

## הצעה לביטוח מדריכי ומאמני ספורט

למען הסר ספק מודגש כי מילוי טופס זה נועד אך ורק לצורך **בחירת האפשרות למתן תנאים לכיסוי המבוקש מאת קופר נינוה סוכנות לביטוח בע"מ ואין בו כדי להוות אישור לכיסוי המבוקש.**

סכומים בטופס ההצעה יש למלא בשקלים חדשים אלא-אם-כן צויין אחרת.

תנאי כיסוי מקדימים, אנה שים לב כי:

- חובה עלייך להחזיק בתעודות הסמכה לכול הענפים והפעילות עבורם הנך מבקש כיסוי.
- ההשלמה וחתמתן של ההצהרות הרפואיות הינן הכרחיות ולא נוכל לשקול הצעתך בלעדיהן.
- חובת הזמינות של ערכת עזרה ראשונה בשטח ההדרכה/אימונים היא ללא עוררין.

אנו פונים בזאת אל:

קופר נינוה סוכנות לביטוח (2010) בע"מ (להלן: "קופר"), בבקשה לבחון את האפשרות ליתן לנו תנאים לכיסוי ביטוחי. להלן המידע המבוקש על-ידכם:

[1] פרטי המציע			
<u>שם המציע בעברית</u>	<u>שם המציע באנגלית</u>	<u>מספר ת"ז / ח"פ</u>	<u>שם העסק (אם שונה מהמציע)</u>
<u>כתובת המציע</u>		<u>כתובת העסק (אם שונה)</u>	
<u>טלפון</u>	<u>דוא"ל</u>	<u>אתר אינטרנט</u>	<u>תיאור העסק</u>
<u>מחזור שנתי לשנה הפיננסית אשתקד</u>		<u>מחזור שנתי משוער לשנה הבאה</u>	

[2] תקופת הביטוח המבוקשת	
<u>תאריך תחילת הביטוח</u>	<u>תאריך סיום הביטוח</u>
<u>תאריכים רטרואקטיביים (לאחריות מקצועית בלבד)</u>	

הטופס מנוסח בלשון זכר מטעמי נוחות בלבד ומיועד לשני המינים.

[3] פרטי ביטוח קודם			
האם היית מבוטח בעבר ו/או הנך מבוטח כעת?		כן <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/>
האם בקשתך לביטוח נדחתה בעבר?		באם ענית "כן", נא פרט:	
		כן <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/>
האם פוליסה שלך בוטלה?		באם ענית "כן", נא פרט:	
		כן <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/>
האם סורבה הצעה לחידוש פוליסה שלך?		באם ענית "כן", נא פרט:	
		כן <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/>
האם נדרשת לתנאים מיוחדים בפוליסה?		באם ענית "כן", נא פרט:	
		כן <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/>
נא פרט להלן את הביטוחים הקודמים/הקיימים שלך:			
<u>שם החברה</u>	<u>תקופת הביטוח</u>	<u>סוג הביטוח</u>	<u>סכום הביטוח</u>

[4] היסטורית תביעות						
האם ב-5 השנים האחרונות ניגרמו נזקים או הפסדים, ו/או הוגשו תביעות או דרישות, ו/או אירעו אירועים אשר עלולים להוביל לכדי תביעות, כתוצאה מהסיכון המוצע לביטוח בהצעה זו?						
באם ענית "כן", נא פרט להלן:						
<u>שם החברה</u>	<u>תקופת הביטוח</u>	<u>סוג הביטוח</u>	<u>סכום הביטוח</u>	<u>יום האירוע</u>	<u>סה"כ שולם ופתוח</u>	<u>פרטי האירוע</u>

[5] פעילות עסקית		
האם בכוונתך להדריך לקוחות מתחת לגיל 16?	<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא
האם בכוונתך לאמן או להדריך נשים בהריון?	<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא
האם אתה מעורב או מתכנן להיות מעורב בפעילות כלשהיא בחו"ל?	<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא
האם אתה מפעיל אתר אינטרנט אינטראקטיבי המספק הערכות תזונה ו/או בריאות באופן מקוון?	<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא
האם הנכס בו מבוצעת הפעילות מוחזק בבעלותך?	<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא
האם אתה חבר בארגון או עמותה מקצועיים?	<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא
באם ענית "כן" נא פרט לגבי הארגון או עמותה:		
נא ציין את מספר הלקוחות אשר בכוונתך להדריך בכול שיעור בממוצע:		
נא ציין את מספר הלקוחות האפשרי המרבי בשיעור נתון:		
האם אתה מעורב במכירת מוצרים כלשהם?	<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא
באם ענית "כן", נא פרט להלן:		
<u>שם המוצר</u>	<u>שם הספק</u>	<u>מחזור שנתי ממכירות</u>

[6] כיסויים מבוקשים	
<input type="checkbox"/> 500,000 דולר ארה"ב <input type="checkbox"/> 1,000,000 דולר ארה"ב <input type="checkbox"/> 1,500,000 דולר ארה"ב	עבור הכיסויים לאחריות כלפי צד שלישי (ג') וכן לאחריות מקצועית, נא סמן את גבול האחריות המבוקש לפוליסה:
קיימות עבורך אפשרויות הרחבות לכיסויים נוספים, באם הנך מעוניין בהן. שים לב: כי כול הרחבה תהיה מלווה בתשלום של תוספת פרמיה כפי הנדרש.	
נא אשר כי הנך מעוניין בהרחבה של:	
<input type="checkbox"/> אירופה <input type="checkbox"/> אסיה <input type="checkbox"/> ארה"ב וקנדה <input type="checkbox"/> דרום אמריקה <input type="checkbox"/> אפריקה	פעילות בחו"ל:
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	חבות מעבידים – בגבול אחריות של 5,000,000 דולר ארה"ב:
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	אחריות מוצר – בגבול אחריות נפרד אשר ייקבע לפי צורך (בכפוף למילוי טופס הצעה ייעודי נוסף):
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	נזקי טייבר – בגבול אחריות נפרד אשר ייקבע לפי צורך (בכפוף למילוי טופס הצעה ייעודי נוסף):

[7] סוגי העיסוק		
נא סמן את המקצועות/פעילות בגינם הנך מבקש כיסוי להדריך/לאמן:		
<input type="checkbox"/>	אירובי	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	דייג	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	התעמלות במים	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	זומבה במים	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	אתלטיקה (ללא קפיצה במוט)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	בדמינטון	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	כדורסל	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	כושר ע"י ריקודי באלט ("Ballet Fit")	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	כושר ע"י ריקודי בטן ("Belly Fit")	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	כושר ע"י ריקודי בורלסק	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	מופעי ילדים	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	מסלול אימונים	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	קרוס פיט	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	אופניים	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ריקוד (ללא ברייקדנס)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	מחניים	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	סייף	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	כושר / חדר כושר	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	כושר ע"י כדור ("Fitball")	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	כדורגל	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	גולף	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ספינינג	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	התעמלות (ללא פעלולים ותרגילים באוויר)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	כדור-יד	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	יוגה (ללא ביקרם)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	זומבה – חיטוב	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	זומבהטומיקס	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	כדור-עף	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	הליכה	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	קשתות	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	בייסבול	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	קריקט	<input type="checkbox"/>

קטגוריה א'

קטגוריה ב'

# Cooper Ninve

First of all, integrity

<input type="checkbox"/> ספינינג	<input type="checkbox"/> קרוקט	
<input type="checkbox"/> גלישה	<input type="checkbox"/> מציל	
<input type="checkbox"/> טריאתלון	<input type="checkbox"/> רפטינג	
<input type="checkbox"/> טיפוס קירות	<input type="checkbox"/> חתירה	
	<input type="checkbox"/> שיט (ללא יציאה לים)	
<input type="checkbox"/> כדור ריצפה ("Floor Ball")	<input type="checkbox"/> כדורגל אמריקאי	קטגוריה ג'
<input type="checkbox"/> ג'ימבורי	<input type="checkbox"/> יוגה ביקרם	
<input type="checkbox"/> הוקי	<input type="checkbox"/> שיט בקאנו (ללא יציאה לים)	
<input type="checkbox"/> רוגבי	<input type="checkbox"/> אירועים עם מתנפחים	
<input type="checkbox"/> כדור מים	<input type="checkbox"/> מפעיל בריכה	
<input type="checkbox"/> האבקות	<input type="checkbox"/> פריזבי אולטימטיבי	קטגוריה ד'
<input type="checkbox"/> הפעלת גן-ילדים	<input type="checkbox"/> BMX	
<input type="checkbox"/> גלישת עפיפונים ("Kite Surfing")	<input type="checkbox"/> טיפוס וגלישת צוקים	
<input type="checkbox"/> אומגה	<input type="checkbox"/> קייטנה	
<input type="checkbox"/> פולו	<input type="checkbox"/> צלילה ספורטיבית	
<input type="checkbox"/> גלגליות / רולרבלייד (ללא דיסקוטק רולר)	<input type="checkbox"/> רכיבה על סוסים	
<input type="checkbox"/> פארק חבלים	<input type="checkbox"/> הוקי קרח	
<input type="checkbox"/> סקייטבורד	<input type="checkbox"/> גלישה על הקרח	
<input type="checkbox"/> סנובורד / סקי	<input type="checkbox"/> קארטינג	
<input type="checkbox"/> אחר, פרט:	<input type="checkbox"/> סנפלינג	
נא ציין כמות:	עובדי מינהלה (פקידות, הנהלת חשבונות, ניקיון ואחזקה)	קטגוריה מ'

[8] המדריכים המכוסים			
נא מלא את הפרטים להלן של המדריכים המכוסים לפי הצעה זו:			
תאריך ההסמכה	הסמכה	ת"ז	שם

[9] הצהרות		
לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/>	נא אשר כי רק תדריך ותאמן בפעילויות והספורט בהם הנך מוסמך ללמד וכי כול תעודות ההסמכה הרלוונטיות מצורפות להצעה זו:
לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/>	נא אשר כי כול המשתתפות בהריון חתמו ויתור וקיבלו מרופאיהן הסכמה בכתב לפני תחילת האימון:
לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/>	נא אשר כי ערכת עזרה ראשונה זמינה, מלאה, ובהישג-יד בכול עת בכול מהלך האימון:
לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/>	נא אשר כי מעולם לא חתמתי על ויתור לכול צד-שלישי כלשהוא על ויתור זכויות לתבוע במקרה של אובדן או נזק:
לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/>	נא אשר כי כול הלקוחות ממלאים וחותמים על הצהרות בריאות טרם תחילת ההתקשרות אתך:

## הצהרת המציע

במסגרת בקשתי להתקבל כמבוטח, הריני להצהיר בזאת כי:

1. כול תשובותיי מלאות ונכונות וכי לא העלמתי עובדות או פרטים מהותיים כלשהם המתייחסים להערכת הסיכון ע"י החתם. מוסכם בזאת כי הצעה זאת תהווה בסיס להסכם הביטוח.
2. ידוע לי כי כול השאלות המופיעות לעיל תחשבנה כעניין מהותי על פי הוראת החוק, וכן כי לא ידוע לי כול פרט אחר שיכול להשפיע על שיקול דעתו של החתם לעניין הכיסוי, היקפו, ותנאיו.
3. המידע המבוקש נמסר מרצוני ובהסכמתי, וכי החתם רשאי להשתמש בו לשם קבלת שירותי ביטוח ו/או תשלומים.
4. ידוע לי כי הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שהחתם אישר את הכיסוי בכתב, וכן רק לאחר שהוסדר תשלום הפרמיה להנחת דעתו של המבטח.
5. לעניין גילוי נאות: ידוע לי כי טופס זה אינו כיסוי ביטוחי, וכי הכיסוי הביטוחי כפוף לפוליסה שתוצא, הרשימה המצורפת אליה, וכן התנאים והסייגים הכלולים בהם. זוהי חובתי הבלעדית לקרוא ולשים ליבי לתנאים השונים בפוליסה.

## הצהרת בריאות של המציע

במסגרת בקשתי להתקבל כמבוטח, הריני להצהיר בזאת כי:

1. אינני נכה בצורה כלשהי ואינני נמצא בהליך לאישורה של נכות.
2. לא אושפזתי בבית חולים.
3. הריני להצהיר כי לא אובחנו לי מחלות נפש ואינני נוטל תרופות פסיכיאטריות כלשהן ולא נטלתי בעבר ולא נרשמו לי תרופות פסיכיאטריות בעבר.
4. הריני להצהיר כי לא אובחנה לי מחלה כרונית כלשהי ו/או בעיה בתפקוד (חלקי או מלא, לרבות אך לא רק, כאבי גב, כאבי שרירים, בעיה בגידים ו/או בעצמות, רעד בלתי נשלט, וכיוצ"ב) ו/או הנני בהליך לאבחון מחלה כרונית כלשהי ו/או אבחון בעיה בתפקוד ו/או כל מחלה אחרת.
5. אינני חולה איידס ולא ידוע לי שאני נושא נגיפי איידס.
6. אינני נוטל ולא נטלתי סמים.
7. הנני בכושר עבודה מלא ולא הייתי בלתי כשיר לעבודה ו/או נעדרתי מהעבודה לפרק זמן העולה על 10 ימי עבודה במהלך 12 החודשים האחרונים.
8. אינני מקבל ולא נדרשתי ו/או קיבלתי טיפול תרופתי לתקופה העולה על 3 חודשים (בשל כול אירוע שהוא לרבות אך לא רק המחלות הנ"ל).

**הערה: במידה ואינך יכול/ה להצהיר כאמור, עליך למלא הצהרת בריאות מפורטת.**

<u>שם החותם</u>	<u>תאריך</u>	<u>חתימה וחותמת המבוטח</u>
		X