



## הצעה לביטוח תאונות אישיות לפרט

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

שם הסוכן ..... מס' סוכן .....  
שם מפקח ..... מס' מפקח .....

### א. פרטי המועמדים לביטוח

יש לענות על כל השאלות תשובות ברורות ומלאות

#### המועמד הראשי :

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	מין	תאריך לידה
מקצוע	עיסוק	תחביב	כתובת דואר אלקטרוני	
כתובת רחוב	מספר בית	יישוב	מס' טלפון	מס' טלפון נייד

#### המועמד המשני :

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	מין	תאריך לידה
מקצוע*	עיסוק*	תחביב*	כתובת דואר אלקטרוני	
כתובת רחוב	מספר בית	יישוב	מס' טלפון	מס' טלפון נייד

מס' טלפון נייד	כתובת דואר אלקטרוני :	<input type="checkbox"/> אני מסכים / <input type="checkbox"/> אני לא מסכים לקבל את הפוליסה ומידע בקשר אליה כולל הודעות על חידוש והודעות בקשר לניהול השוטף באמצעות דוא"ל
----------------	-----------------------	---

### ב. מוטבים

#### היורשים על פי דין או כמפורט להלן :

##### מוטבי מועמד ראשי :

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

##### מוטבי מועמד משני :

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

### ג. תקופת הביטוח ואופן התשלום והגבייה

<p><b>אופן הגבייה :</b>  <b>סוג הכרטיס:</b></p> <p><input type="checkbox"/> ויזה כאל <input type="checkbox"/> ישראלכרט <input type="checkbox"/> לאומי קארד <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> דיינרס  <input type="checkbox"/> אחר _____          בתוקף עד - _____          מספר כרטיס אשראי- _____</p> <p>שם בעל הכרטיס _____ מספר זהות _____</p> <p>כתובת: רחוב _____ ישוב _____ מיקוד _____</p>	<p>תקופת הביטוח (לא תעלה על 12 חודשים רצופים)</p> <p>מ - _____/_____/_____          עד- _____/_____/_____          עד 12 תשלומים</p>
---	--

**ד. פרמיה או סכומי הביטוח המבוקשים לכל אחד מהמועמדים** (סמן X במשבצת המתאימה)

באפשרותך לבחור בסכום ביטוח קבוע. במקרה זה תחושב הפרמיה על פי מאפייני גילך ותחום עיסוקיך. לבחירה זו נא מלא את הטבלה בס"ק 1 להלן. לחלופין באפשרותך לבחור בתשלום פרמיה בסכום של 1 ₪ לכל יום ביטוח. במקרה כזה יקבע סכום הביטוח על פי מאפייני גילך ותחום עיסוקיך. לבחירה זו נא מלא את הטבלה בס"ק 2 להלן.

**1. סכום ביטוח קבוע**

פצוי ליום אישפוז	סכום ביטוח לנכות מלאה צמיתה מתאונה	סכום ביטוח למוות מתאונה	מועמד משני	מועמד ראשי
350 ש"ח	₪ 100,000	₪ 100,000	1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
350 ש"ח	₪ 200,000	₪ 200,000	2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
350 ש"ח	₪ 300,000	₪ 300,000	3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2. סכום ביטוח משתנה לפי פרמיה קבועה\***

מועמד ראשי	מועמד משני
<input type="checkbox"/> פרמיה קבועה - 1 ₪ ליום	<input type="checkbox"/> פרמיה קבועה - 1 ₪ ליום

\*סכום הביטוח יקבע על פי עיסוקו של המבוטח

מוסכם כי על סמך תשובות המבוטח לעניינים מהותיים אלו אישרה החברה את קבלת המבוטח לביטוח וקבע את דמי הביטוח

**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 כלהלן:

	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 המועמדים 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 הינך מצוי בהליכי הגשת תביעה להכרה בנכות?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. האם אושפזת בשל מחלה ו/או הפרעה /או מום ו/או היית מעורב בתאונה ב- 12 החודשים האחרונים? אם כן נא פרט: _____	<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. תשלום דמי הביטוח

ניתן לשלם את דמי הביטוח לפי אחת האפשרויות הבאות:

- בתשלום אחד בתוך 28 ימים מיום תחילת הביטוח (ללא תוספת דמי הסדר תשלומים).
- באמצעות כרטיס אשראי בהתאם לאפשרויות הבאות:
  - עד 5 תשלומים חודשיים שווים ורצופים - ללא תוספת דמי הסדר תשלומים.
  - בין 6 לבין 8 תשלומים חודשיים שווים ורצופים - התשלומים יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן (להלן "המדד"), בין המדד הידוע במועד תחילת הביטוח ועד למדד הידוע במועד התשלום ובתוספת דמי הסדר תשלומים בשיעור של 1.4% על הסך בתשלום במזומן.
  - בין 9 לבין 12 תשלומים חודשיים שווים ורצופים - התשלומים יהיו צמודים למדד הידוע ביום תחילת הביטוח ועד למדד הידוע במועד התשלום בפועל ובתוספת דמי הסדר תשלומים בשיעור של 2.1% על סכום התשלום במזומן.
- במקרה של תקופת ביטוח קצרה משנה, יעודכן מספר התשלומים כך שהתשלום האחרון יפרע לפחות 25 ימים לפני תום תקופת הביטוח.
- חיוב/זיכוי בגין תוספת לפוליסה שתבוצע במהלך תקופת הביטוח, יתווסף או יופחת מיתרת התשלומים שנותרו על פי הפוליסה המקורית.
- בכל אפשרויות פירעון דמי הביטוח בתשלומים, כאמור לעיל, דמי הסדר התשלומים חושבו על בסיס ריבית אפקטיבית בשיעור 6% לשנה.

## הצהרות המועמדים לביטוח

### ח. הצהרות

- 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 סעיפים 6 – 7 בחוק חוזה הביטוח, תשמ"א - 1981 תשובה לא מלאה וכנה להצהרת הבריאות עלולה לגרום לביטול הפוליסה, או לתשלום תגמולי ביטוח מופחתים, או לשלילת הזכות לקבלת תגמולי הביטוח, למעט בנסיבות האמורות בסעיף 8 בחוק זה.
- ידוע לי כי קבלת או דחיית הצעתי נתונה לשיקול דעתה הבלעדי של החברה.
- הובהר לי כי על סמך הצהרתי בהצעה על מצב בריאותי, מקצועי / עיסוקי / תחביבי אישרה החברה את קבלתי לביטוח וקבעה את דמי הביטוח.
- ידוע לי כי בקשת ביטול או שינוי הפוליסה תועבר על ידי לחברה בכתב.

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד הראשי לביטוח \_\_\_\_\_ חתימת המועמד הראשי

לביטוח

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד המשני לביטוח \_\_\_\_\_ חתימת המועמד המשני לביטוח-

### ט. ויתור על סודיות

אני מצהיר בזה כי הובא לידיעתי ואני מסכים לכך, שהפרטים שמסרתי ו/או כל מידע שיגיע לידיעת החברה, יוחזק במאגר מידע ממוחשב בו נוהגת החברה לרכז נתונים בדבר מבוטחיה, 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 בחברה.

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד הראשי לביטוח \_\_\_\_\_ חתימת המועמד הראשי  
 לביטוח \_\_\_\_\_  
 תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד המשני לביטוח \_\_\_\_\_ חתימת המועמד המשני לביטוח-

### י. ויתור על סודיות רפואית

1. 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, לשכת הבריאות המחוזית, לרופא המטפל בי בקביעות ולכל 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, למסור לשירביט 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.
2. אני משחרר כל גוף או אדם, שפורטו לעיל, מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ומחלותיי כאמור ככל שהדבר דרוש לברור זכויות וחובות המוקנות על-פי תנאי הפוליסה. ולא תהיינה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו כלפי כל המוסר מידע כאמור.
3. אני מייפה את המבקש לאסוף מידע שיראה לו חשוב בקשר לבריאותי, ככל שהדבר דרוש לברור זכויות וחובות המוקנות על-פי תנאי הפוליסה.
4. ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי ויחול גם על ילדי הקטינים (באם ישנם כאלה).
5. בקשתי 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 נתני השירותים הנ"ל.

תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד הראשי לביטוח \_\_\_\_\_ חתימת המועמד הראשי  
 לביטוח \_\_\_\_\_  
 תאריך \_\_\_\_\_ שם המועמד המשני לביטוח \_\_\_\_\_ חתימת המועמד המשני לביטוח-

### יא. הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות

סעיף שאינו חובה - לבחירת המבוטח  
 אני מאשר כי הפרטים והנתונים וכל עדכון שלהם אודותיי שמסרתי ושאמסור, לרבות באמצעות אתר האינטרנט של החברה, נמסרו בהסכמתי ובהסכמתי. אני מסכים שמידע ונתונים אלו יישמרו במאגרי המידע של החברה ו/או מי מטעמה וישמשו את החברה ו/או כל גורם מטעמה, בכפוף לכל דין לכל ענין הקשור לניהול, תפעול, ושירות שוטף של פוליסות/תכניות/מוצרים על שמי, דיוור ישיר, לצורך יצירת קשר ו/או שיווק של תכניות, כיוסיים ביטוחיים ו/או מוצרים או שירותים פיננסיים ו/או אחרים מטעמה ולצורך פילוח ועיבודים סטטיסטיים, שיווקי ולמטרות שיפור השירות והטיפול בתביעות וקיום חובות שבדין.

אני מסכים  / לא מסכים   
 תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה X \_\_\_\_\_

יב. הסכמה לפניות שיווקיות  
 הנני מסכים כי מידע ותכנים שיווקיים מהחברה ו/או מי מטעמה ישוגרו אלי באמצעות דיוור, לרבות דיוור ישיר או שירות דיוור ישיר או בדרך אחרת, לרבות באמצעות פקסימיליה, מערכת חיוג אוטומטית, הודעה אלקטרונית, הודעת מסר קצר (SMS), מערכת חיוג אוטומטית או כל אמצעי תקשורת אחר.

ידוע לי כי בכל עת אוכל לחזור בי מהסכמתי זו ולבקש להסיר את פרטיי מרשימת התפוצה באמצעות פנייה לסוכן הביטוח או למוקדי השירות של החברה בטלפון 076-8622260 או בהודעה לכתובת דוא"ל: Sherot@shirbit.co.il

אני מסכים  / לא מסכים   
 תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה X \_\_\_\_\_

**יג. הסכמה לשימוש בדוא"ל**

אני מסכים □, / לא מסכים □ כי בכל מקום בו מכוח החוק ו/או הפוליסות שיש לי בחברתכם, נדרשת החברה או מי מטעמה, להעביר למבוטח מידע ו/או מסמך בכתב, תהיה לחברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אלי את המידע ו/או המסמך בדואר אלקטרוני לכתובת האי-מייל האחרונה שנמסרה לכם, בנוסף או במקום בכתב. ידוע לי כי יתכן וישלח אלי חומר הנוגע לענייני הפרטיים כמוגדר בחוק הגנת הפרטיות, ולפיכך אפשרות פתיחת הדואר האלקטרוני תהיה על ידי בלבד וזאת באמצעות סיסמה אישית שלי.

תאריך: \_\_\_\_\_ כתובת דואר אלקטרוני: \_\_\_\_\_ חתימה X \_\_\_\_\_

**יד. הצהרת הסוכן**

אני החתום מאשר 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 \_\_\_\_\_