



|                   |
|-------------------|
| שם הסוכנות הביטוח |
| חידוש מרוז        |

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

|                      |                    |
|----------------------|--------------------|
| תקופת הביטוח המבוקשת |                    |
| תאריך תום הביטוח     | תאריך התחלת הביטוח |
| 31.12.2026 (בחצות)   |                    |

## הצעה לביטוח אחריות מקצועית מ"השקל הראשון" לעורך-דין/ למשרד עורכי-דין/ לשותפות

טופס מספר 823

• הביטוח ייכנס לתוקפו רק לאחר אישור 'מגדל חברה לביטוח בע"מ' מראש ובכתב. יש להחזיר למספר טלפון 03-6246464 / למייל info@hidush-meroz.co.il

|                          |  |                 |  |          |  |               |  |                       |  |
|--------------------------|--|-----------------|--|----------|--|---------------|--|-----------------------|--|
| א. פרטי המועמד/ים לביטוח |  |                 |  |          |  |               |  |                       |  |
| שם עורך-דין/חברה/שותפות  |  |                 |  |          |  |               |  | מספר זהות/ח"פ/ שותפות |  |
|                          |  |                 |  |          |  |               |  | 0                     |  |
| כתובת (רחוב)             |  | מס' בית         |  | יישוב    |  | מיקוד         |  |                       |  |
|                          |  |                 |  |          |  |               |  |                       |  |
| מספר טלפון               |  | מספר טלפון נייד |  | מספר פקס |  | דואר אלקטרוני |  |                       |  |
|                          |  |                 |  |          |  |               |  |                       |  |

| ב. גבולות אחריות מבוקשים בש"ח |           |               |                          |           |               |                          |            |               |
|-------------------------------|-----------|---------------|--------------------------|-----------|---------------|--------------------------|------------|---------------|
| סמן X                         | למקרה     | לתקופת הביטוח | סמן X                    | למקרה     | לתקופת הביטוח | סמן X                    | למקרה      | לתקופת הביטוח |
| <input type="checkbox"/>      | 1,050,000 | 2,100,000     | <input type="checkbox"/> | 4,200,000 | 8,400,000     | <input type="checkbox"/> | 14,700,000 | 29,400,000    |
| <input type="checkbox"/>      | 2,100,000 | 4,200,000     | <input type="checkbox"/> | 6,825,000 | 13,650,000    | <input type="checkbox"/> | 17,500,000 | 35,000,000    |
| <input type="checkbox"/>      | 3,150,000 | 6,300,000     | <input type="checkbox"/> | 9,450,000 | 18,900,000    | <input type="checkbox"/> | 20,000,000 | 40,000,000    |

|                                                             |  |                                                                   |  |
|-------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|--|
| ג. השתתפות עצמית מבוקשת בש"ח (מתייחס לביטוח מ"השקל הראשון") |  |                                                                   |  |
| נא סמן ב-X את הבחירה המבוקשת.                               |  | סוג ההשתתפות                                                      |  |
| <input type="checkbox"/>                                    |  | רגילה                                                             |  |
| <input type="checkbox"/>                                    |  | מוקטנת                                                            |  |
| <input type="checkbox"/>                                    |  | מוגדלת                                                            |  |
|                                                             |  | לכל נזק אחר                                                       |  |
|                                                             |  | לתביעת מקרקעין                                                    |  |
|                                                             |  | 50,000 <input type="checkbox"/> / 75,000 <input type="checkbox"/> |  |
|                                                             |  | 18,000 <input type="checkbox"/> / 9,700 <input type="checkbox"/>  |  |
|                                                             |  | 75,000 <input type="checkbox"/> / 50,000 <input type="checkbox"/> |  |

|                                                                                                      |                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| ד. הרחבות מבוקשות                                                                                    |                                                           |
| הרחבות (*להרחבות אלה יש לפנות בנפרד באמצעות סוכנויות הביטוח חידוש ומרוז ולהמציא מידע נוסף ככל שידרש) |                                                           |
| שותפים נכנסים* מס' שותפים: _____                                                                     | מעורבים בתשקפים/ הנפקות** אנה פרט מה מעורבותך: _____      |
| שותפים יוצאים* מס' שותפים: _____                                                                     | שיפוט בארה"ב/ קנדה** (מותנה בכך שאין סניפים בארה"ב/ קנדה) |

\* אם נדרשת הרחבה זו יש למלא נספח מתאים (822).  
\*\* יש לצרף מכתב נלווה המפרט את תחום העיסוק בארה"ב וקנדה / מעורבות בתשקפים והנפקות - לרבות אחוז הפעילות מתוך סך הפעילות במשרד.

|                                         |                       |                          |                         |                          |                     |
|-----------------------------------------|-----------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------|
| ה. תחומי פעילות ועיסוק עיקריים של משרדך |                       |                          |                         |                          |                     |
| סמן X                                   | תחום פעילות / עיסוק   | סמן X                    | תחום פעילות / עיסוק     | סמן X                    | תחום פעילות / עיסוק |
| <input type="checkbox"/>                | דיני נזיקין           | <input type="checkbox"/> | משפט מינהלי             | <input type="checkbox"/> | משפט פלילי          |
| <input type="checkbox"/>                | דיני מיסים            | <input type="checkbox"/> | דיני עבודה/ ביטוח לאומי | <input type="checkbox"/> | דיני תעבורה         |
| <input type="checkbox"/>                | דיני משפחה/ מעמד אישי | <input type="checkbox"/> | הוצאה לפועל             | <input type="checkbox"/> | אחר (נא פרט) _____  |
| <input type="checkbox"/>                | משפט מסחרי            | <input type="checkbox"/> | חברות/תאגידים           | <input type="checkbox"/> | _____               |

1. האם תחום פעילותך כולל מקרקעין ומיסוי קשור? ☐ לא ☐ כן

א. נא פרט אחוז שמהווה מסך מחזור הפעילות במשרד \_\_\_\_\_

ב. אנה פרט בהרחבה את תחום העיסוק \_\_\_\_\_

2. האם תחום פעילותך כולל כינוסים/ פירוקים? ☐ לא ☐ כן

א. נא פרט אחוז שמהווה מסך מחזור הפעילות במשרד \_\_\_\_\_

ב. אנה פרט בהרחבה את תחום העיסוק \_\_\_\_\_

3. האם תחום פעילותך כולל נאמנויות? ☐ לא ☐ כן (במידה וסימנת כן נא לענות על שאלות א' ו-ב):

א. נא פרט אחוז שמהווה מסך מחזור הפעילות במשרד \_\_\_\_\_

ב. האם הכספים שהינך מחזיק בנאמנות הינם: ☐ בקשר לעסקה ספציפית, פרט: \_\_\_\_\_

☐ ללא קשר לעסקה ספציפית, פרט: \_\_\_\_\_



010288230103011125

עמוד 1 מתוך 3 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ  
קוד מסמך: 28



## ה. תחומי פעילות ועיסוק עיקריים של משרדך - המשך

4. האם תחום פעילותך כולל **תשקיפים**? ☐ לא ☐ כן

א. נא פרט אחוז שמהווה מסך מחזור הפעילות במשרד \_\_\_\_\_

ב. אנא פרט בהרחבה את תחום העיסוק \_\_\_\_\_

5. האם תחום פעילותך כולל **קניין רוחני**? ☐ לא ☐ כן

א. נא פרט אחוז שמהווה מסך מחזור הפעילות במשרד \_\_\_\_\_

ב. אנא פרט בהרחבה את תחום העיסוק \_\_\_\_\_

## ו. ניסיון ביטוחי קודם של המציע

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

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

2. האם הצעתך לביטוח נדחתה אי-פעם ו/או האם מבטח 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 - שנת קרות התובענה, מהותה ותוצאותיה לרבות סכומים ששולמו או נדרשים וטרם שולמו: \_\_\_\_\_

4. האם ידוע לך על מקרה כל שהוא העלול להביא לתביעה או להתפתח לתביעה כנגדך?

☐ לא ☐ כן, ◀ נא פרט: \_\_\_\_\_

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

אנא שים לב! הפוליסה בחברתנו מחריגה כל תביעה או אירוע או נסיבות, אשר עשויים להביא לתביעה שהיו ידועים למבטוחים 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.

חתימה  
וחותמת★

שם  
עורך-דין  
החתום

תאריך

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

(מהדורה 11.2025)





## ז. פרטים על מצבת כוח אדם במשרד

### 1. פרטי עורכי-הדין במשרד

יש לפרט את שמות כל עורכי-הדין במשרד (גם אם מדובר בעורך דין יחיד) אם המקום אינו מספיק נא לצרף דף נלווה

| מספר זהות | שם משפחה | שם פרטי | מספר רישיון | תאריך הסמכה | סוג השתתפות (שותף/שכיר/אחר) | תאריך הצטרפות |
|-----------|----------|---------|-------------|-------------|-----------------------------|---------------|
|           |          |         |             |             |                             |               |
|           |          |         |             |             |                             |               |
|           |          |         |             |             |                             |               |
|           |          |         |             |             |                             |               |
|           |          |         |             |             |                             |               |
|           |          |         |             |             |                             |               |
|           |          |         |             |             |                             |               |
|           |          |         |             |             |                             |               |
|           |          |         |             |             |                             |               |
|           |          |         |             |             |                             |               |
|           |          |         |             |             |                             |               |

### 2. מספר עובדים אחרים במשרד

מתמחים \_\_\_\_\_ עובדים מקצועיים אחרים במשרד \_\_\_\_\_ עובדי מנהלה \_\_\_\_\_

## ח. 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

## ט. הצהרות המועמד לביטוח

### 1. הצהרה בדבר המידע שנמסר בהצעה

אני מצהיר בזה כי כל תשובותי הנ"ל מלאות ונכונות, 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 תחשבנה כעניין מהותי על פי הוראות סעיף 6 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981.

|             |                   |               |
|-------------|-------------------|---------------|
| תאריך       | שם עורך-דין החתום | חתימה וחותמת★ |
| <div></div> | <div></div>       | <div></div>   |

### 2. הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות

ידוע לי כי המידע שמסרתי במסמך זה וכל מידע נוסף שאמסור (ביחד להלן: "המידע") יישמר במאגרי המידע של מגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ ו/או גופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסיים בע"מ ו/או מי מטעמן (ביחד להלן: "קבוצת מגדל") ו/או ישותף ביניהם, ויעובד בהתאם לשימושים המנויים במדיניות הפרטיות שנזכרת להלן, לרבות בכל עניין הקשור לניהול, תפעול ושירות של פוליסות, תוכניות ו/או מוצרים על שמי, פילוח ועיבוד סטטיסטי, דיורור ישיר, יצירת קשר, שירותים נוספים וקיום חובות שבדין.

אני מאשר שהמידע נמסר מרצוני ובהסכמתי ולא חלה עלי חובה חוקית למסור אותו. כמו כן, ידוע לי כי אי מסירת המידע תמנע מקבוצת מגדל את היכולת לספק לי את השירותים באופן מיטבי.

אני מאשר כי המידע יועבר לצדדים שלישיים לצורך המטרות הנ"ל, לרבות לסוכני ביטוח, בעלי רישיון, ספקים, מבטחי משנה, גורמים מתפעלים ונותני שירותים.

ידוע לי כי בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981, הנני רשאי לעיין במידע שמנוהל לגביי, וכי יש לי את הזכות לבקש את תיקונו אם נמצא כי אינו שלם או מעודכן. בבקשה למימוש זכות העיון, ניתן לפנות למוקד קשרי הלקוחות באמצעות טלפון 03-9201010 או דואר אלקטרוני [mokedbi@migdal.co.il](mailto:mokedbi@migdal.co.il).

מדיניות הגנת הפרטיות זמינה עבורך בכתובת <https://www.migdal.co.il/support/privacy-and-data-security> או באפליקציית מגדל.

|             |                   |               |
|-------------|-------------------|---------------|
| תאריך       | שם עורך-דין החתום | חתימה וחותמת★ |
| <div></div> | <div></div>       | <div></div>   |

### 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 ודיורור ישיר אודות כיוסויים 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).

|             |                   |               |
|-------------|-------------------|---------------|
| תאריך       | שם עורך-דין החתום | חתימה וחותמת★ |
| <div></div> | <div></div>       | <div></div>   |



010288230303011125

עמוד 3 מתוך 3 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 28