירת המבוטח ו/או פרישה מלשכת עורכי הדין ו/או הגבלת חברות ו/או הפסקת פעילות / חברות כעורך דין (שלא עקב השהייה) _____ |  |
| תאריך הסמכה _____   |  |

### ג. ניסיון ביטוחי קודם של המציע (ב-5 השנים האחרונות)

1. האם בעברך היית מבוטח בביטוח אחריות מקצועית "שכבה עליונה" במגדל או בחברת ביטוח אחרת?  לא  כן, אם כן נא מלא פרטים להלן (ב-5 השנים האחרונות):

| תקופת הביטוח | שם המבוטח | גבול אחריות (בש"ח) | תאריך רטרואקטיבי | הערות |
|--------------|-----------|--------------------|------------------|-------|
|              |           |                    |                  |       |
|              |           |                    |                  |       |
|              |           |                    |                  |       |
|              |           |                    |                  |       |

2. האם הצעתך לביטוח נדחתה אי-פעם ו/או האם מבוטח כלשהו ביטל לך פוליסת אחריות מקצועית ו/או סרב לחדש ו/או התנה תנאים מיוחדים לקבלתך?  
 לא  כן, נא פרט: \_\_\_\_\_

3. האם הוגשה אי-פעם כנגדך ו/או כנגד משרדך ו/או כנגד עורכי-דין קשורים (לרבות שותפים) תביעה הקשורה לעיסוקכם ו/או פעילותכם כעורכי-דין?  
 לא  כן, נא פרט -- שם התובע, מספר תיק אזרחי, שנת קרות התובענה, מהותה ותוצאותיה לרבות סכומים ששולמו או נדרשים שולמו: \_\_\_\_\_



### ג. ניסיון ביטוחי קודם של המציע (ב-5 השנים האחרונות) - המשך

4. האם ידוע לך או הודעת בעבר לחברת הביטוח על מקרה כלשהו העלול להביא לתביעה או להתפתח לתביעה כנגדך?

לא  כן,  נא פרט:

---



---



---

5. האם הושגית מחברותך בלשכת עורכי הדין בישראל ו/או בוטל רישיוןך ו/או הואשמת בעבירה פלילית ו/או משמעיתית?

אנא שים לב! הפוליסה בחברתנו אינה מכסה כל תביעה או אירוע או נסיבות, אשר עשויים להביא לתביעה שהיו ידועים למבוטח קודם לתחילת הביטוח, ותשובה חיובית לשאלה זו אינה מבטלת חריג זה.

לא  כן,  נא פרט:

---



---



---

במידה וקיימת השעייה, אני מאשר לחברת הביטוח לקבל מידע מלשכת עורכי הדין, אודות ההשעייה כאמור.

|                   |                         |       |
|-------------------|-------------------------|-------|
|                   | שם<br>עורך-דין<br>החתום |       |
| * חתימה<br>וחותמת |                         | תאריך |

הערה: אם מקום הכתיבה אינו מספיק, נא פרט בדף נלווה.

### ד. אופן תשלום הפרמיה

המחאה - לפקודת "מגדל חברה לביטוח בע"מ" - 5 תשלומים מיום התחלת הביטוח

כרטיס אשראי - 4 תשלומים מיום התחלת הביטוח

הוראת קבע - 4 תשלומים מיום התחלת הביטוח

### ה. הצהרות המועמד לביטוח

1. הצהרה בדבר המידע שנמסר בהצעה

אני מצהיר בזה כי כל תשובתיי הנ"ל מלאות וככונות, וכי לא העלמתי עובדות או פרטים מהותיים כלשהם המתייחסים להערכת הסיכון ע"י המבטח. מוסכם בזאת כי הצעה זאת תהווה בסיס לחוזה הביטוח ביני ובין מגדל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח"). ידוע לי כי השאלות המופיעות בטופס הצעה זה תחשבה כעניין מהותי על פי הוראות סעיף 6 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א 1981.

|                   |                         |       |
|-------------------|-------------------------|-------|
|                   | שם<br>עורך-דין<br>החתום |       |
| * חתימה<br>וחותמת |                         | תאריך |

2. הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות

אני מאשר שהמידע שמסרתי במסמך זה וכל מידע נוסף שאמסור, נמסר מרצוני ובהסכמתי, ולא חלה עליי חובה חוקית למסור את המידע. ידוע לי כי המידע ישמר במאגרי המידע של החברה ושל גופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסיים בע"מ ו/או מי מטעמן, וישמש לכל עניין הקשור לניהול, תפעול ושירות שוטף של פוליסות/תוכניות/מוצרים על שמי, פילוח ועיבוד סטטיסטי, דיוור ישיר, יצירת קשר, שירותים נוספים וקיום חובות שבדין. אני מאשר כי המידע שמסרתי ואמסור יועבר לצדדים שלישיים, לצורך המטרות הנ"ל, כגון: לסוכני ביטוח, מבטחי משנה וגורמים מתפעלים, (לרבות במקרה של שינוי במבנה התאגיד). מדיניות הגנת הפרטיות של קבוצת מגדל זמינה עבורך באתר האינטרנט <https://www.migdal.co.il> או באפליקציה של החברה.

|                   |                         |       |
|-------------------|-------------------------|-------|
|                   | שם<br>עורך-דין<br>החתום |       |
| * חתימה<br>וחותמת |                         | תאריך |

3. הסכמה לפניות שיווקיות (רשות)

אני מעוניין כי המידע ישמש את מגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או חברות מקבוצת מגדל ו/או גורם מטעמן, לרבות סוכן הביטוח שלי, לצורך שיווק ודיוור ישיר אודות כיוסיים ביטוחיים ומוצרים ו/או שירותים פנסיוניים, פיננסיים ואחרים ולפנייה בהצעה לרכישתם, וזאת בין היתר באמצעות פקסימיליה, הודעה אלקטרונית (דוא"ל), הודעת מסר קצר (SMS), מערכת חיוג אוטומטי או כל אמצעי תקשורת אחר. ידוע לי שבכל עת אוכל לחזור בי מהסכמה זו ולבקש הסרה מרשימת התפוצה השיווקית באמצעות סוכן הביטוח או באתר מגדל או פנייה למוקד קשרי הלקוחות של החברה. טלפון 03-9201010, דואר אלקטרוני [mokedbi@migdal.co.il](mailto:mokedbi@migdal.co.il).

|                   |                         |       |
|-------------------|-------------------------|-------|
|                   | שם<br>עורך-דין<br>החתום |       |
| * חתימה<br>וחותמת |                         | תאריך |

1980 (מהדורה 01.2024)

