



# הצעה לביטוח תאונות אישיות

מהדורת 2017

לתשומת לב המבוטח:

אין להצעת הביטוח תוקף עד אם נתקבלה ואושרה בכתב על ידי המבטח  
נא למלא הצעה זו בדיוק ובשלמות. כל הרשום בה מהווה בסיס לחוזה הביטוח וחלק בלתי נפרד ממנו.  
לתשומת לב ממלא הטופס:

אנא הקפד על מילוי פרטים מדויק. אי דיוק בפרטים עלול להיחשב כאי עמידה בחובת הגילוי על פי חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981 ולהקטין את תגמולי הביטוח, בכפוף להוראות החוק.

כל הפרטים והתנאים בהצעה זו כפופים לפרטים ולתנאים האמורים בפוליסה לביטוח תאונות אישיות - מהדורת 2017, אלא אם צוין במפורש אחרת.  
כל הסכומים בהצעה זו הינם ב-₪ אלא אם צוין במפורש אחרת  
נא למלא הצעה זו בדיוק ובשלמות. כל הרשום בה מהווה בסיס לחוזה הביטוח וחלק בלתי נפרד ממנו.

מספר פוליסה	שם הסוכן/סוכנות	מספר הסוכן
-------------	-----------------	------------

פרטי המציע				
שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ד.	תאריך לידה	
מס' טלפון	מס' טלפון נייד	כתובת דואר אלקטרוני של המציע		
כתובת המציע	רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד

תקופת הביטוח (כולל שני תאריכים)	
מיום	עד יום (חצות)

אופן התשלום				
<input type="checkbox"/> במזומן <input type="checkbox"/> שירות שיקים (נא לצרף המחאה מבוטלת או צילום המחאה)				
מס' בנק	מס' סניף	מס' חשבון	מס' תשלומים	

עסקו של המציע למטרת ביטוח זה (פרט) מקצוע/עיסוק:  
 פיקוח בלבד  שימוש בחומרי נפץ  עבודת כפיים  עבודה בלי מכונות עם כוח מכני  פריקה וטעינה  
 שימוש בחומרים מסוכנים  עבודה במשרד  עבודה עם מכונות עם כוח מכני.

### א. שימוש משרדי

פרטי הכיסוי המבוקש	סכום הביטוח בש"ח	מיון פרמיה בש"ח
<input type="checkbox"/> א. מוות		
<input type="checkbox"/> ב. נכות מלאה קבועה		
<input type="checkbox"/> ג. אי כושר מלא זמני		
(השתתפות עצמית מזערית 8 ימים: יום קרות מקרה הביטוח ושבעה ימים רצופים נוספים אחריו)		

### הרחבות (בתוספת פרמיה)

- ביטוח מחלות (סכום הפיצוי זהה לסכום הפיצוי בסעיף ב') 5% (השתתפות עצמית מזערית 14 ימים לא. ניתן לבטח אם המבוטח מעל גיל 50). תקופת אכשרה בביטוח מחלות: 30 יום.
- סיכון מלחמה פסיבי (סכומי הפיצוי למוות ונכות) 1.5%
- פיצוי כפול באשפוז  כן  לא 0.5%
- כפל פיצוי באי כושר  כן  לא
- הרחבה לביטוח גן ילדים (נכות ומוות בלבד)  כן  לא
- מספר הילדים המוצע לביטוח: \_\_\_\_\_
- הרחבת מלחמה אקטיבית (נכות ומוות בלבד)  כן  לא
- \_\_\_\_\_ תוספת לסכום הביטוח (במוות או נכות)  כן  לא
- ביטוח לחיילים בחופשה ו/או לחיילים בשירות חובה (נכות ומוות בלבד)  כן  לא

**תוספות והנחות**

- תוספת נסיעה ברכב מנועי דו גלגלי 2.5%
- תוספת גיל (25% או 50% או 100% לפי הגיל)
- הנחת השתתפות עצמית מוגדלת \_\_\_\_\_ ימים

**מוטבים:**

- יורשים חוקיים \_\_\_\_\_
- מוטבים אחרים \_\_\_\_\_

**סה"כ פרמיה נטו:**

דמים \_\_\_\_\_

דמי אשראי \_\_\_\_\_

סה"כ פרמיה ברוטו \_\_\_\_\_

**ב. עיסוקים ותחביבים ספורטיביים**

1. האם אתה עוסק בפעילות ספורט כלשהי (כולל ספורט חורף וטיפול הרים):  כן  לא
- אם כן, פרט \_\_\_\_\_

2. האם במסגרת סדירה באגודה רשומה:  כן  לא

**ג. הצהרת בריאות:**

מבוטח נכבד,

שאלון 1 מיועד לאיתור סיכונים כללי. במידה ולמועמד לביטוח נגרמו פגיעה/פגיעות גופניות ו/או מחלות ו/או תאונות מכל סוג שהוא בעבר או בהווה או שהוא סובל מנכות ו/או מום ו/או ליקוי גופני כלשהו, **יש לענות גם על שאלון 2 - פירוט מצב בריאות מיוחד, דלקמן.**

**שאלון 1 - שאלון איתור סיכונים כללי**

במידה ויש יותר ממועמד לביטוח אחד, על כל מועמד לביטוח לענות על שאלון זה.

1. האם התגלו אצל קרובי משפחתך (הוריק, אחיק, אחיותיק או ילדיך) המחלות הבאות (סמן/ני בטור הנכון את התשובה הנכונה):

המועמד לביטוח	המחלה	כן, פרט	לא	פרט אצל מי מקרוביך הנ"ל
	סרטן			
	אפילפסיה			
	מחלות לב			
	סכרת			
	מחלות נפש			
	מקרי התאבדות			

**2. עישון, משקאות וסמים**

המועמד לביטוח \_\_\_\_\_ האם את/ה מעשן/נת?  לא  כן, \_\_\_\_\_ סיגריות ליום, במשך \_\_\_\_\_ שנים

מהי צריכתך השבועית הממוצעת של משקאות חריפים? \_\_\_\_\_

האם את/ה צורך/כת או צרכת בעבר סמים כלשהם (למעט במסגרת טיפול רפואי)? אם כן, פרט: \_\_\_\_\_

**3. מצב בריאות כללי (בתשובות חיוביות נא לפרט):**

האם סבלת או הינך סובלת/ת עתה מ:

- א. פצע שאינו מתרפא ו/או מחלת עור או בלוטות  לא  כן
- ב. דימום בלתי רגיל (כגון: דימום בקיבה, במעי הגס, בשתן)  לא  כן
- ג. קשיים בבליעה  לא  כן
- ד. שינויים בנקודות חן או ביבלת  לא  כן
- ה. שיעול ממושך ו/ או חוזר  לא  כן

4. האם את/ה חולה כעת במחלה כלשהי או מקבלת/טיפול רפואי כלשהו או תרופות כלשהן?  לא  כן

5. האם היית מסוגלת/ל לעבוד במשך 12 החודשים האחרונים לפני מילוי הצהרה זו?  לא  כן, אם לא, פרט/י הסיבה, המגבלות ומשך הזמן \_\_\_\_\_

**6. חשיפה לסיכונים**

האם היית או הינך חשוף/ה באופן ישיר או עקיף לחומרים הבאים: (אם כן, יש לפרט: מקום, משך הזמן במשך היום, אופן ההגנה בפני חשיפה)

- א. חומרים כימיים/או גזים  לא  כן
- ב. אסבסט  לא  כן
- ג. חומרים רעילים  לא  כן
- ד. חומרים רדיו אקטיביים  לא  כן



**לנשים בלבד** (מלאי מקסימום פרטים כגון: תוצאות בדיקות, מועד ומקום)

א. האם הינך בהריון?  לא  כן, בחודש \_\_\_\_\_

ב. האם סבלת או את סובלת ממחלות המאופיינות כמחלות נשים?  לא  כן

ג. האם נבדקת בבדיקה ממוגרפית (בדיקת שדיים)?  לא  כן, אם כן, מתי? \_\_\_\_\_

ד. האם נבדקת בבדיקת פפסמיר (בדיקת צואר הרחם)  לא  כן, אם כן, מתי? \_\_\_\_\_

7. האם הינך עוסק 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") מכל סוג שהוא?  לא  כן, אם כן, פרט את ענף הספורט האתגרי בו הינך עוסק \_\_\_\_\_

8. האם הינך ספורטאי רשום בקבוצת ספורט כלשהי?  לא  כן, אם כן, פרט \_\_\_\_\_

**שאלון 2 מצב בריאות מיוחד:**

מבוטח נכבד,

במידה ונגרם לך פגיעה/פגיעות גופניות ו/או מחלות ו/או תאונות מכל סוג שהוא בעבר או בהווה או שהוא סובל מנכות ו/או מום ו/או ליקוי גופני כלשהו, עליך לענות גם על שאלון זה.

**במידה ויש יותר ממועמד לביטוח אחד, שהדבר רלוונטי לגביו, על כל מועמד לביטוח, כאמור, לענות על שאלון זה.**

א. פרט מום, או מחלה או ליקויים תורשתיים מולדים שאובחנו בך לפני מועד ההצטרפות לביטוח בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד, שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח: \_\_\_\_\_

ב. האם נקבעו לך אחוזי נכות כללית?  לא  כן, אם כן, בשל אילו ליקויים? \_\_\_\_\_

על ידי איזה גורם? \_\_\_\_\_

ג. האם היו לך פגיעות גופניות כתוצאה מתאונות או מחלות?  לא  כן.

ד. האם סבלת בעבר מאובדן כושר עבודה זמני כתוצאה מתאונה או מחלה?  לא  כן.

אם כן, פרט אחוז אובדן הכושר הזמני \_\_\_\_\_ משך אובדן הכושר הזמני \_\_\_\_\_

ה. האם אושפזת אי פעם במוסד רפואי?  לא  כן.

אם כן, פרט מתי, מדוע ולאילו תקופה \_\_\_\_\_

**נסיון ביטוחי קודם**

1. האם הגשת ב-5 שנים האחרונות תביעה כלשהיא לחברת ביטוח בגין ביטוח תאונות ומחלות?  לא  כן  
אם כן, פרט \_\_\_\_\_

2. האם הנך או היית מבוטח ב-5 שנים האחרונות בחברה אחרת בגין ביטוח הסיכון הנ"ל?  לא  כן  
אם כן, איפה והאם הביטוח בתוקף \_\_\_\_\_

3. האם במשך 5 השנים האחרונות קרה אחד או יותר מאלה:

3.1 חברת ביטוח סירבה לקבל את הצעתך לביטוח הסיכון הנ"ל  לא  כן  
אם כן, ציין מדוע \_\_\_\_\_

3.2 חברת ביטוח סירבה לחדש ביטוח בגין הסיכון הנ"ל או התנתה חידוש הביטוח בתנאים מוקדמים כלשהם  לא  כן  
אם כן, ציין מדוע \_\_\_\_\_

3.3 חברת ביטוח ביטלה מיוזמתה ביטוח בגין הסיכון הנ"ל  לא  כן  
אם כן, ציין מדוע \_\_\_\_\_

**ויתור על סודיות רפואית** (יחתם ע"י כל אחד מהמוצעים לביטוח הרשומים לעיל בנפרד):

אני החתום/ה מטה מצהיר/ה שהתשובות דלעיל נכונות ואמיתיות ושלא העלמתי דבר בנוגע לביטוח זה. אני נותן/נת 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 מחלותי בעבר, ובהווה לצורך בירור זכויותי וחובותי על פי הפוליסה, ומשחרר/ת אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כנ"ל, ומוותר/ת על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיה לי כלפיהם כל טענה או תביעה בקשר לכך. ויתור זה יחייב לאחר מותי את עזבוני ואת באי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

1. חתימה ותאריך	2. חתימה ותאריך	3. חתימה ותאריך	4. חתימה ותאריך
-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

**הצהרת המועמד לביטוח**

אני/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 מלאות וכנות.
2. לא הסרת/ינו עובדות או פרטים כלשהם בידיעה שהם עניין מהותי, שיש בו כדי להשפיע על נכונותו של מבטח סביר לזכות 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.
3. מוסכם בזאת כי הצעה זו תהווה בסיס לחוזה הביטוח ביני לבין איילון חברה לביטוח בע"מ ("המבטח").
4. ידוע לי/נו כי השאלות המופיעות בסעיפים ב', ג' ו- ד' לעיל, תיחשבה כעניין מהותי לפי הוראות סעיף 6 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981.
5. הרשות בידי המבטח להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה או קבלתה בתנאים.
6. ידוע לנו שחוזה הביטוח נכנס לתוקפו רק אם תאושר הצעה זו על ידי המבטח.
7. הנני/ו מתחייב/ים כי נשלם את הפרמיה במלואה.
8. אני/נו מצהיר/ים בזאת, כי המידע המבוקש נמסר מראוני/נו ובהסכמתנו/נו, וידוע לי/נו כי הוא נחוץ למבטח לצורך הוצאת פוליסה, גביית תשלומים בגינה, תשלום תגמולי ביטוח וביצוע פעולות נלוות. אני/ו 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.
9. הרינו מסכימים כי המידע ימסר לצורך עיבודו ואחסונו לכל אדם או גוף שהמבטח ימצא לנכון לצורך הפקת הפוליסה וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981.

תאריך	שעה	חתימת המועמד לביטוח
-------	-----	---------------------

**ביטוחים נוספים**

האם למועמד לביטוח ביטוח תאונות אישיות או ביטוחים דומים לפיצוי או שיפוי במקרה של תאונה, נכות או אי כושר זמני אשר נערכה באמצעות איילון?  
 לא  כן, במידה וכן נא לציין את מספר הפוליסה \_\_\_\_\_  
 הנני/ו מסכים/ים כי ביטוח זה מהווה כיסוי נוסף דומה לפוליסה/ות הקיימת/ות בידי, וכי, בגין עריכת ביטוח זה, ככול שתאושר הצעתנו על ידי המבטח, אתחייב/נתחייב בפרמיה נוספת בגין פוליסה זאת.

תאריך	שעה	חתימת המועמד לביטוח
-------	-----	---------------------

**הודעה והסכמה לפי סעיף 11 לחוק הגנת הפרטיות (דיוור ישיר) - סעיף שאינו חובה, לבחירת המבוטח**

1. הנני מסכים כי הפרטים והנתונים אודותיי ישמשו את המבטח ו/או תאגידיים 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 שיווק ולמטרות שיפור השירות והטיפול בתביעות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע למטרות אלה לצדדים שלישיים הפועלים בשמה או מטעמה של איילון בעניינים אלה.
2. 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, הודעה אלקטרונית, הודעת מסר קצר (SMS), כל אמצעי תקשורת אחר, שיתוף קבצים וכל דרך אחרת.
3. 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 ולהסירי מרשימת התפוצה.

תאריך	שעה	חתימת המועמד לביטוח
-------	-----	---------------------

**הודעה והסכמה למסירת מידע אישי בכפוף לתיקון מספר 40 לחוק התקשורת (בזק ושידורים), התשס"ח - 2008 - סעיף שאינו חובה, לבחירת המבוטח**

1. הנני מאשר כי מהידע והנתונים וכל עדכון שלהם שמסרתי ושאמסור, לרבות באמצעות אתר האינטרנט של המבטח, נמסר בהסכמתי וברצוני המלא וכי הנני מסכים, שמידע ונתונים אלה ישמשו את המבטח, ו/או תאגידיים מקבוצת איילון (להלן: "איילון") בכפוף לכל דין, כמאגר מידע לדיוור ישיר וליצירת קשר להצעה לרכישה ו/או שיווק של תוכניות, כיסויים ביטוחיים ו/או מוצרים או שירותים פיננסיים ו/או אחרים מטעם איילון לצורך 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.
2. אני מסכים כי מידע, כאמור, ישוגר אלי אף באמצעות דיוור, לרבות דיוור ישיר או שירותי דיוור ישיר או בדרך אחרת, פקסימיליה, מערכת חיוג אוטומאטי, הודעה אלקטרונית, הודעת מסר קצר (SMS), כל אמצעי תקשורת אחר, שיתוף קבצים וכל דרך אחרת.
3. אם לא אהיה מעוניין במידע או בפנייה, כאמור, ידוע לי כי הנני רשאי בכל עת להודיע למבטח בכתב או בהודעה לכתובת האינטרנט: mail@ayalon-ins.co.il כי הנני מעוניין לחזור בי מהסכמתי זו ולהסירי מרשימת התפוצה.

תאריך	שעה	חתימת המועמד לביטוח
-------	-----	---------------------