



ארגון מורי היוגה בישראל

הצטרפות לביטוח אחריות מקצועית למורים חברי ארגון מורי היוגה

יש למלא את כל הסעיפים המופיעים מטה:

1. שם פרטי: לחץ כאן להזנת טקסט. שם משפחה: לחץ כאן להזנת טקסט.
2. תאריך לידה: לחץ כאן להזנת תאריך. ת.ז.: לחץ כאן להזנת טקסט.
3. כתובת למשלוח דואר: לחץ כאן להזנת טקסט. מייל: לחץ כאן להזנת טקסט.
4. נייד: לחץ כאן להזנת טקסט.
5. רשום מספר ממוצע של שעות שבועיות שהנך מלמד לחץ כאן להזנת טקסט.
6. האם היית מבוטח בביטוח אחריות מקצועית בעבר? כן / לא
7. האם אי פעם הצעה לכיסוי ביטוחי מסוג זה נדחתה, בוטלה או הצריכה תנאים מיוחדים? כן / לא
8. האם הוגשו נגדך תביעות במהלך 10 השנים האחרונות? כן / לא
9. האם ידוע לך על מקרה שעשוי לגרום לכך שתוגש נגדך תביעה? כן / לא
10. האם כל הרשום מעלה נודע למבטחין הקודמים? כן / לא
11. האם בבעלותך או אתה שוכר סטודיו קבוע? כן / לא
12. האם אתה שוכר מקום על בסיס שעות? כן / לא
13. תאריך תחילת ביטוח: לחץ כאן להזנת תאריך.
14. תחום עיסוק: לחץ כאן להזנת טקסט.
15. אמצעי תשלום: כרטיס אשראי לחץ כאן להזנת טקסט. תוקף לחץ כאן להזנת טקסט. תשלומים לחץ כאן להזנת טקסט.

הצהרה:

מקום העסקתי ו/או אנוכי מתחייבים לבצע רישום נוכחות בכל שיעור
מקום העסקתי ו/או אנוכי מתחייבים לשמור את רשימת התלמידים בכל שיעור
מקום העסקתי ו/או אנוכי מתחייבים כי כל תלמיד ימלא "טופס תשאול בריאותי ראשוני"
יש לבצע רישום נוכחות בכל שיעור וטופס תשאול בריאותי ראשוני. יש לשמור 10 שנים ובמקרה של
קטינים 10 שנים מבגירות.
אני יודעת/ת שהביטוח מכיל גם מרכיב של צד ג'.
קראתי את תנאי ההצטרפות ומאשר/ת כי ההצטרפות הינה עד תום תקופת הביטוח הנוכחית
30/11/17. ידוע לי כי אין "להקפיא" לבטל באמצע תקופת הביטוח ולקבל החזר כספי. בסיום תקופת
הביטוח, ניתן לחדש או לא לחדש בהודעה למשרדנו – משרד ארגון מורי היוגה

תאריך: לחץ כאן להזנת תאריך. שם המוצע לביטוח: לחץ כאן להזנת טקסט. חתימה: לחץ כאן להזנת טקסט.