

הצעה לביטוח – תאונות אישיות לפרט

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

שם הסוכן: _____ מס' סוכן: _____ שם מפקח ומספרו: _____

א. פרטי המועמדים לביטוח המועמד הראשי (בעל הפוליסה)

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	מין	תאריך לידה
מקצוע	עיסוק	תחביב	כתובת דוא"ל	
כתובת רח' מספר בית	יישוב	מיקוד	מס' טלפון	מס' טלפון נייד

המועמד המשני

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	מין	תאריך לידה
מקצוע	עיסוק	תחביב	כתובת דוא"ל	
כתובת רח' מספר בית	יישוב	מיקוד	מס' טלפון	מס' טלפון נייד

ב. פרטי המוטבים במות המבוטח מתאונה המועמד הראשי (בעל הפוליסה):

שם משפחה	השם הפרטי	מספר זהות	יחס קרבה	חלק ב-%

המועמד המשני:

שם משפחה	השם הפרטי	מספר זהות	יחס קרבה	חלק ב-%

ג. תקופת הביטוח ואופן התשלום והגבייה

<p>אופן הגבייה: סוג הכרטיס: <input type="checkbox"/> ויזה כ.א.ל <input type="checkbox"/> ישראלכרט <input type="checkbox"/> לאומי קארד <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס <input type="checkbox"/> דינרס <input type="checkbox"/> אחר _____ בתוקף עד - _____ מספר כרטיס אשראי - _____ שם בעל הכרטיס - _____ מספר זהות - _____ כתובת: רחוב - _____ ישוב - _____ מספר - _____ מיקוד - _____</p>	<p>תקופת הביטוח (לא תעלה על 12 חודשים רצופים) מ - _____ / _____ / _____ עד - _____ / _____ / _____ אופן התשלום (בכרטיס אשראי) חודשי / רבעוני / חציוני / שנתי</p>
--	--

ד. סכומי הביטוח המבוקשים לכל אחד מהמועמדים (סמן x במשבצת המתאימה)

פיצוי ליום אישפוז	סכום ביטוח לנכות מתאונה	סכום ביטוח למוות מתאונה		מועמד ראשי	מועמד משני
₪ 350	₪ 100,000	₪ 100,000	.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
₪ 350	₪ 200,000	₪ 200,000	.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
₪ 350	₪ 300,000	₪ 300,000	.3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
₪ 350	אחר _____ ₪	אחר _____ ₪	.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ה. הרחבות

אם הנך עוסק כתחביב ברכיבה על אופנוע ים, או ברכיבה על סוסים, באפשרותך לרכוש הרחבה לתחביבים הנ"ל בתמורה לתוספת פרמיה, על ידי סימון X במשבצת המתאימה להלן:

	מועמד ראשי	מועמד משני
אני מעוניין לרכוש הרחבה לרכיבה על אופנוע ים כתחביב	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
אני מעוניין לרכוש הרחבה לרכיבה על סוסים כתחביב.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ו. הצהרת המועמד/ים לביטוח על מצב בריאותם

שאלות על מחלות ו/או בעיות רפואיות ו/או על מומים	מועמד ראשי		מועמד משני	
	כן	לא	כן	לא
1. האם קיימת אצלך נכות כלשהי כתוצאה ממחלה ו/או תאונה ו/או היך מצוי בהליכי הגשת תביעה להכרה בנכות ו/או מתעדת להגיש תביעה לנכות בשל מחלה ו/או הפרעה ו/או מום?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. האם אושפזת בשל מחלה ו/או הפרעה ו/או מום ב- 12 החודשים האחרונים?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

במידה והתשובה לאחת מהשאלות הינה חיובית אנא פרט את המחלות והאשפוזים בצרוף מסמכים רפואיים רלוונטיים.

ז. הצהרות של המועמד

- כל התשובות המפורטות בהצעה ובהצהרת הבריאות נכונות ומלאות ולא העלמתי דבר העלול להשפיע על החלטת החברה לקבל את ההצעה לביטוח. ידוע לי כי בהתאם להוראות החוק תשובה לא מלאה וכנה להצהרת הבריאות עלולה לגרום לביטול הפוליסה, או לתשלום תגמולי ביטוח מופחתים, או לשלילת הזכות לקבלת תגמולי הביטוח.
- ידוע לי כי קבלת או דחיית הצעתי נתונה לשיקוליה הבלעדי של החברה, בכפוף לכל דין.
- אני מאשר כי חוזה הביטוח יכנס לתוקף לאחר תשלום הפרמיה הראשונה במלואה, בכפוף לכל דין.
- ידוע לי כי בקשת ביטול או שינוי הפוליסה תועבר על ידי לחברה בכתב.

ח. ויתור על סודיות

אני מצהיר בזה כי הובא לידיעתי ואני מסכים לכך, שהפרטים שמסרתי ו/או כל מידע ששיגע לידיעת החברה, יוחזק במאגר מידע ממוחשב בו נוהגת החברה לרכז נתונים בדבר מבטחיה, וכי פרטים אלה עשויים להימסר למאגרי מידע נוספים הנדרשים לצורך מתן שירותים, ניהול תיק הביטוח ולצורך הפעילות השוטפת וכן בהתאם לדרישות הדין. אני מסכים כי הנתונים אשר יישמרו במאגר המידע ישמשו לצורך יצירת קשר עימי, לרבות לצורך פנייה בהזמנה להציע הצעות לרכישת מוצרים ושירותים בשייריבי חברה לביטוח בע"מ, אלא אם הודעתי בכתב לחברה כי אני מעוניין בקבלת פניות מהסוג האמור בסיפא של סעיף זה.

ט. כתב ויתור על סודיות רפואית – הצהרת המועמד לביטוח

- אני הח"מ נותן בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה כולל: קופת חולים מכבי, שרותי בריאות כללית, קופת חולים לאומית, קופת חולים מאוחדת, לשלטונות צ.ה.ל ו/או למשרד הביטחון, למוסד לביטוח לאומי, למשרד הבריאות, ללשכת הבריאות המחוזית, לרופא המטפל בי בקביעות וכל רופא אחר, שנמצאתי או שאמצא בטיפולו וכן כל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים וכן לקרן הפנסיה, לכל חברות הביטוח, ולכל גוף או מוסד אחר ששמו לא נזכר בכתב זה, למוסר לשייריבי חברה לביטוח בע"מ (להלן: המבקש), את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י המבקש ו/או הבאים בשמו, על מצב בריאותי, כל מחלה שחליתי בה בעבר, או שאני חולה בה כיום וכן כל ממצא ואבחנה המצויים ברשותם והקשורים למצב בריאותי.
- אני משחרר כל גוף או אדם, שפורטו לעיל, מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ומחלותי כאמור ולא תהינה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו כלפי כל המוסר מידע כאמור.
- כן, אני מייפה את המבקש לאסוף מידע שיראה לו חשוב בקשר לבריאותי, ככל שהדבר דרוש לברור זכויות וחובות המוקנות על-פי תנאי הפוליסה.
- כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי ויחול גם על ילדי הקטנים (באם ישנם כאלה).
- בקשתך זו יפה גם כלפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאיהן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או נותני השירותים הנ"ל.

תאריך _____ שם המועמד הראשי לביטוח _____ חתימת המועמד הראשי לביטוח _____
תאריך _____ שם המועמד המשני לביטוח _____ חתימת המועמד המשני לביטוח _____

י. הצהרת הסוכן

אני החתום מטה סוכן הביטוח, המתווך בין המועמד לביטוח לבין המבטח, מצהיר בזה כי שאלתי את המועמד לביטוח את כל השאלות המופיעות בהצעה זו והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית וכי המסמך נחתם בפניי.

תאריך _____ שם הסוכן _____ חתימת הסוכן _____