



הצעה לביטוח תאונות אישיות

פרטי ההצעה	שם סוכן	מספר סוכן	מחוז	מספר פוליסה	מספר הצעה	מתאריך / / עד תאריך / / תקופת הביטוח המבוקשת (חצות)
הקבלה לביטוח כפופה לאישור חתם מוסמך של החברה ולתנאים שייקבעו. נא הקפד למלא את כל הפרטים הנדרשים בכתב יד ברור ובדיוק. ההצעה מנוסחת בלשון זכר, אך מיועדת לנשים ולגברים כאחד. השימוש בלשון זכר הוא למען הפשטות בלבד.						
חותמת המחוז ותאריך הקבלה חותמת נתקבל אינה מעידה על מתן כיסוי						

א. פרטי המועמד לביטוח				
שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות/מס' חברה	תאריך לידה	תקופת הביטוח
המען: רחוב	מס' הבית	ישוב	מס' טלפון	החל מ: עד:
אופן הגביה: <input type="radio"/> המחאות <input type="radio"/> כרטיס אשראי <input type="radio"/> הוראת קבע מס' _____ מס' תשלומים _____ מצ"ב טופס כרטיס אשראי				
עיסוק המציע: ציין אם עבודתך: <input type="radio"/> עבודת כפיים <input type="radio"/> עבודת משרד <input type="radio"/> פיקוח בלבד <input type="radio"/> אחר, פרט: _____ <input type="radio"/> מכונות עם/ללא כח מכני <input type="radio"/> חומרי נפץ/חומרים מסוכנים <input type="radio"/> פריקה וטעינה				

ב. האם נקבעו לך אחוזי נכות כללית או האם הינך נמצא/ת בתהליך לקביעת אחוזי נכות כלשהם? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, אם כן בשל אילו ליקויים? _____ על-ידי איזה גורם? _____ מתי? _____ התקבלו תגלומים? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט: _____			
ג. האם היתה לך פעם תאונה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, אם כן, פרט: _____			
ד. האם סבלת בעבר / הינך סובל מאובדן כושר עבודה כתוצאה מתאונה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט אחוז אובדן הכושר הזמני: _____ משך אובדן הכושר הזמני: _____			
ה. האם אושפזת ב-5 שנים האחרונות או שידוע לך על צורך באשפוז או בדיקה פולשנית? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט מתי, מדוע ולאילו תקופה: _____			
ו. האם הנך סובל/ סבלת בעשר השנים האחרונות משבר בעצמות הגוף? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט מתי, מדוע ולאילו תקופה: _____			
ז. האם ב-10 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט: _____			
ח. האם הינך חבר בקופת חולים? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, באיזו? _____			
ט. האם חברת הביטוח סירבה לבטח, סירבה לחדש, דרשה תנאים מיוחדים או ביטלה לך אי פעם ביטוח תאונות אישיות? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט: _____			
י. האם הינך מבטוח בפני תאונות? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט: _____			
יא. חשיפה לסיכונים - האם היית או הינך חשוף/ה באופן ישיר או עקיף לחומרים הבאים (אם כן, יש לפרט: מקום, משך הזמן, משך היום, אופן ההגנה בפני החשיפה) 1. חומרים כימיים או גזים? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא 4. חומרים רדיו אקטיביים? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא 2. אסבסט? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא 5. חומרי נפץ/חומרים מסוכנים? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא 3. חומרים רעילים? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא פרט: _____			
יב. האם אתה עוסק בתחביבים/או עיסוקים מסוכנים? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט: _____			
יג. האם הינך ספורטאי רשום בקבוצת ספורט כלשהי? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט: _____			
יד. האם הנך צורך כיום או צרכת בעבר יותר מכוס אחת ביום של בירה ו/או יין ו/או משקה אלכוהולי אחר? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט: _____			
טו. האם הנך צורך או צרכת סמים ב-5 השנים האחרונות? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט: _____			
טז. סכום הביטוח	למקרה מוות כתוצאה מתאונה	לנכות תמידית כתוצאה מתאונה	בגין פיצוי שבועי לא-כושר עבודה זמני כתוצאה מתאונה
שמות המוטבים למקרה מוות	1.	2.	3.
יז. אם הינך מעוניין להוסיף איזה מן ההרחבות ו/או הכיסויים הבאים תמורת פרמיה נוספת, סמן x במשבצת המתאימה: <input type="radio"/> 1. נסיעה באופנוע או קטנוע <input type="radio"/> 2. סיכון מלחמה וטרור פסיבי <input type="radio"/> 3. אי-כושר זמני מלא לעבודה עקב מחלה - בישראל בלבד			
יח. יש למלא רק במידה והתבקשה הרחבה לכיסוי אי כושר זמני עקב מחלה: האם הנך סובל/ סבלת בעשר השנים האחרונות מאחת מהמחלות הנ"ל או יותר? א. ריאוו/ דרכי הנשימה ואלרגיות? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט: _____ ב. מערכת העצבים והמוח לרבות טרשת נפוצה, ניוון שרירים, אפילפסיה, פרקינסון ושיתוקים או כל מחלת עצבים אחרת? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט: _____ ג. כליות, דרכי השתן או כל מחלת כליות ודרכי השתן אחרת? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט: _____ ד. מחלות דם או בעיות קרישה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט: _____ ה. לב ו/או כלי דם, אירוע מוחי (לרבות אירוע מוחי חולף), יתר לחץ דם ומערכת כלי דם היקפית (פרפריאלי) או כל מחלת לב וכלי דם אחרת? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט: _____ ו. בעיה, הפרעה ו/או מחלה נפשית מאובחנת? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט: _____			

01/2021 "אפי"

ז. סוכרת (כולל סוכרת הריון) שומנים/ כולסטרול/ טריגליצרידים בדם? ☐ לא ☐ כן, פרט: _____

ח. גידולים כולל שפירים, פוליפים, סרטן ומחלות ממאירות? ☐ לא ☐ כן, פרט: _____

ט. בעיה/ הפרעות/ מחלות אורתופדיות כולל גב/ עמוד שדרה ומפרקים אחרים וירידה בצפיפות העצם (אוסטיאופורוזיס)? ☐ לא ☐ כן, פרט: _____

י. בדיקות אבחנתיות: האם ב-10 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לבצע אחת או יותר מן הבדיקות הבאות: ציטור, מיפוי, אקו-לב, ביופסיה, דם סמוי? ☐ לא ☐ כן, פרט: _____

יט. ויתור על סודיות רפואית

אני נותן/ת בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים ואחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה ו/או לשלטונות צה"ל, ו/או למוסד לביטוח לאומי, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות ובתי החולים האחרים, למסור למנורה מבטחים ביטוח בע"מ ("המבקש"), את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י המבקש על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בעתיד, והנני משחרר/ת אתכם וכל רופא מרופאים, ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או כל מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפכם, מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי כלי ומותר/ת על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהייה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל שייבוא במקומי.

תאריך _____ חתימת המועמד לביטוח: **X**

כ. תשלום דמי הביטוח

1. אני מבקש לשלם את הביטוח: ☐ בהוראת קבע ☐ בכרטיס אשראי ☐ אחר, פרט: _____

2. מספר התשלומים בפועל יקבע עפ"י בחירתך, או בהתאם לכמות התשלומים שניתן לגבות בפועל עד תום תקופת הביטוח, לפי הנמון מהשניים.

3. התשלומים יהיו חודשיים, שווים ורצופים, ובפוליסה שקלית - צמודים למדד המחירים לצרכן ביום תחילת הביטוח.

4. דמי האשראי יחושבו לפי ריבית שנתי בשיעור 6% בהתאם למספר התשלומים ומספר הימים עד לתחילת הגביה בפועל על ידי החברה.

5. בפוליסות שהופקו עד לחודש מתחילת הביטוח ב-1 עד 4 תשלומים בהוראת קבע או ב-1 עד 3 תשלומים בכרטיס אשראי, לא ישולמו דמי אשראי.

6. בפוליסות שיופקו לאחר חודש מתחילת הביטוח, רשאי המבטח לגבות דמי אשראי באופן יחסי לאיחור בהפקה ובהתאם לאמור בסעיף 4 לעיל.

כא. אישור המציע על צירופו לביטוח במקרה בו קיימת עבורו פוליסת ביטוח תאונות אישיות נוספת (יש לאשר אחת מהחלופות להלן):

☐ האם ברשותך פוליסת ביטוח מסוג הפוליסה אליה אתה מבקש להצטרף במסגרת טופס הצעה זה ("פוליסה קיימת")? ☐ כן ☐ לא

☐ במידה והתשובה חיובית – יש לסמן, אחת מהחלופות שלהלן:

☐ הריני מאשר כי ידוע לי שהצירוף לביטוח כמפורט במסמך הצעה זה הינו עבור פוליסה נוספת שמבטחת מקרה ביטוח דומה לפוליסה שקיימת על-שמי; במעמד חתימתי על טופס הצעה זה הוסבר לי, כי צירופי לביטוח המוצע במסגרת טופס זה הוא עבור פוליסה אחת נוספת המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה לזה המבטח בפוליסה הקיימת, וכי יגבו ממני דמי ביטוח עבור שתי הפוליסות; ויחד עם זאת, ברצוני לאשר בזאת את הצטרפותי לביטוח המוצע במסגרת טופס זה.

☐ אני מעוניין לבטל את הפוליסה הקיימת בשל צירופי לפוליסה שמפורטת במסמך הצעה זה. ברצוני שבקשת הביטול תשלח ☐ על ידי; ☐ על ידי הסוכן/מנורה מבטחים ביטוח בע"מ באמצעות טופס הביטול שיחתם על ידי ויעבר לוסון.

תאריך _____ חתימת המועמד לביטוח: **X**

כב. הצהרת המועמד לביטוח

אני/ו החתום/ים מטה, המועמד/ים לבעלות הפוליסה ו/או לביטוח מבקשים בזאת מהמבטח לקבלנו לביטוח. אנו מסכימים, מצהירים בזה ומתחייבים כי:

1. כל התשובות כמפורט בהצעה זו הינן נכונות ומלאות.

2. לא העלמתי/נו עובדות או פרטים כלשהם המתייחסים להערכת הסיכון על ידי המבטח.

3. התשובות המפורטות בהצעה זו וכל מידע שיימסר למבטח, ישמשו בסיס לחיזה ביטוח בנינו לבין המבטח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.

4. הרשות בידי המבטח להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה או קבלתה בתנאים מבלי שתהיה חייבת להצדיק או להסביר את החלטתה.

5. ידוע לנו שחזה הביטוח נכנס לתוקפו רק אם תאושר הצעה זו על ידי המבטח.

6. הנני/ו מתחייב/ים כי נקיים את תנאי הפוליסה ונשלם את הפרמיה במלואה.

7. הנני מצהיר/ת שסכום הפיצוי השבועי המבוקש על-ידינו אינו עולה על 75% מהכנסתי השבועית.

8. המידע נמסר מרצוני ובהסכמתך וישמש להפקת פוליסת/ות הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה/ות או מוצרים ושירותים הקשורים אליה/ן, לשיפור השירותים, ניתוחים ומחקרים סטטיסטיים, עדכון פרטיך בחברות קבוצת מנורה מבטחים ולפניות מותאמות אישית, ולצורך מימוש מטרות אלה יכול שהמידע יועבר לצדדים שלישיים בהתאם לדין. לעדכון פרטים ניתן לפנות בכל עת למוקד שירות הלקוחות (2000*). כדי ללמוד עוד על פרטיותך מומלץ לעיין במדיניות הפרטיות שלנו בכתובת: <https://menora.click/privacypolicy>.

9. אני מסכימה/ה ☐ לא מסכימה/ה להעברת המידע אודותיי לחברות קבוצת מנורה מבטחים לצרכי מחקר וסטטיסטיקה של חברות הקבוצה ולשלם קבלת הצעות והטבות ביחס למוצריהן, לרבות אלו המותאמות לי אישית, באמצעות כל פרטי הקשר שמסרתי.

להסרה מרשימת התפוצה למידע שיווקי, הצעות והטבות הנשלחות אליי באמצעות דוא"ל או מסרונים וממשלוח פניות מותאמות אישית ניתן לפנות בכל עת ל- <https://ds.menoramivt.co.il/marketing-disapproval>.

תאריך _____ חתימת המועמד לביטוח: **X** חתימת הסוכן: **X**

כג. הצהרת הסוכן

☐ הנני מאשר כי שאלתי את בעל הפוליסה ו/או את המועמדים לביטוח את כל השאלות המופיעות הן בהצעה והן בהצהרת הבריאות והתשובות הן כפי שנמסרו אישית על-ידי בעל הפוליסה והמועמדים לביטוח.

☐ הריני מצהיר כי כל פעולות הצירוף של המועמד/ים לביטוח בוצעו על ידי.

שם הסוכן _____ מספר הסוכן _____ חתימת הסוכן: **X**

תאריך _____ חתימת המועמד לביטוח: **X**

"אפי" 01/2021