

ביטוח חיים

ביטוח מבנה

הצעה לביטוח חיים ו/או ביטוח מבנה למשכנתא

- הצהרת בריאות מלאה -

לתשומת לב ממלא הטופס:

אנא הקפד על מילוי מדויק של הפרטים המבוקשים בכל השאלות שבטופס בהתאם לעניין.
אי-דיוק בפרטים עשוי להיחשב כאי-עמידה בחובת הגילוי על-פי חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981 כל השאלות בטופס זה ייחשבו עניין מהותי ועליך להשיב עליהן תשובות מלאות וכנות וככל שלא תעשה כן ייתכן ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.

א. תאריך התחלת הביטוח ומספר הפוליסה

שם הסוכן	מספר הסוכן	מספר הפוליסה
שם הסוכן	מספר הסוכן	מספר הפוליסה
שנה חודש יום	שנה חודש יום	הפיקה דחופה - <input type="radio"/> הפוליסה תימסר לבנק המשעבד על-ידי בעל הפוליסה

ב. פרטי בעל הפוליסה - יש למלא רק כאשר בעל הפוליסה אינו המועמד הראשון לביטוח

שם המשפחה	השם הפרטי	מספר הזהות/התאגיד	תאריך לידה
הכתובת - רחוב/ת"ד	מספר הבית	מספר הדירה	שם היישוב
כתובת דואר אלקטרוני	@		
מספר טלפון קווי/נייח	מספר טלפון נייד	מספר פקס	

ג. פרטי המועמד/ים לביטוח - חובה לצרף תצלום תעודת זהות כולל ספח

הפרטים	המועמד הראשון לביטוח	המועמד השני לביטוח
פרטים אישיים (לפי הרשום בתעודת הזהות) (חובה לצרף תצלום תעודת זהות כולל ספח)	שם המשפחה	שם המשפחה
	השם הפרטי	השם הפרטי
כתובת המגורים (לפי הרשום בתעודת הזהות)	מספר הזהות	מספר הזהות
	תאריך הלידה	תאריך הלידה
מספרי טלפון	מין <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה	מין <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה
	מצב משפחתי <input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> אלמן	מצב משפחתי <input type="radio"/> רווק <input type="radio"/> נשוי <input type="radio"/> אלמן
מספרים נוספים	רחוב/ת"ד	רחוב/ת"ד
	מס' דירה	מס' דירה
כתובת דואר אלקטרוני	מס' בית	מס' בית
	יישוב	יישוב
פרטים נוספים	מיקוד	מיקוד
	קווי/נייח	קווי/נייח
שם הרופא המטפל	נייד	נייד
	פקס	פקס
שם הרופא המטפל	אחר -	אחר -
	כתובת דואר אלקטרוני	כתובת דואר אלקטרוני
שם קופת החולים	@	@
	משקל בק"ג	משקל בק"ג
שם קופת החולים	גובה בס"מ	גובה בס"מ
	מקצוע	מקצוע
שם קופת החולים	עיסוק	עיסוק
	תחביב	תחביב
שם קופת החולים	שם הרופא המטפל	שם הרופא המטפל
	שם קופת החולים	שם קופת החולים
האם יש סיכון במקצועך או בתחביבך או באורח חייר (עבודה עם חומרים מסוכנים, טיסה, צניחה, רכיפה, ספורט מוטורי, שיט, טיפוס לגובה, סנפלינג, צלילה)?	כן, אם התשובה היא "כן", פרט בדף הבא	כן, אם התשובה היא "כן", פרט בדף הבא
	לא <input type="radio"/> כן, אם התשובה היא "כן", פרט בדף הבא	לא <input type="radio"/> כן, אם התשובה היא "כן", פרט בדף הבא
האם אתה בעל רישיון טיס או איש צוות אוויר או מתעתד להיות כזה בשנה הקרובה?	כן, אם התשובה היא "כן", פרט בדף הבא	כן, אם התשובה היא "כן", פרט בדף הבא
	לא <input type="radio"/> כן, אם התשובה היא "כן", פרט בדף הבא	לא <input type="radio"/> כן, אם התשובה היא "כן", פרט בדף הבא

ד. פרטי ביטוח החיים

סכומי ביטוח לכיסוי הלואות בהן מוחזרות הקרן והריבית בתשלומים שווים ורצופים (שפיצר)								
סכום הלואה מאושרת _____ ש"ח								
פרטי ההלואה	- 1 -	- 2 -	- 3 -	- 4 -	- 5 -	- 6 -	- 7 -	- 8 -
מספר ההלואה								
סכום/יתרת ההלואה ⁽¹⁾								
סוג ריבית ⁽²⁾ (שיעור הריבית השנתית)	קבועה <input type="radio"/>	קבועה <input type="radio"/>	קבועה <input type="radio"/>	קבועה <input type="radio"/>	קבועה <input type="radio"/>	קבועה <input type="radio"/>	קבועה <input type="radio"/>	קבועה <input type="radio"/>
	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
	משתנה <input type="radio"/>	משתנה <input type="radio"/>	משתנה <input type="radio"/>	משתנה <input type="radio"/>	משתנה <input type="radio"/>	משתנה <input type="radio"/>	משתנה <input type="radio"/>	משתנה <input type="radio"/>
תאריך התחלת ההלואה								
תאריך סיום ההלואה								
סוג הלואה								

⁽¹⁾ סכום הביטוח ייקבע על-פי מסכום ההלואה המבוטחת המתבקשת, כולל עמלת פירעון מוקדם וריבית פיגורים של עד 12 חודשים שנצברה בחשבון ההלואה. לצורך כך, יתווספו לסכום הביטוח המבוקש 4% נוספים.

⁽²⁾ הפרמיה תיקבע על-פי שיעור ריבית שנתי קבועה השווה ל-4% או כל ריבית אחרת שייקבע המבטח במועד ההפקה, אפשר לקבוע את הפרמיה על-פי שיעור הריבית השנתית הקבועה בהלואה בכפוף להמצאת הסכם ההלואה המאושר והחתום על-ידי הבנק.

מאחר ופוליסה זו תופק על בסיס נתונים שיימסרו על ידיך, עליך לבדוק את התאמת סכום הביטוח לסכום הנדרש על-ידי הבנק. כן נבקשך לעדכן אותנו בכל שינוי בתנאי המשכנתא כדי לשמור על התאמת הכיסוי הביטוחי.

פרטי הבנק המלווה / המוטב הבלתי חוזר _____

שם הבנק _____ שם הסניף _____ מספר הסניף _____ כתובת הסניף _____

ה. פרטי ביטוח המבנה לתשומת לבך - פוליסה זו מכסה מבנה המשמש והמיועד למגורים בלבד

המבנה משמש למגורים בלבד? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	
הערכה	האם קיימת הערכה על ערך המבנה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, מתאריך _____ נא צרף את ההערכה
פרטי הביטוח	סכום הביטוח הכולל למבנה (לא רק סכום המשכנתא ובלוי ערך הקרקע) ש"ח _____ מתחדשת מדי שנה בתנאים שסוכמו לתקופה של _____ שנים
תיאור המבנה המוצע לביטוח	כתובת _____ שטח הדירה _____ מ"ר _____
	הדירה נמצאת ב: _____ קומה _____ מתוך _____ קומות הבניין בנוי מ: _____ הגג עשוי מ: _____
ביטוח נזקי מים למבנה, איטום ושירותי חירום בדירה	<input type="radio"/> השירות יבוצע על-ידי שרברבים המצויים בהסדר עם החברה <input type="radio"/> בחירת נותן השירות על-ידי המבוטח
רעידת אדמה	<input type="radio"/> שיעור השתתפות עצמית במקרה של רעידת אדמה 10% <input checked="" type="radio"/> 5% <input type="radio"/> 2% <input type="radio"/>
	חתימה _____ X

האם קיים שעבוד נוסף לטובת בנק או חברה אחרת? לא כן, פרטי הבנק/החברה _____
בנק _____ מספר הבנק _____ מספר הסניף _____
כתובת סניף הבנק _____

הפוליסה מיועדת לתקופת ההלואה כנגד המשכנתא ומתחדשת (לפי בחירת שני הצדדים) מדי שנה בהתאמה. הרשות בידי המבטח להודיע לפני כל חידוש על רצונו לשנות את תנאי הפוליסה במסגרת היתר המפקח על הביטוח.

1. שאלון בריאות

ידוע לי שעל"י להשיב תשובות נכונות, מלאות וכנות וכי תשובותי מהוות בסיס וחלק בלתי נפרד מהצטרפותי לפוליסה וחברת הביטוח מתבססת על תשובותי אלה. ככל שלא אעשה כך, ייתכן ותהיה לכך השפעה על תגמולי הביטוח.

המועמד הראשון לביטוח	המועמד השני לביטוח	1. פרטים בגין עישון
מעשן <input type="radio"/> - סיגריות - אחר <input type="radio"/> כמה ביום _____ לא מעשן, האם עישנת בעבר? <input type="radio"/> כן, הפסקתי בשנת _____ עישנתי בעבר: <input type="radio"/> סיגריות - אחר _____	מעשן <input type="radio"/> - סיגריות - אחר <input type="radio"/> כמה ביום _____ לא מעשן, האם עישנת בעבר? <input type="radio"/> כן, הפסקתי בשנת _____ עישנתי בעבר: <input type="radio"/> סיגריות - אחר _____	1. פרטים בגין עישון

שאלון כללי				
מועמד ראשון	מועמד שני	יש לענות על השאלות שלהלן ולסמן ✓ לכל מועמד בעמודות משמאל "לא" או "כן" ולפרט, אם יש צורך, בסוף פרק זה		
כן	לא	כן	לא	
				2. האם נקבעה לך נכות בגין: מום מולד או נרכש שנגרם מפציעה או מסיבה רפואית? האם אתה נמצא/ת בתהליך לקביעת אחוזי נכות ו/או נמצא באי-כושר עבודה כעת? אם "כן" פרט אחוזי נכות והסיבה לנכות
				3. האם עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח כלשהו ב-10 השנים האחרונות? (אם "כן" פרט את סוג הניתוח ומתי בוצע/תבצע)
				4. האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע או מצוי בבירור רפואי כלשהו בשל מחלה כרונית? (אם "כן" פרט)
				5. האם אושפזת ב-10 השנים האחרונות או שידוע לך על צורך או באשפוז או בבדיקה פולשנית? (אם "כן" פרט)
				6. האם אתה צורך/צרכת אלכוהול כעת ו/או בעבר יותר מכוס אחת ביום של בירה/יין או משקה אלכוהולי אחר? מתי הופסק?
				7. האם אתה צורך/צרכת סמים כעת ו/או בעבר? אם כן, מתי הופסק _____
				8. האם נעדרת מהעבודה או היית בחופשת מחלה יותר מ-10 ימים רצופים, ב-5 השנים האחרונות מתי ומאיזו סיבה?
				9. האם למיטב ידיעתך התגלו בקרב אחד מקרוביך (מדרגה ראשונה בלבד: אם/אב/אח/אחות) אחת מהמחלות שלהלן: מחלת לב, שבץ מוחי, סרטן, סוכרת, כליות פוליציסטיות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, מחלה נירולוגית, מחלות נפשיות, מחלת פרקינסון? אם "כן" פרט/י מי חלה ובאיזה גיל _____

שאלון רפואי				
האם אובחנת במחלות ו/או ההפרעות ו/או בבעיות הרפואיות הרשומות מטה				
מועמד ראשון	מועמד שני	כן	לא	
				10. מערכת העצבים והמוח כולל טרשת נפוצה, ניוון שרירים אפילפסיה ופרקינסון
				11. ריאות/דרכי הנשימה ואלרגיות
				12. לב, כלי-דם, אירוע מוחי, יתר לחץ-דם ומערכת כלי-דם היקפית (פריפריאלי)
				13. מערכת העיכול, המעיים, כיס המרה, הטחול, הלב, פי הטבעת
				14. מחלת ו/או תפקוד כבד, צהבת
				15. כליות/דרכי שתן, ערמונית (פרוסטטה), מחלות מין ואשכים
				16. סוכרת (כולל סוכרת הריון) שומנים/כולסטרול/טריגליצרידים בדם, מחלות הקשורות בבלוטות: בלוטת המגן, בלוטת יותרת המוח, אדרנלין
				17. מחלה נפשית ו/או ניסיונות התאבדות ו/או דיכאון
				18. מחלות דם ובעיות קרישה
				19. מחלות עור ואלרגיה, עגבת, פצע שאינו מתרפא, יבלת, שינויים בגודל ובצורה של נקודת חן
				20. איידס ונשא HIV, יש לצרף דוח מרפאת מעקב ותוצאות בדיקות שביצעת
				21. מחלות אורתופדיות כולל גב/עמוד שדרה ומפרקים אחרים וירידה בצפיפות העצם (אוסטיאופורוזיס)
				22. סרטן, גידולים כולל שפירים ומחלות ממאירות

האם יש לך או אי-פעם היו לך סימני המחלות/ההפרעות המפורטות להלן, אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון רלוונטי				
מועמד ראשון	מועמד שני	כן	לא	
				23. הפרעות תנועה או תחושה, הפרעות בשמיעה, הפרעות בראייה
				24. לנשים - בעיות גניקולוגיות ושדיים? האם את בהריון כעת? _____ באיזה שבוע _____
				25. מחלות ריאומטולוגיות, רקמות חיבור ודלקות פרקים, לופוס/זאבת, פיברומיאליגיה וקדחת ים-תיכונית FMF

- פירוט לשאלות הנ"ל - משאלוני הבריאות, אשר להן ניתנה תשובה חיובית:		
מספר שאלה	שם המועמד	תיאור

2. אישור תנאי קבלה מיוחדים

אני מאשר את רכישת הביטוח ו/או את הכיסויים המבוקשים לעיל עם תוספת רפואית, בתנאי שאחוז התוספת לא יהיה יותר מ-50%.
 תאריך _____ חתימת בעל הפוליסה _____ חתימת המועמד הראשון _____ חתימת המועמד השני _____

ח. פרטי המוטבים לביטוח -

בעבור תשלום ההפרש אם יהיה, בין הסכום שישולם למוטב הבלתי חוזר לבין יתרת סכום הביטוח

המוטבים במוט המועמד השני			המוטבים במוט המועמד הראשון			הפרטים
3	2	1	3	2	1	
						שם המשפחה
						השם הפרטי
						מספר הזהות
						תאריך הלידה
%	%	%	%	%	%	יחס קרבה וחלק ב-%

ט. הצהרות

הצהרת המועמדים לבעלות על הפוליסה ולביטוח

א. כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בשאלוני הבריאות הן נכונות ומלאות.
 ב. כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בשאלוני הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לביטוח חקלאי אגודה שיתופית מרכזית בע"מ (להלן "המבטח") בכתב וכן התנאים המקובלים אצל המבטח, לענין זה, ישמשו בסיס לחוזה הביטוח ביני/בינינו לבין המבטח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
 ג. אני מאשר ומסכים בזה שקבלתה או דחייתה של הצעתו של הצעתו זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא רשאי לדחות את ההצעה.
 ד. אני מצהיר בזה שהמידע הכלול בהצעה זו ניתן מרצוני ובהסכמתי. ידוע לי שמטרת מסירת המידע היא הפקת פוליסת הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה והקשורים אליה.
 ה. אני מצהיר שאני פועל בעבור עצמי בלבד, ואם אפעל בעבור אחר אודיע זאת למבטח. ידוע לי, שעל-פי חוק איסור הלבנת הון, התש"ס - 2000, חובה עליי למסור למבטח פרטי זיהוי שלי ושל הקשורים לחשבון. אני מאשר שקיבלתי את הסכמתם של הקשורים לפוליסה למסירת פרטיהם.
 ו. אני נתון את הסכמתי למבטח לבצע אימות נתונים אל מול מרשם האוכלוסין של משרד הפנים לנתונים המופיעים בתעודת הזהות שלי.

תאריך _____ חתימת בעל הפוליסה _____ חתימת המועמד הראשון _____ חתימת המועמד השני _____

דוח שנתי מקוצר

אני מבקש לקבל את הדוח השנתי המקוצר באמצעות:
 דואר אלקטרוני קישור שיישלח לטלפון הנייד דואר ישראל
 במידה ולא תבחר באפשרות המועדפת על ידך, הדוח השנתי ישלח באמצעות אמצעי דיגיטלי, אם קיים, אחרת - באמצעות דואר ישראל

קבלת מידע באמצעות כלים טכנולוגיים

אני מסכים אני לא מסכים - (אנא סמן את האפשרות הנכונה)

לקבל מהחברה באמצעות כלים טכנולוגיים, כולל באמצעות דואר אלקטרוני, SMS, פקס, חשבון אישי מקוון ועוד, את הפוליסה וכל מידע ו/או הודעה ו/או מסמך נוספים (כולל ביחס לפוליסות אחרות שברשותי), וכולל כאלה שהועברו אליי עד כה בדואר רגיל, לפי שיקול דעתה של החברה ובכפוף להוראות הדין. ידוע לי שבכל עת אוכל להסיר את פרטי מרשימת התפוצה לקבלת מידע בערוצי התקשורת האלקטרוניים, באמצעות פנייה למוקד שירות הלקוחות של החברה או לסוכן הביטוח או באתר החברה.

תאריך _____ חתימת בעל הפוליסה _____ חתימת המועמד הראשון _____ חתימת המועמד השני _____

הסכמה

הובהר לי שאיני חייב לתת את הסכמתי לקבלת הצעות כאמור, ושככל שאתן את הסכמתי, אוכל לחזור בי בכל עת באמצעות פנייה בכתב לחברה בדוא"ל service@bth.co.il או בפקס 03-5612379 או בדואר לרחוב החשמונאים 93, תל-אביב 6713310, ת"ד 20190 מיקוד 612010.
 * החתימה על סעיף זה אינה מהווה תנאי להתקשרות עם החברה.

תאריך _____ חתימת בעל הפוליסה _____ חתימת המועמד הראשון _____ חתימת המועמד השני _____

הרשאת שימוש פרטית לשימוש באתר הר הביטוח (נא סמן את האפשרות שנבחרה)

אני מסכים אני מסרב

ליפות את כוחו/ה של חברת הביטוח/סוכן הביטוח לבצע חיפוש על שמי **באתר הר הביטוח**.¹

טופס הרשאה זה יעמוד בתוקף לחמישה ימי עבודה.

תאריך _____ שם מלא _____ חתימת המועמד _____

הצהרת הסוכן:
 אני החתום מטה, מתחייב:
 1. לעשות שימוש בנתונים שנמסרו לי בהתאם להרשאה זו בלבד.
 2. שלא להחזיק בנתונים שנמסרו ולא לעשות בהם כל שימוש לאחר שיפוג תוקפה של הרשאה זו.

תאריך _____ חתימת הגורם המשווק _____

1 הממשק האינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח בכתובת: <https://harb.cma.gov.il>

י. ויתור על סודיות רפואית

השימוש במידע יעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד.

- א. אני הח"מ 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, לשלטונות צה"ל ו/או למשרד הביטחון, למוסד לביטוח לאומי, לקרנות הפנסיה, למשרד הבריאות, ללשכת הבריאות המחוזית, לרופא המטפל בי בקביעות ולכל רופא אחר, שנמצאתי או שאמצא בטיפולו וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים, וכן לכל חברות הביטוח ולכל גוף או מוסד אחר ששמו לא נזכר בכתב זה, למסור לביטוח חקלאי אגודה שיתופית מרכזית בע"מ, להלן "המבקש", את כל הפרטים בלא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על-ידי "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.
- ב. אני משחרר כל גוף או אדם שפורטו לעיל מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ומחלותי כאמור, ולא תהיינה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו כלפי כל המוסר מידע כאמור.
- ג. כן, אני מייפה את "המבקש" לאסוף מידע שייראה לו חשוב בקשר לבריאותי, ככל שהדבר דרוש לצורך בירור הזכויות והחובות המקנות על-פי פוליסה זו.
- 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 - 1891 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל הגופים המוזכרים לעיל.

ולראיה באתי על החתום:

תאריך _____ שם המועמד הראשון לביטוח _____ מספר זהות _____ חתימה _____

תאריך _____ שם המועמד השני לביטוח _____ מספר זהות _____ חתימה _____

יא. ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח

- א. ברשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון הקימה אתר אינטרנט מאובטח, שיאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל, וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם.
- אם אינך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך ליצור קשר עם חברתנו. אפשר ליצור קשר באמצעות אתר האינטרנט של חברתנו בכתובת <http://www.bth.co.il>
- א. באמצעות משלוח הודעה לדואר אלקטרוני שכתובתו service@bth.co.il או באמצעות משלוח הודעה לפקס שמספרו 03-5612379.
- לידיעתך, אי-העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז, באתר האינטרנט המאובטח, את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

יב. הצהרת הסוכן

- 1. אני החתום מטה, סוכן הביטוח, המתווך בין המועמד לבעלות על הפוליסה והמועמד/ים לביטוח לבין המבטח, מצהיר בזה ששאלתי את המועמד/ים לביטוח ואת המועמד לבעלות על הפוליסה את כל השאלות המופיעות בהצעה זו, והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית, ושהמסמך נחתם בפניי.
 - 2. כמו כן, הריני מצהיר כי בחנתי את רשימת מוצרי הביטוח הקיימים של המועמד לביטוח המונפקת באמצעות אתר הר הביטוח (לכל הפחות).
- תאריך _____ חתימת הסוכן _____