



הצעה לביטוח "הכל בה למרפאה ולמרפאות השיניים"

חבילה מודולרית לביטוח מהדורת 2020

שם הסוכן/סוכנות:	מספר סוכן/סוכנות
------------------	------------------

חלק א'

פרטי המציע וההתקשרות עמו	שם המציע		ת.ד. / ח.פ. / ע.מ.	
	מס' טלפון נייד	מס' טלפון	מס' פקס	דואר אלקטרוני
	כתובת המרפאה *	יישוב	רחוב	מספר
	* במידה והמרפאה ממוקם במספר כתובות יש לציין את כל הכתובות הנדרשות לביטוח:			
1. _____				
2. _____				
3. _____				

תקופת הביטוח המבוקשת	מיום: ____/____/____ עד ליום: ____/____/____ בחצות
----------------------	--

אופן הגביה	<input type="checkbox"/> הוראת קבע	<input type="checkbox"/> מזומן
	<input type="checkbox"/> כרטיס אשראי	מסוג
תוקף הכרטיס	כרטיס מס' _____	

תיאור פעילות המרפאה	תאר בקצרה את מהות המרפאה וסוג הפעילות המתבצעת בה ו/או השירותים הניתנים על יד
---------------------	--

תיאור ומידע אודות מבנה המרפאה המבוטחת	המרפאה נמצאת בקומה: ____ מתוך ____ קומות		גיל המבנה: ____ שנים		שטח המרפאה: ____ מ"ר	
	זיקת המציע: <input type="checkbox"/> המבנה בבעלות המציע <input type="checkbox"/> בשכירות <input type="checkbox"/> בדמי מפתח					
	המבנה בנוי:			הגג בנוי:		
	<input type="checkbox"/> אבן <input type="checkbox"/> לבנים ובטון		<input type="checkbox"/> איסכורית/פח <input type="checkbox"/> עץ		<input type="checkbox"/> בטון <input type="checkbox"/> רעפים <input type="checkbox"/> אסכורית/פח <input type="checkbox"/> אסבסט	
	<input type="checkbox"/> אחר, פרט:		<input type="checkbox"/> אחר, פרט:		<input type="checkbox"/> אחר, פרט:	
	תאר בקצרה את סביבת המרפאה והיכן היא ממוקמת:					
	האם למרפאה רישיון עסק בתוקף?					
	מפני סיכוני אש	מטפים	<input type="checkbox"/> יש	<input type="checkbox"/> אין	מס' מטפים: ____	סוג מטפים: ____ ק"ג
		ברזי שריפה	<input type="checkbox"/> יש	<input type="checkbox"/> אין	מס' ברזים: ____	
		גלאי עשן	<input type="checkbox"/> יש	<input type="checkbox"/> אין	האם מחוברים למוקד? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
מתזים		<input type="checkbox"/> יש	<input type="checkbox"/> אין	סוג: _____	אוטומטי <input type="checkbox"/> חצי אוטומטי <input type="checkbox"/> ידני	
מפני סיכוני פריצה	סוגי כל הדלתות ואמצעי נעילתן - פרט: _____					
	סוגי הסגירה וההגנה בכל החלונות והאשנבים פרט _____					
	האם כל המזגנים החיצוניים מסורגים? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, פרט: _____					
חלון הראוה סוגן ב: תריס מתקפל <input type="checkbox"/> דלת הזזה <input type="checkbox"/> זכוכית משוריינת <input type="checkbox"/> אחר פרט _____						
האם מותקנת מערכת אזעקה במבנה המרפאה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא						
במידה וכן, נא ציין את סוג המערכת: _____						
האם קיים חיבור למוקד <input type="checkbox"/> אלחוטי או <input type="checkbox"/> קווי חייגן ל- ____ מנויים						
הגנות אחרות: _____						

<p>בהתייחס לאחד או יותר מהכיסויים המבוקשים בהצעה זאת, ענה לשאלות הבאות:</p> <p>האם היית או הינך מבוטח בהווה באיילון חברה לביטוח בע"מ או בחברה אחרת בשלוש השנים האחרונות? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>אם כן, נא פרט: שם החברה _____ סוג הביטוח _____ תקופת הביטוח _____</p>		
<p>האם נדחתה אי פעם הצעתך ו/או בוטלה פוליסה שלך ביזמת חברת ביטוח ו/או סירבו לחדשה, בגין אחד או יותר מהכיסויים המבוקשים:</p> <p><input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן נא פרט הסיבות: _____</p>		
<p>האם נדרשו ע"י חברת ביטוח כלשהי תנאים לשם קבלת הסיכון ו/או להמשך הכיסוי?</p> <p><input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן נא פרט הסיבות: _____</p>		
<p>תביעות / נזקים קודמים</p> <p>האם בשלוש השנים האחרונות נגרמו נזקים ו/או הוגשו תביעות כתוצאה מסיכון המוצע לביטוח בהצעה זו: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן נא פרט: _____</p>		
סוג ותיאור הנזק	תאריך האירוע	סכום שנתבע/שולם
<p>נא פרט אלו אמצעי הגנה ננקטו לאחר הנזקים/ים:</p>		

<p>האם רכוש ו/או חביויות העסק (המרפאה) המוצעים לביטוח להלן, מבוטחים גם בחברות ביטוח אחרות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן,</p> <p>אם כן, נא פרט: שם החברה: _____ תקופת ביטוח מ- _____ עד _____</p> <p>סוג הביטוח / הכיסוי וסכומי הביטוח: _____</p>	<p>ביטוח נוסף</p>
---	-------------------

<p>האם יש שעבוד לרכוש המוצע לביטוח וברצונך לכלול סעיף בפוליסה בהתאם? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן</p> <p>אם כן, נא פרט לטובת מי השעבוד: _____</p> <p>פרוט הרכוש המשועבד: _____</p> <p>כתובת המשעבד: _____</p>	<p>שעבוד</p>
--	--------------

חלק ב' - פרקי הפוליסה והכיסויים המבוקשים

<p>פרק 1</p> <p>ביטוח כל הסיכונים לתכולת המרפאה</p>	<p>ביטוח תכולת המרפאה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>סכום ביטוח לתכולה (למעט ציוד אלקטרוני) בערך כיוון _____</p> <p>סכום ביטוח לציוד אלקטרוני נייח*** _____</p> <p>סכום ביטוח לציוד אלקטרוני נייד*** יש לצרף רשימת ציוד אלקטרוני לביטוח תוך פירוט סוג הציוד, דגם ושנת ייצור _____</p>	<p>הערות</p> <p>* פרק זה כולל כיסוי רעידת אדמה ונזקי טבע, לא ניתן להסיר כיסוי זה מהפוליסה.</p> <p>** תשומת ליבכם לאפשרות להרחבת הכיסוי לציוד אלקטרוני באמצעות פרק 10 - גיבוי פלוס בפוליסה, בעיקר בכל הקשור לנזקים אלקטרוניים ושיחזור מידע.</p>
---	---	--

<p>פרק 2</p> <p>ביטוח כל הסיכונים למבנה המרפאה</p>	<p>ביטוח מבנה המרפאה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>חלופה א': סכום ביטוח מבנה + שיפורי דיור _____</p> <p>חלופה ב': סכום ביטוח שיפורי דיור בלבד _____</p>	<p>הערות</p> <p>* פרק זה כולל כיסוי רעידת אדמה ונזקי טבע, לא ניתן להסיר כיסוי זה מהפוליסה.</p> <p>** פרק זה כולל הרחבה לפריצה למבנה: עד סך של 10% מסכום ביטוח המבנה ועד לסך מרבי של 50,000 ₪.</p>
--	--	---

<p>פרק 3</p> <p>פריצה לתכולה</p>	<p>ביטוח פריצה לתכולת המרפאה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p>	<p>הערות</p> <p>* סכום הביטוח בפרק זה צריך להיות זהה לסכום ביטוח התכולה.</p>
----------------------------------	--	--

<p>פרק 4</p> <p>אובדן רווחים</p>	<p>ביטוח אובדן רווחים <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>רווח גולמי שנתי _____</p> <p>הוצאות הכנת תביעה _____</p> <p>תקופת שיפוי <input type="checkbox"/> 3 חודשים <input type="checkbox"/> 6 חודשים <input type="checkbox"/> 12 חודשים</p>	<p>הערות</p> <p>* פרק זה כולל כיסוי רעידת אדמה ונזקי טבע, לא ניתן להסיר כיסוי זה מהפוליסה.</p>
----------------------------------	---	--

<p>פרק 5</p> <p>אובדן הכנסות</p>	<p>ביטוח אובדן הכנסות <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p>סכום הפיצוי היומי המבוקש _____</p>	<p>הערות</p> <p>* פרק זה כולל כיסוי רעידת אדמה ונזקי טבע, לא ניתן להסיר כיסוי זה מהפוליסה.</p> <p>** סכום הפיצוי היומי לא יעלה על סך של 5,000 ₪ ליום</p> <p>*** תקופת הכיסוי המקסימלית הינה 100 ימים.</p>
----------------------------------	---	---

פרק 6 אובדן דמי שכירות	ביטוח אובדן דמי שכירות <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	סכום ביטוח	* מעל לכיסוי הבסיסי בפרק 2 (ביטוח מבנה).
	סכום ביטוח	₪	** פרק זה כולל כיסוי רעידת אדמה ונזקי טבע, לא ניתן להסיר כיסוי זה מהפוליסה.
	תקופת שיפוי	<input type="checkbox"/> 3 חודשים <input type="checkbox"/> 6 חודשים <input type="checkbox"/> 12 חודשים	
פרק 7 שבר שמשות ומשטחי זכוכית	ביטוח שבר שמשות ומשטחי זכוכית <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	סכום ביטוח	* מעל לכיסוי בסיסי בסך של 25,000 ₪
	סכום ביטוח	₪	
פרק 8 נזקי טרור	ביטוח נזקי טרור <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	סכום ביטוח	* הכיסוי הינו על בסיס נזק ראשון למקרה ולתקופת הביטוח
		₪	** גבול אחריות מקסימלי 100,000 ₪
פרק 9 כספים	ביטוח כספים <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	סכום ביטוח	* הכיסוי הינו על בסיס נזק ראשון למקרה ולתקופת הביטוח
		₪	
פרק 10 גיבוי פלוס (בטוח מאגרי מידע ומערכות מסוחשבות) כיסוי שיורי	הכיסוי השיורי עפ"י פרק זה, הינו כיסוי משלים לכיסוי עפ"י פרק 1 - ביטוח כל הסיכונים לתכולת המרפאה, ומתייחס לציוד האלקטרוני המפורט ברשימה. פרק זה אינו מכסה כל אובדן או נזק המכוסה במסגרת פרק 1 - ביטוח כל הסיכונים התכולה. לתשומת לבך: פרק זה אינו מכסה כל אובדן או נזק המכוסה במסגרת פרק 1 - ביטוח כל הסיכונים התכולה.		
	פרק משנה 1 - ביטוח הרכוש (ציוד נייד) <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	סכום ביטוח	* יש לצרף רשימת ציוד מפורטת הכוללת את תיאור הציוד וסכום הביטוח המתייחס אליו.
	פרק משנה 2 - כיסוי מאגרי מידע ותוכנה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	₪	
	פרק משנה 2א' - כיסוי מאגרי מידע ותוכנה מקיף <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	₪	* אם רוכשים פרק משנה 2א' אין צורך לרכוש פרק משנה 2. ** גבול אחריות מקסימלי על פי פרק זה 70,000 ₪
	אמצעים להקלת הסיכון: האם קיים מכשיר אל-פסק (UPS) דרכו מחוברים המחשבים למערכת החשמל? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא אם מותקנת תוכנת אנטי-וירוס במחשבים? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא פרט את סוג הגיבוי שמבוצע (יומי/שבועי/דו שבועי/אחר) _____ *תשומת ליבך לאופן הגיבוי הנדרש כמפורט בפוליסה.	אמצעים להקלת הסיכון: האם קיים מכשיר אל-פסק (UPS) דרכו מחוברים המחשבים למערכת החשמל? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא אם מותקנת תוכנת אנטי-וירוס במחשבים? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא פרט את סוג הגיבוי שמבוצע (יומי/שבועי/דו שבועי/אחר) _____ *תשומת ליבך לאופן הגיבוי הנדרש כמפורט בפוליסה.	
	פרק משנה 3 - הוצאות תפעול נוספות <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	₪	* פיצוי של עד 90 ימים. ** מקסימום 3,000 ₪ ליום. *** השתתפות עצמית: 3 ימי עבודה
	*כיסוי למחשב נייד הרחבה לפרק 10 <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> ללא פריצה מרכב <input type="checkbox"/> כולל פריצה מרכב <input type="checkbox"/> הרחבה לכיסוי מחשב נייד בחו"ל: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	₪	* יש לצרף רשימת ציוד מפורטת הכוללת את תיאור הציוד וסכום הביטוח המתייחס אליו. ** בכפוף לתנאי מיגון
	ביטוח אחריות כלפי צד ג' <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	גבול האחריות המינימלי הינו: 500,000 ₪ למקרה ו-1,000,000 ₪ ולתקופת הביטוח	
	גבול האחריות המבוקש למקרה	₪	
	גבול האחריות המבוקש לתקופה	₪	
פרק 12 חבות מעבידים	ביטוח חבות מעבידים <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		
	גבול אחריות: 20,000,000 ₪ למקרה ולתקופת הביטוח		
	נא ציין את מספר העובדים במרפאה בהתאם לעיסוקם המפורט בטבלה ושכרם השנתי:		
	סוג העיסוק	מס' העובדים בכל סוג עיסוק	שכר עבודה שנתי
	עובדי מנהלה ומשרד		
	עובדי מרפאה ועובדים אחרים (לרבות בתחום השירות, ניקיון וכדו')		
	סה"כ		
הכיסוי המבוקש: <input type="checkbox"/> לפי מס' עובדים או <input type="checkbox"/> לפי שכר עבודה שנתי			
האם מבוקש כיסוי עבור בעלי שליטה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, במידה וכן יש לציין את הפרטים הבאים:			
שם מלא	ת.ד.		

פרק 13 תאונות אישיות				
ביטוח תאונות אישיות <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא יש למלא פרטי המבוטחים כמפורט להלן. כמו כן יש למלא את השאלון בחלק ג' מטה לגבי כל אחד מהמועמדים לביטוח.				
שם פרטי ומשפחה	ת.ז.	תאריך לידה	סכומי ביטוח	
			מוות	נכות מלאה קבועה/זמנית
			פיצוי שבועי	הרחב נסיעה ברכב מנועי דו גלגלי
			ש	ש <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
			ש	ש <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
<p>הערות:</p> <p>* סכום הביטוח המינימלי בגין מוות ו/או נכות מלאה קבועה או צמיתה הינו 50,000 ₪</p> <p>** הפוליסה כוללת כיסוי בסיסי הניתן חינם לאחד מבעלי המרפאה.</p> <p>*** גיל כניסה מירבי לביטוח הינו 70 שנה.</p> <p>**** הכיסוי בגין פיצוי שבועי הינו החל מהיום השמיני (8).</p> <p>***** סכום הביטוח המקסימלי לפיצוי שבועי הינו 2,400 ₪.</p>				
מועמד 1				
מועמד 2				

פרק 14 סחורה בהעברה	
<p>* גבול אחריות מרבי לכיסוי על פי פרק זה לא יעלה על סך של 50,000 ₪ למקרה ולתקופת הביטוח, לרבות הרחבת פריצה עד לסך של 5,000 ₪.</p> <p>** הכיסוי על פי פרק זה כולל כיסוי בגין הוצאות לשחזור של צילומי רנטגן, תוכניות ועבודות פרותטיקה.</p>	<p>ביטוח סחורה בהעברה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן</p> <p>גבול האחריות המבוקש למקרה ולתקופת הביטוח</p> <p>הרחב פריצה לגבי סחורה בהעברה (בתוספת פרמיה) <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן</p> <p>גבול האחריות המבוקש למקרה ולתקופת הביטוח</p>

פרק 15.1 סייבר צד ראשון	
<p>* הכיסוי הינו על בסיס נזק ראשון למקרה ולתקופת הביטוח</p> <p>** גבול האחריות המקסימלי על פי פרק זה הינו 200,000 ₪</p>	<p>ביטוח סייבר צד ראשון <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן</p> <p>הרחבה אופציונלית להוצאות בדבר הודעה ללקוח</p>
<p>* גבול האחריות על פי הרחב זה לא יעלה על 20% מגבול האחריות בפרק</p>	<p>ביטוח אחריות סייבר כלפי צד ג' <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן</p> <p>הרחבה אופציונלית להוצאות בדבר הודעה ללקוח</p>
<p>* גבול האחריות המקסימלי על פי פרק זה הינו 200,000 ₪ למקרה ולתקופת הביטוח.</p>	<p>הרחבה אופציונלית להוצאות יחסי ציבור</p>

פרק 15.2 אחריות סייבר כלפי צד שלישי	
<p>* גבול האחריות על פי הרחב זה לא יעלה על 20% מגבול האחריות בפרק</p>	<p>1. כללי</p> <p>א. כמה מחשבים (יחידות קצה) בבית העסק? _____</p> <p>ב. כמה שרתים בבית העסק? _____</p> <p>ג. האם שמירת המידע נעשית באופן חופף או שקיימת חלוקה בין אופן השמירה וגיבוי המידע בשרתים השונים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן</p> <p>האם חלק מסחזור הכנסות של המציע נובע או עתיד לנובוע מפעילות בארה"ב ו/או סול לקוחות סארה"ב? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן</p> <p>האם המציע עוסק במכירת מוצרים ו/או מתן שירותים באמצעות האינטרנט <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן</p> <p>האם הוגשו תביעות נגד המציע או מי מטעמו או שהתעוררו נסיבות שהיו עלולות להוביל לתביעות נגדו ו/או נגד מי מטעמו בקשר עם פעילות אינטרנט של המבוטח, מערכת/ות המחשב שלו, אתר האינטרנט שלו, מיילים שלו ו/או של מי מהפועלים מטעמו ו/או כל פעילות רשת או אינטרנט אחרת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן במידה וכן, נא פרט: _____</p> <p>האם נתגלתה בעבר פריצה ו/או חדירה ו/או אירוע ו/או חשד לאירוע חדירה לרשת המחשבים של המבוטח על אירועים כאמור אשר נטען על ידי צד שלישי שאירוע עקב מעשה ו/או סחדל ו/או באחריותו של המבוטח <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן במידה וכן, נא תאר את האירוע והאמצעים שנקטו על ידי המציע כדי למנוע הישנותו: _____</p> <p>האם ברשות המבוטח ובכל מחשבי המבוטח מיושמים אמצעי הבטיחות הבאים?</p> <p>א. תוכנת להגנה מפני חדירה של צדדים שלישיים ו/או וירוסים (Firewall). <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן</p> <p>ב. גיבוי מידע, קבצים ותוכנות לפחות אחת לחודש <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן</p> <p>ג. החלפת סיסמאות לפחות אחת ל- 6 חודשים <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן</p> <p>ד. החלפה מידית של שמות משתמש סיסמאות ואמצעי ביטחון אחרים במידה שהמציע גילה או שקיים חשד סביר לכך שאמצעי בטיחות אלה נחשפו לצדדים שלישיים. <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן</p>

**תאריך
רטרואקטיבי**

תאריך רטרואקטיבי (התאריך הקובע) לכיסוי יהיה יום תחילת הביטוח או מועד עריכת הכיסוי לראשונה על פיו. אם אחרת נא ציין: _____ (בכפוף לקיום פוליסות ביטוח לתאריכים הקודמים לתקופת הביטוח בפוליסה זו) במידה והתאריך הרטרואקטיבי המבוקש שונה מיום תחילת הביטוח או מועד עריכת כיסוי זה לראשונה, פרט את שם חברות הביטוח בהן היית מבטוח בביטוח בגין חבות סייבר כלפי צדדים שלישיים בתקופות החופפות לתאריך הרטרואקטיבי המבוקש: _____

* לתשומת לב המבוטח:

הכיסוי על פי פרק זה הינו על בסיס מועד הגשת התביעה. דהיינו הכיסוי הביטוחי הינו אך ורק בגין תביעה המוגשת כנגד המבוטח לראשונה במהלך תקופת הביטוח המצוינת ברשימה ושארעה לאחר התאריך הרטרואקטיבי המצוין ברשימה. בהעדר תאריך רטרואקטיבי קודם, יהיה התאריך הרטרואקטיבי בפרק זה מועד תחילת תקופת הביטוח על פי פרק זה ו/או מועד עריכת הכיסוי לראשונה על פיו, המאוחר מביניהם. סותנה במפורש כי הכיסוי על פי פרק זה איננו מכסה חבות כלשהי בגין תביעה/ות או מקרה/ים או נסיבה/ות העלולים/ות להוות עילה לתביעה - אשר הובאו לידיעת המבוטח ו/או יחידיו ו/או נציגיו לפני תחילת תוקפו של כיסוי זה, חזת בין אם אוזכרו ובין אם לא אוזכרו בהצעת הביטוח ו/או במידע החיתומי שהועבר למבטח לקראת הוצאת פוליסה זאת או עריכת הכיסוי או חידושו.

**פרק 16
שבר מכני**

תיאור הציוד הנדרש לביטוח שבר מכני

ביטוח שבר מכני	<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא
תיאור המכונה: יצרן/דגם/ מפרט טכני או במידה ונערך סקר לציין עפ"י דו"ח סוקר מס'	שנת ייצור	ערך כחדש (כינון)
		האם קיים הסכם שרות/אחזקה לציוד המוצע לביטוח? במידה וכן, יש לפרט את שם נותן שירות
		האם הציוד תחת אחריות היצרן/ספק

חלק ג' - שאלון תאונות אישיות

יש למלא השאלות על פי חלק זה על ידי כל אחד מהמועמדים לביטוח:

שם המועמד	מועמד 1	מועמד 2
האם את/ה חולה כעת במחלה כלשהי או מקבל/ת טיפול רפואי כלשהו או תרופות כלשהן?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
האם היית מסוגל/ת לעבוד במשך 12 החודשים האחרונים לפני סילוי הצהרה זו?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
במידה ולא יש לפרט את הסיבה למגבלה, המגבלות ופרק הזמן בו לא היית מסוגל/ת לעבוד	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
האם הינך עוסק/ת בענף ספורט הנחשב לענף מסוכן במיוחד כגון: סקי מים, גלישת מצוקים, טיפוס הרים, ספורט חורף, צניחה, גלישה או דאייה באוויר, היאבקות, אגרוף, צלילה, ציד ורכיבה על סוסים (להלן: "ספורט אתגרי") סכל סוג שהוא? אם כן, יש לפרט את ענף הספורט האתגרי בו הינך עוסק	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
פרט/י מום, או מחלה או ליקויים שאובחנו בך לפני מועד ההצטרפות לביטוח בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד, שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח:	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
האם הינך מקבל/ת או האם במהלך השנה האחרונה הגשת בקשה לקבלת תגמולים מהמוסד לביטוח לאומי או ממשרד הביטחון או מגוף מסלכתי אחר בגין נכות?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
האם סבלת בעבר מאובדן כושר עבודה זמני כתוצאה מתאונה או מחלה? אם כן, פרט: 1. אחוז אובדן הכושר הזמני 2. משך אובדן הכושר הזמני	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
הרחבות מבוקשות: 1. הרחבת כל המחלות 2. סיכון מלחמה פסיבי 3. כפל פיצוי לאי כושר במקרה אשפוז עקב מקרה ביטוח 4. כפל פיצוי לאי כושר במקרה אשפוז עקב מקרה ביטוח 5. תוספת לסכום הביטוח (במאות או נכות) 6. ביטוח לחיילים בחופשה ו/או לחיילים בשירות חובה בגין מקרה ביטוח בישראל בלבד	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא

ביטוח אחר

האם ברשותך פוליסת ביטוח דומה לפוליסה המתחדשת הנערכת באמצעות איילון חברה לביטוח?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
במידה וכן, האם ברצונך לבטל פוליסה זאת?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
במידה ואינך רוצה לבטל את הפוליסה הדומה האם הוסבר לך, טרם חתימתך על טופס זה, כי פוליסה זאת הינה פוליסה נוספת המבטחת מקרה ביטוח דומה לפוליסה הקיימת שבידך וכי ייגבו מסך דמי ביטוח נפרדים עבור כל אחת מהפוליסות? * יש לשים לב כי לעניין הפיצוי השבועי, הסכום לו יהיה זכאי המבוטח לא יהיה גבוה מ- 75% משכרו של המבוטח בסמוך למועד קרות מקרה הביטוח, וזאת גם אם סכומי הביטוח המצטברים בפוליסות השונות גבוה יותר.	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא

אני החתום מטה מצהיר שהתשובות לדעתי נכונות ואמיתיות ושלא העלמתי דבר בנוגע לביטוח זה. אני נותן בזה רשות לקופת חולים, לבית חולים, ולכל מוסד רפואי אחר ו/או לעובדיהם הרפואיים וכן לכל רופא ו/או לשלטונות צה"ל, ו/או למוסד לביטוח לאומי, למסור לאיילון חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבקש") כל מידע על מצב בריאותי ו/או על כל מחלותיי בעבר, ובהווה לצורך בירור זכויותי וחובותיי על פי הפוליסה, ומשחרר אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל, ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיה לי כלפיהם כל טענה או תביעה בקשר לכך. ויתור זה יחייב לאחר סוּתִי את עזבוני ואת באי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

חתימת המועמדים לביטוח

חתימה ותאריך (מועמד 1) | חתימה ותאריך (מועמד 2)

הערות כלליות/תנאים:

- יש לציין בכל פרק את ההרחבות שהינן מעוניין בהן, כדי שהמבטח יוכל לשקול את קבלתן בהתאם לבחירתך.
- הינך רשאי לבחור בהרחבה או לוותר עליה, מבלי שהדבר יפגע ביתר תנאי הביטוח עצמו.
- במידה ולא סומנו הכיסויים על פי הפרקים השונים ו/או סכומי הביטוח/גבולות האחריות המבוקשים לכיסוי מסוים יחשב הדבר כהצהרת המבוטח על אי-רצונו לרכוש כיסוי זה.
- כל מרפאה הנמצאת במפלס הרחוב, חייבת באמצעי מינון שיכללו: דלת פלדה בכניסה (מסוג "פלדלת" או דומה) סורגים על שאר כל הפתחים ומע' אזעקה מחוברת למוקד (אלא אם כן אושר אחרת בכתב, ע"י המבטח).

חלק ד' - הצהרת המציע

אני/ו החתום/ים מטה, המועמד/ים לבעלות הפוליסה ו/או לביטוח מבקשים בזאת מהמבטח לקבלנו לביטוח.

אנו מסכימים, מצהירים בזה ומתחייבים כי:

- כל התשובות, כמפורט בהצעה זו, הינן מלאות ונכונות.
- לא הסתרתי/נו עובדות או פרטים כלשהם בידיעה שהם עניין מהותי, שיש בו כדי להשפיע על נכונותו של מבטח סביר לכרות את החוזה בכלל או בתנאים שבו, וידוע לנו כי אם נעשה כן בכוונת מרמה, דין תשובותינו יהיה כדין תשובה שאינה מלאה וכנה לפי חוק חוזה הביטוח, תשמ"א - 1981.
- מוסכם בזאת כי הצעה זו תהווה בסיס לחוזה הביטוח ביני לבין איילון חברה לביטוח בע"מ ("המבטח").
- הרשות בידי המבטח להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה או קבלתה בתנאים.
- ידוע לנו שחוזה הביטוח נכנס לתוקפו רק אם תאושר הצעה זו על ידי המבטח.
- הנני מתחייב לשלם את הפרמיה במלואה.
- אני/נו מצהירים בזאת, כי המידע המבוקש נמסר מרצוני/נו ובהסכמתנו/נו, וידוע לי/נו כי הוא נחוץ למבטח לצורך הוצאת פוליסה, גביית תשלומים בגינה, תשלום תגמולי ביטוח וביצוע פעולות נלוות. אני/נו מסכים/ים כי המידע שנמסר על ידי, יועבר לגורמים מטעמו של המבטח לשם מתן שירותי ביטוח, וכן לבנק לצורך גביית תשלומים. האמור לעיל יחול גם לגבי מידע שאמסור למבטח בעתיד, בקשר עם שירותי ביטוח.
- הרינו מסכימים כי המידע ייסר לצורך עיבודו ואחסונו לכל אדם או גוף שהמבטח ימצא לנכון לצורך הפקת פוליסת ביטוח, וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה, והקשורים בה

חתימה וחתימת המציע

תאריך

הודעה והסכמה לפי סעיף 11 לחוק הגנת הפרטיות (דיוור ישיר) | הודעה והסכמה למסירת מידע אישי בכפוף לתיקון מספר 40 לחוק התקשורת (בזק ושידורים), התשס"ח - 2008

- הנני מסכים כי הפרטים והנתונים אודותיי ישמשו את המבטח ו/או תאגידים מקבוצת איילון (להלן: "איילון") לצורך יצירת קשר להצעה לרכישה ו/או שיווק של תוכניות, כיסויים ביטוחיים ו/או מוצרים או שירותים פיננסיים ו/או אחרים מטעם איילון ולצורך עיבודים סטטיסטיים, פילוח ומיקוד שיווקי ולמטרות שיפור השירות והטיפול בתביעות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע למטרות אלה לצדדים שלישיים הפועלים בשמה או מטעמה של איילון בעניינים אלה.
- הנני מסכים כי תכנים שיווקיים מהגורמים האמורים יועברו אלי בדרך של דיוור, לרבות דיוור ישיר או שירותי דיוור ישיר או בדרך אחרת, לרבות באמצעות פקסימיליה, מערכת חיוג אוטומאטי, הודעת מסר קצר (SMS) או כל אמצעי תקשורת אחר.
- ידוע לי כי בכל עת אני רשאי לבקש מהמבטח בכתב או בהודעה לכתובת האינטרנט: mail@ayalon-ins.co.il כי הנני מעוניין לחזור בי מהסכמתי זו ולהסירני מרשימת התפוצה.

תאריך: | חתימה: | חתימה: | תאריך:

צהרת סוכן הביטוח

הנני מצהיר ומאשר בחתימתי מטה, כי כל הפרטים והמידע שנמסר על ידי המציע בהצעה זו, נרשם ונחתם על ידו לרבות חתימתו על הצהרת המציע לעיל, וזאת לאחר שהסברתי לו כי עליו להשיב תשובות מלאות וכנות לשאלות וככל שלא יעשה כן עלולה להיות לכך השפעה על תגמולי הביטוח עד לכדי שלילתם המוחלטת. כמו כן ביררתי את צרכי הביטוח שלו והסברתי לו את מהות הכיסויים, ההרחבות והתנאים המתייחסים לעריכת ביטוח זה ומשמעותם ומסרתי לו את המידע המהותי לגבי עיקרי הכיסוי הביטוחי, וכן מידע לגבי סכומי הביטוח וגבולות האחריות העיקריים, דמי הביטוח, פירוט אמצעי התשלום האפשריים, תנאי התשלום, מספר התשלומים ומועדי הגביה האפשריים, והוא אישרם בפניי לאחר שמצאם מתאימים לצרכיו.

חתימה וחתימת סוכן הביטוח

תאריך