

אחריות החברה מתחילה רק לאחר שהצעה זו אושרה על ידי כלכל חברה לביטוח בע"מ באמצעות פקידיה המורשים

שם הסוכן: _____ מספרו: _____ שם הסוכנות: _____

הצעה לביטוח תאונות אישיות

א. פרטי המציע

שם בעל הפוליסה: _____ כתובת: _____
 רח' _____ מספר ת.ז. _____ מס' _____ יישוב _____
 שמו המלא של המבוטח: _____
 תאריך לידה: _____ / _____ / _____ משקל בק"ג: _____ גובה בס"מ: _____
 כתובת: _____

מקום עבודה: _____ מס' _____ שכונה / עיר _____ מיקוד _____ טלפון _____
 מקצוע או משלח יד (תן הגדרה מלאה): _____
 כולל: עבודת כפיים עבודת משרד פיקוח בלבד פריקה וטעינה מכונות עם כוח מכני
 מכונות ללא כוח מכני חומר נפץ חומרים מסוכנים
 האם אתה עובד במקום עבודה שיש בו חשיפה גדולה מן הרגיל לרעש ו/או לזיהום אוויר ו/או לאבק?
 לא כן, פרט: _____

מהם עיסוקיך או תחביביך הספורטיביים ו/או האחרים? _____

ב. תקופת הביטוח ואופן התשלום והגבייה

תקופת הביטוח המבוקשת: מתאריך: _____ / _____ / _____ עד לתאריך: _____ / _____ / _____ בחצות.
אופן התשלום: גביה רגילה כרטיס אשראי הוראת קבע שירות שיקים

ג. פרטי הכיסויים הביטוחיים המבוקשים

1. סכום ביטוח למקרה מוות עקב תאונה: _____ ₪.
2. סכום ביטוח למקרה נכות צמיתה עקב תאונה: _____ ₪.
3. פיצוי שבועי במקרה אי כושר זמני לעבודה עקב תאונה: _____ ₪.

הרחבות:

1. נסיעה ברכב דו גלגלי מנועי או טרקטורון: כן לא
2. כיסוי לסיכוני מלחמה פסיבית (מוות ונכות צמיתה): כן לא
3. פיצוי שבועי כפול בגין אשפוז כתוצאה מתאונה: כן לא
4. אי כושר מלא זמני ממחלה (פיצוי שבועי): כן לא
5. ביקורופא כן לא

באם הינך מעוניין בכיסוי בגין מחלות יש לענות על סעיף ח' להצעה: שאלות על מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים - המצ"ב.

5. הגדלת מספר ימי השתתפות עצמית לפיצוי שבועי (תמורת הנחה בדמי הביטוח):
 לתאונות: מ-7 ל-14 ימים? כן לא
 מ-7 ל-28 ימים? כן לא
 למחלות: מ-14 ל-28 ימים? כן לא

ד. הצהרת המועמד לביטוח על מצב בריאותו

1. האם הינך בריא כעת? כן לא, פרט: _____
2. האם הנך סובל ממגבלה גופנית, מום, ליקוי גופני, נכות, ממחלה או ממחלה כרונית? לא כן, פרט: _____
3. האם אושפזת ב-3 השנים האחרונות בבית חולים? לא כן, מדוע, מתי ומשך הזמן: _____
4. האם סבלת ב-3 השנים האחרונות או הנך סובל/ת ממחלות ו/או הפרעות ו/או מומים כלשהם במערכת העצבים והמוח (לרבות חבלת ראש, אירוע מוחי, אפילפסיה, שיתוק, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, פרקינסון, אלצהיימר, דמנציה, סחרחורת, התעלפויות)? לא כן, פרט: _____
5. האם סבלת ב-3 השנים האחרונות או הנך סובל/ת ממחלות ו/או הפרעות ו/או מומים כלשהם במערכת השלד ו/או השרירים (לרבות כאבי גב, פריצת דיסק, ליקוי בעמוד השדרה, שבר, נקע, פריקה ו/או קטיעה)? לא כן, פרט: _____
6. האם סבלת ב-3 השנים האחרונות ממחלה ו/או הפרעה ריאומטית (לרבות אוסטאופורוזיס, מחלות ו/או דלקות מפרקים ו/או עצמות, לופוס (זאבת)? לא כן, פרט: _____
7. האם סבלת ב-3 השנים האחרונות ממחלה ו/או תאונה בעיניים? לא כן; באוזניים? לא כן; האם ראייתך לקויה? לא כן; האם שמיעתך לקויה? לא כן, פרט: _____
8. האם סבלת ב-3 השנים האחרונות או הנך סובל/ת ממחלת לב? לא כן.

ה. עבר והווה ביטוחי

1. האם הנך מבוטח כעת מפני תאונות? לא כן, שם המבטח _____ מסי' פוליסה: _____
2. האם הנך מבוטח כעת בביטוח חיים? לא כן, שם המבטח _____ מסי' פוליסה: _____
3. אם התשובה לשאלות 1 או 2 הנה חיובית, האם התקבלת לביטוח בתנאים מיוחדים? לא כן, פרט: _____
4. האם ארעה לך תאונה ב-3 השנים האחרונות שבגינה נגרמו לך אובדן כושר זמני ו/או נכות קבועה? לא כן פרט: _____
5. האם הגשת ב-3 השנים האחרונות תביעה בגין תאונה או מחלה? לא כן, פרט: _____
6. האם בשלוש השנים האחרונות, חברת ביטוח, כולל חברת כלל: לא כן, פרט _____
 סירבה לבטח אותך בביטוח תאונות / מחלות? לא כן, פרט _____
 סירבה לחדש לך ביטוח תאונות / מחלות? לא כן, פרט _____
 ביטלה ביטוח תאונות / מחלות? לא כן, פרט _____
7. האם לגבי ביטוח חיים, מבטח כלשהו, סרב לבטחך? לא כן; סרב לחדש את הביטוח שלך? לא כן;
 דרש תנאים מיוחדים, או ביטל אי פעם את הביטוח שלך? לא כן, פרט: _____
8. האם קבלת ו/או הנך מקבלת/ת תגמולים מהמוסד לביטוח לאומי או ממוסד הביטוח או מגוף ממלכתי אחר בגין נכות? לא כן, פרט: _____

ו. פרטי המוטבים: שמות המוטבים במקרה של מוות

שם פרטי ומשפחה	מספר תעודת זהות	חלקו ב-% מתגמולי הביטוח

ז. הצהרות

הצהרת המועמד לביטוח:

אני החתום/ה מטה, המועמד/ת לביטוח, מבקש/ת בזה מכלל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח") לבטח אותי לפי הרשום בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות.

- א. אני מצהיר/ה, מסכים/ה ומתחייב/ת כי כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות שמולאה על ידי הן נכונות ומלאות, ולא העלמתי מן המבטח דבר העלול להשפיע על החלטתו לקבל את ההצעה לביטוח. במקרה של העלמת מידע או תשובה כוזבת יהיה חוזה הביטוח בטל מעיקרו.
- ב. התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות וכן כל מידע אחר בכתב שיימסר למבטח על ידי וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה ישמשו תנאי לחוזה הביטוח בניני לבין המבטח ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו. אני מאשר/ת ומסכים/ה בזה כי קיבלה או דחייתה של הצעת זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא רשאי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה. כמו כן קבלת סכום כלשהו על ידי המבטח, בקשר עם הצעה זו, לא תיחשב לאישור ההצעה על ידו או כהסכמתו לכריתת חוזה הביטוח.

חתימת הסוכן _____ תאריך _____ חתימת המבוטח _____

הצהרת המועמד לביטוח על ויתור על סודיות רפואית:

- א. אני נותן בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה כולל: קופת חולים מכבי, קופת חולים כללית, קופת חולים לאומית, קופת חולים מאוחדת ו/או לכל קופת חולים אחרת, לשלטונות צה"ל ו/או למשרד הביטחון, למוסד לביטוח לאומי, למבטחים, למשרד הבריאות, ללשכת הבריאות המחוזית, לרופא המטפל בי בקביעות ו/או לכל רופא אחר, שנמצאתי או שאמצא בטיפולו וכן כל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים, וכן לכל חברות הביטוח ולכל גוף או מוסד אחר ששמו לא נזכר בכתב זה, למסור לכלל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח"), את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי "המבטח" 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.
- ב. אני משחרר כל גוף או אדם שפורטו לעיל מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ומחלותיי כאמור, ולא תהיינה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו כלפי כל המוסר מידע כאמור.
- ג. אני מייפה את "המבטח" לאסוף מידע שייראה לו חשוב בקשר לבריאותי.
- ד. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עיזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.
- ה. 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 נותני השירותים הנ"ל.
- ו. כתב ויתור זה יחול על ילדיי הקטינים ששמותיהם פורטו, אם פורטו בהצעה.

חבר בקופת חולים: _____ סניף _____

ולראיה באתי על החתום:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מסי' ת.ז. _____ תאריך _____ חתימה _____

הצהרת המועמד לביטוח:

אני מצהיר/ה, מסכים/ה ומתחייב/ת כי כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות שמולאה על ידי הן נכונות ומלאות, ולא העלמתי מן המבטח דבר העלול להשפיע על החלטתו לקבל את ההצעה לביטוח. במקרה של העלמת מידע או תשובה כוזבת יהיה חוזה הביטוח בטל מעיקרו.

חתימת הסוכן _____ תאריך _____ חתימת המבוטח _____

ח. שאלות על מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים
יש למלא רק במקרה של בקשה לכיסוי בגין אי כושר עקב מחלה).

האם יש או היו לך מחלות ו/או הפרעות ו/או מומים כלשהם, מהמפורטים להלן:

1. **במערכת העצבים והמוח:** לרבות חבלת ראש, אירוע מוחי, אפילפסיה, שיתוק, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, פרקינסון, אלצהיימר, דמנציה, סחרחורת, התעלפויות? לא כן, פרט: _____
2. **בנפש ובמצב הרוח:** לרבות דיכאון, חרדה, מאניה דיפרסיה, ניסיון אבדני, מצב בו נדרש טיפול פסיכיאטרי? לא כן, פרט: _____
3. **בדרכי הנשימה והריאות:** לרבות אסטמה, אמפיזמה, פניאומטורקס, אלרגיה? לא כן, פרט: _____
4. **בעור:** לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, נגע ו/או גוש במעקב? לא כן, פרט: _____
5. **בלחץ הדם, מערכת הלב וכלי דם:** לרבות לחץ דם, התקף לב, כאבי חזה, הפרעה בקצב הלב, פגם במסתמי הלב, איוושה בלב, טרומבозה, תסחיף, דליות (ורידים מורחבים)? לא כן, פרט: _____
6. **במערכת העיכול ובקעים:** לרבות החזר ושטי (ריפלוקס), מחלה כרונית ו/או דימום, טחורים, פילונידל, אבצס, בקע, שבר (הרניה מכל סוג)? לא כן, פרט: _____
7. **בכבד, במרה ובדרכי המרה, בטחול ובלבלב:** לרבות צהבת, הפטיס, כבד שומני? לא כן, פרט: _____
8. **בכליות ובדרכי השתן:** לרבות כליה אחת, אבנים, ריפלוקס, דלקת כליה, דליפת שתן, דם ו/או חלבון בשתן, ערמונית (פרוסטטה)? לא כן, פרט: _____
9. **מחלה מטבולית ו/או הורמונלית:** לרבות סוכרת, בלוטת המגן, שומנים גבוהים (כולסטרול, טריגליצרידים), שיגדון FMF (GOUT)? לא כן, פרט: _____
10. **בדם ובמערכת החיסון:** לרבות אנמיה (חוסר דם), ספירת הדם, קרישת הדם, הפרעה במערכת החיסון? לא כן, פרט: _____
11. **מחלות זיהומיות ו/או מחלות מין:** לרבות שחפת, איידס (לרבות נשאות), חום ממושך? לא כן, פרט: _____
12. **מחלה ממארת ו/או גידול ממאיר:** לרבות גידול טרום סרטני, סרטן? לא כן, פרט: _____
13. **במערכת השלד ו/או השרירים:** לרבות כאבי גב, פריצת דיסק, ליקוי בעמוד השדרה, שבר, נקע, פריקה ו/או קטיעה? לא כן, פרט: _____
14. **במערכת הראייה ו/או אף, אוזן וגרון:** לרבות קטרקט, גלאוקומה, ליקוי ראייה מעל 7, קרטוקונוס, ליקוי שמיעה, דלקות אוזניים חוזרות, מחיצת אף, סינוסיטיס, פוליפים, אדינואידים (שקדים), דום נשימה בשינה? לא כן, פרט: _____
15. **במערכת המין ו/או הרבייה:** לרבות גוש בשד או באשך, ציסטה, גינקומסטיה, בעיות פריון (גם לגברים), הפלות חוזרות, זיהום, היריון, אשך טמיר, הידרוצלה, וריקוצלה? לא כן, פרט: _____
16. **מחלה ו/או הפרעה ריאומטית:** לרבות אוסטאופורוזיס, מחלות ו/או דלקות מפרקים ו/או עצמות, לופוס (זאבת)? לא כן, פרט: _____

הצהרת הגנת הפרטיות

הריני מצהיר/ה בזה כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני ובהסכמתי המלאה. ידוע לי שמטרת מסירת המידע הינה הפקת פוליסת הביטוח, טיפול בכל העניינים הנילווים, הנובעים מהפקת הפוליסה והקשורים אליה בכלל חברה לביטוח בע"מ ובקבוצת כלל החזקות עסקי ביטוח בע"מ, כדי לאפשר לחברה להביא לידיעת לקוחותיה מידע על מוצרים ושירותים, אשר לדעת החברה עשויים לעניין אותם, למטרות עיבודים סטטיסטיים ולצורך טיפול בתביעות. הריני מסכים כי המידע יימסר לצורך עיבודו ואיחסונו לכל צד שעיסוקו בכך, כפי שהחברה תמצא לנכון, וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981.

חתימת המבוטח

תאריך