

שם סוכנת	מס' סוכנת

אנא ענו על כל השאלות לרבות אלו המופיעות בהצהרת הבריאות, תשובות ברורות ומלאות חשובות להמשך התהליך. הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד

א. האם כלל המועמדים לביטוח יוצאים מישראל ? (לא ניתן לרכוש ביטוח בעת המועמד מחוץ לגבולות ישראל)

כן לא

ב. פרטי הנסיעה והתכנית המבוקשת :

יעד הנסיעה (אנא סמן ב X במקום הנכון , ניתן לסמן מספר יעדים):

<input type="checkbox"/> צפון אמריקה האם תשהה בארצות הברית? כן / לא	<input type="checkbox"/> אפריקה	<input type="checkbox"/> אירופה	<input type="checkbox"/> אסיה האם תשהה בנפאל? כן / לא	<input type="checkbox"/> דרום ומרכז אמריקה, אנטרקטיקה	<input type="checkbox"/> אוסטרליה וניו זילנד
---	---------------------------------	---------------------------------	---	---	--

אני מבקש לבטח אותי ואת בני משפחתי שפרטיהם רשומים מטה : מתאריך _____ עד תאריך _____

ג. פרטי המועמדים לביטוח (חובה למלא את כל השדות וההרחבות המבוקשות)

* חובה למלא את כלל השדות המסומנים ב *

הרחבות (חובה לציין ברמת נוסע)			*מייל / טלפון נייד	*מגדר	*תאריך לידה	*מס זהות / דרכון	*שם פרטי ומשפחה (באנגלית)	*שם פרטי ומשפחה	מועמד לביטוח
ספורט חורף	ספורט אתגרי	ספורט תחרותי							
מתאריך: _____	מתאריך: _____	מתאריך: _____	מייל	ז <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/>	____/____/____				ראשי
עד תאריך: _____	עד תאריך: _____	עד תאריך: _____	נייד						
מתאריך: _____	מתאריך: _____	מתאריך: _____	מייל	ז <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/>	____/____/____				מועמד 2
עד תאריך: _____	עד תאריך: _____	עד תאריך: _____	נייד						
מתאריך: _____	מתאריך: _____	מתאריך: _____	מייל	ז <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/>	____/____/____				מועמד 3
עד תאריך: _____	עד תאריך: _____	עד תאריך: _____	נייד						
מתאריך: _____	מתאריך: _____	מתאריך: _____	מייל	ז <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/>	____/____/____				מועמד 4
עד תאריך: _____	עד תאריך: _____	עד תאריך: _____	נייד						

הרחבות (ברמת נוסע)			*מייל / טלפון נייד	*מגדר	*תאריך לידה	*מס זהות / דרכון	*שם פרטי ומשפחה (באנגלית)	*שם פרטי ומשפחה	מועמד לביטוח
ספורט תחרותי	ספורט אתגרי	ספורט חורף							
מתאריך: _____	מתאריך: _____	מתאריך: _____	מייל	ז <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/>	____/____/____				מועמד 5
עד תאריך: _____	עד תאריך: _____	עד תאריך: _____	נייד						
מתאריך: _____	מתאריך: _____	מתאריך: _____	מייל	ז <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/>	____/____/____				מועמד 6
עד תאריך: _____	עד תאריך: _____	עד תאריך: _____	נייד						
מתאריך: _____	מתאריך: _____	מתאריך: _____	מייל	ז <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/>	____/____/____				מועמד 7
עד תאריך: _____	עד תאריך: _____	עד תאריך: _____	נייד						
מתאריך: _____	מתאריך: _____	מתאריך: _____	מייל	ז <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/>	____/____/____				מועמד 8
עד תאריך: _____	עד תאריך: _____	עד תאריך: _____	נייד						
מתאריך: _____	מתאריך: _____	מתאריך: _____	מייל	ז <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/>	____/____/____				מועמד 9
עד תאריך: _____	עד תאריך: _____	עד תאריך: _____	נייד						
מתאריך: _____	מתאריך: _____	מתאריך: _____	מייל	ז <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/>	____/____/____				מועמד 10
עד תאריך: _____	עד תאריך: _____	עד תאריך: _____	נייד						

ד. הרחבות בכוליסה לכלל המועמדים (נא לסמן בשדה הנבחר)

כבודה

הרחבות פריטים לכבודה (לא ניתן לרכוש הרחבות אלו ללא רכישת הרחבה לכבודה)

אופניים			מצלמה		טלפון נייד / מכשיר GPS		מחשב נייד / טאבלט	מס זהות / דרכון	שם פרטי ומשפחה
גובה הכיסוי	מספר שלדה	סוג האופניים	חברה	דגם	חברה	דגם	סוג המחשב / טאבלט		
2500\$ <input type="checkbox"/>									
4500\$ <input type="checkbox"/>									
7500\$ <input type="checkbox"/>									
2500\$ <input type="checkbox"/>									
4500\$ <input type="checkbox"/>									
7500\$ <input type="checkbox"/>									

אופניים			מצלמה		טלפון נייד / מכשיר GPS		מחשב נייד / טאבלט	מס זהות / דרכון	שם המועמד
גובה הכיסוי	מספר שלדה	סוג האופניים	חברה	דגם	חברה	דגם	סוג המחשב / טאבלט		
2500\$ <input type="checkbox"/>									
4500\$ <input type="checkbox"/>									
7500\$ <input type="checkbox"/>									
2500\$ <input type="checkbox"/>									
4500\$ <input type="checkbox"/>									
7500\$ <input type="checkbox"/>									
2500\$ <input type="checkbox"/>									
4500\$ <input type="checkbox"/>									
7500\$ <input type="checkbox"/>									
2500\$ <input type="checkbox"/>									
4500\$ <input type="checkbox"/>									
7500\$ <input type="checkbox"/>									

ביטול השתתפות עצמית לרכב שכור (לכל רכב נדרש לרשום את פרטי הנהג שחתום על ההסכם מול חברת ההשכרה)

עד תאריך	מתאריך	סוג רכב	שם הנהג
		<input type="checkbox"/> רכב <input type="checkbox"/> קראוון <input type="checkbox"/> אופנוע	
		<input type="checkbox"/> רכב <input type="checkbox"/> קראוון <input type="checkbox"/> אופנוע	

ביטול וקיצור נסיעה הכולל כיסוי למגיפה

הגדלת סכומי הכיסוי למגיפה

במידה ומעוניינים להגדיל את סכום הכיסוי לביטול / קיצור נסיעה למגיפה ל \$6000, נא לסמן האם כלל הנוסעים מחוסנים/מחלימים?

שם המועמד	מס זהות / דרכון	מחוסן / מחלים (נא לסמן X)
		<input type="checkbox"/> מחוסן <input type="checkbox"/> מחלים

שם מועמד	מס זהות / דרכון	מחוסן / מחלים(נא לסמן X)
		<input type="checkbox"/> מחוסן <input type="checkbox"/> מחלים
		<input type="checkbox"/> מחוסן <input type="checkbox"/> מחלים
		<input type="checkbox"/> מחוסן <input type="checkbox"/> מחלים
		<input type="checkbox"/> מחוסן <input type="checkbox"/> מחלים
		<input type="checkbox"/> מחוסן <input type="checkbox"/> מחלים
		<input type="checkbox"/> מחוסן <input type="checkbox"/> מחלים
		<input type="checkbox"/> מחוסן <input type="checkbox"/> מחלים
		<input type="checkbox"/> מחוסן <input type="checkbox"/> מחלים
		<input type="checkbox"/> מחוסן <input type="checkbox"/> מחלים
		<input type="checkbox"/> מחוסן <input type="checkbox"/> מחלים
		<input type="checkbox"/> מחוסן <input type="checkbox"/> מחלים

ה. כיסויים הניתנים להורדה (יחול על כל המועמדים לביטוח)

איתור וחילוץ

צד ג'

ו. הצהרת בריאות

האם אחד או יותר מהנסעים מאובחנת/ת כחולה במחלה כרונית, נוטלת/ת תרופות, בעלת/ת אחוזי נכות ו/או כל שינוי במצבו/ה הרפואי במהלך ששת החודשים האחרונים (לדוגמא: חדר מיון, אשפוז, ניתוח, טיפול רפואי עתידי בארץ או בחו"ל ו/או תוצאות של בדיקות לא תקינות)?

כן לא

במידה וענית "כן" על השאלה לעיל, יש לענות על השאלות הבאות:

מספר מועמד (עבור כל מועמד יש לסמן כן/לא)										תיאור השאלה
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	
										<p>האם אובחנת כחולה במחלה כרונית או נוטלת/ת תרופות באופן קבוע או בעלת/ת אחוזי נכות? (תשומת ליבך, אין צורך לסמן "כן" במידה ומדובר בתרופות בגין: תת פעילות בלוטת התריס, שומנים בדם, יתר לחץ דם, פסוראזיס, צרבות, פרוסטטה, מיגרנות, אלרגיות לא מסכנות חיים, טיפול באספירין שלא בעקבות מחלה/בעיה בלב/אירוע מוחי/בעיה בקרישה)</p>

מספר מועמד (עבור כל מועמד יש לסמן כן /לא)										תיאור השאלה
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	
										האם אובחנת, טיפלת או מטופל, באחת מהמחלות המפורטות להלן: פרקינסון, מחלת סרטן שטרם חלפו 6 חודשים מתן טיפול אחרון, מחלות מעיים, אי ספיקת כליות, מושתל איברים, איידס, CF, טרשת נפוצה, ALS, מחלת ריאות, אירוע מוחי, דיאליזה, אי ספיקת/שחמת הכבד, אנמיה אפלסטית, לחץ דם ריאתי, המופיליה, אלצהיימר, אי ספיקת לב/מחלת לב פעילה ?
										האם אובחנת, טיפלת או מטופל, לרבות רק טיפול תרופתי, באחת מהמחלות המפורטות להלן: מחלת סרטן כרונית, נשא איידס, מחלת לב (צנתור בעבר, מחלת לב איסכמית ו/או אוטם שריר הלב ו/או אי ספיקת לב), אי ספיקת כליות ללא טיפול בדיאליזה, מחלת ריאות ללא שימוש בחמצן, קרוהן ?
										האם במהלך ששת החודשים האחרונים טופלת או שהינך מועמד/ת לקבלת טיפול בגין מצבך הרפואי ? (לדוגמא: חדר מיון, אשפוז, ניתוח, טיפול רפואי עתידי בארץ ו/או בחו"ל, תוצאות לא תקינות, בדיקות, ניתוחים וכיו"ב)

נשים מגיל 16 ועד גיל 48 ניתן לרכוש הרחבה להריון (עד לשבוע 32)

מספר מועמד (עבור כל מועמד יש לסמן כן /לא)										תיאור השאלה (לנשים בהריון)
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	
										האם את בהריון? (כן / לא)
										מה יהיה שבוע ההיריון ביום חזרתך?
										האם מדובר בהריון בסיכון? (כן / לא)

ז. אופן תשלום

מספר כרטיס	תוקף הכרטיס	שם בעל הכרטיס	מספר זהות בעל הכרטיס	תאריך	חתימת בעל הכרטיס

ח. פרטי התקשרות מבטוח ראשי / נציג המבוטחים / אפטרופוסט (במידה יש מבוטחים מתחת לגיל 18 בלבד)

שם פרטי	שם משפחה	טלפון נייד	דוא"ל
*ישוב	*כתובת (רחוב)	מספר בית	מספר דירה
			תא דואר
			מיקוד

ט. הסכמה למידע שיווקי

אני מסכים/ה לא מסכים/ה למידע שישמש את ביטוח חקלאי אגודה שיתופית מרכזית בע"מ, לצורך שיווק ודיור ישיר של מוצרים ושירותים בכל אמצעי תקשורת ולפנייה בהצעה לרכישתם. ידוע לי שבכל עת אוכל לחזור בי מהסכמה זו ולבקש הסרה מרשימת התפוצה השיווקית באתר החברה או באמצעות פנייה למרכז השירות של החברה.

י. הצהרות והתחייבויות המועמדים לביטוח

הצהרות מבוטח בעת רכישת פוליסת ביטוח נסיעות לחו"ל

בנוסף ומבלי לגרוע מהאמור בתנאי הפוליסה, הנני מאשר, מצהיר ומתחייב כדלקמן:

1. הנני מצהיר ומאשר כי המבוטחים בפוליסה אותה רכשתי בהליך זה הינם בני משפחתי הקרובים.
2. אני מצהיר כי הכיסוי הביטוחי מכח הפוליסה הינו לנסיעה אחת בלבד.
3. אני מצהיר בזה שכל תשובותיי מלאות ונכונות לכל פרטיהן, ושלא העלמתי עובדות או פרטים מהותיים כלשהם המתייחסים להערכת הסיכון על ידי ביטוח חקלאי אגודה שיתופית מרכזית בע"מ (להלן: "החברה").
4. מוסכם בזאת כי הצעה זאת תהווה בסיס לחוזה הביטוח ביני ובין החברה.
5. ידוע לי כי השאלות עליהן השבתי תחשבה כעניין מהותי על פי הוראות סעיף 6 לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א 1981.
6. ידוע לי כי התנאים המחייבים הם תנאי פוליסת הביטוח שרכשתי (הנוסח המלא של הפוליסה על נספחיה מצוי באתר האינטרנט של החברה וניתן לצפות בו ולהדפיסו בכל עת).
7. ידוע לי כי תנאי הפוליסה וחריגיה הם אלה שיחייבו את החברה.
8. ידוע לי שהחברה שומרת לעצמה את הזכות להחליף ו/או לשנות את מי ו/או כל נותני השירות מטעמה וזאת על פי שיקול דעתה הבלעדי.
9. במידה ותקופת הביטוח עולה על שלושה חודשים:
- 9.1 ידוע לי, כי רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון הקימה אתר אינטרנט מאובטח, שיאפשר לי לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלי בכל חברות הביטוח בישראל, וזאת על בסיס נתונים שהחברה תעביר אליהם. הובהר לי, כי במידה ואיני מעוניין שהחברה תעביר את הנתונים, עלי ליצור קשר עם החברה, באמצעות אתר האינטרנט של החברה בכתובת <http://www.bth.co.il> או באמצעות משלוח הודעה לדואר אלקטרוני שכתובתו servicebth@bth.co.il הוסבר לי, כי אי-העברת הנתונים תמנע ממני לראות במרוכז, באתר האינטרנט המאובטח, את מוצרי הביטוח שלי בכל חברות הביטוח בישראל.
- 9.2 רשות שוק ההון מחזקת את רמת אבטחת המידע עבור מידע ביטוחי של קטנים באתר "הר הביטוח" בו ניתן לראות במרוכז את מוצרי הביטוח של הקטין בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שהחברה תעביר אליהם. הובהר לי, כי במידה ואיני מעוניין שהגורם המשלם או לחלופין, בפוליסה קבוצתית - הבגיר בזכותו צורף הקטין לפוליסה, יוגדר כבגיר לצורך זיהוי, עלי ליצור קשר עם החברה באמצעות אתר האינטרנט של החברה בכתובת <http://www.bth.co.il> או באמצעות משלוח הודעה לדואר אלקטרוני שכתובתו servicebth@bth.co.il. ידוע לי, כי רק בגיר שיוגדר כבגיר לצורך זיהוי יוכל לצפות במרוכז באתר האינטרנט הר הביטוח, במוצרי הביטוח של קטין בהם הוגדר כבגיר לצורך זיהוי בכל חברות הביטוח בישראל.

פרטיות ואבטחת מידע

הנני מאשר/ת ומביע/ה הסכמתי כדלקמן:

10. אני מאשר שמסרתי לחברה, לרבות באמצעות מי מטעמה (לרבות סוכן הביטוח), את המידע אודותיי ואודות צדדים שלישיים (להלן בסעיף זה: "המידע") מרצוני החופשי. אני מאשר שאני מורשה למסור את המידע וכי המידע שברשות החברה ו/או מי מטעמה, הכולל גם מידע שיתקבל במהלך הטיפול בפוליסה, יישמר על-ידי החברה וחברות הבנות שלה (קבוצת ביטוח חקלאי) ו/או מי מטעמן, למטרות המפורטות במדיניות הפרטיות של החברה, לרבות לצורך מתן שיווק של שירותים ו/או מוצרים שלהן, על-ידן ו/או על-ידי מי מטעמן, הפקת פוליסות ביטוח, טיפול בתביעות ובבקשות שונות, שימור קשר עם לקוחות, אחסונו וטיובו של המידע.



11. הובהר לי שחברות הקבוצה מסתייעות בצדדים שלישיים בחלק מהשירותים והמוצרים אותם הן נותנות, ואני מאשר שהמידע יימסר לצדדים שלישיים אלה, לצורך כך. הובהר לי שפירוט מלא אודות האיטור, השימוש, השמירה וההעברה של המידע על ידי החברה נמצא במדיניות הפרטיות של החברה, הזמינה ב www.bth.co.il ואני מסכים לה. בכלל זאת, ידוע לי כי ככל שאבקש מתן שירותים לפי הפוליסה בעת שהותי בחו"ל, ספקי השירותים בהם מסתייעת החברה לצורך מתן השירותים לפי הפוליסה עשויים לאסוף ממני מידע למטרת מתן השירותים (בהם שירותי איתור, חילוץ וסיוע רפואי), ובין היתר: מידע אודות מיקומי, מצבי הרפואי וכיו"ב. הובהר לי כי מסירת מידע נתונה להחלטתי ולבחירתי, ולא מוטלת עלי חובה חוקית למוסרו, אולם בהיעדר העברת מידע, לא ניתן יהיה להעניק לי את השירותים לפי הפוליסה.
12. **העברת מידע לחו"ל:** ידוע לי, כי על מנת לאפשר לי קבלת השירותים בפוליסת חו"ל (בהם שירותי איתור, חילוץ וסיוע רפואי בחו"ל), החברה ו/או ספקי השירותים לפי הפוליסה עשויים להעביר את המידע אודותיי לצדדים המצויים במדינות אחרות (בהתאמה למיקום היעדים אליהם אבחר לנסוע), אשר להן דיני הגנת מידע ופרטיות שונים מהדין החל בישראל, ולרבות מדינות שאינן מקנות הגנה דומה למידע לפי הדין הישראלי, והכל לצורך מטרת מתן השירותים לפי הפוליסה, ואני מאשר ומסכים להעברת המידע לגורמים בחו"ל לצורך כך.
13. **שימוש באפליקציית WhatsApp או ברשתות אחרות להעברת מסרונים מידיים:** ידוע לי והנני מאשר כי לצורך מתן השירותים לפי הפוליסה (איתור, חילוץ, סיוע רפואי וכו'), עשוי להיעשות שימוש בכל ערוצי הקשר הזמינים שיעמדו לרשותי, ובין היתר לאור אופי השירותים ודחיפותם, עשוי להיעשות שימוש באפליקציית WhatsApp או ברשתות אחרות להעברת מסרונים מידיים (להלן: **אפליקציות ורשתות חיצוניות להעברת מסרונים מידיים**) לצורך מתן השירותים לפי הפוליסה. ידוע לי כי השימוש באפליקציות וברשתות חיצוניות להעברת מסרונים מידיים כפוף לתנאי השימוש ולמדיניות הפרטיות של אותן אפליקציות ורשתות חיצוניות להעברת מסרונים מידיים. כמו כן ידוע לי כי המידע שיועבר באמצעות אפליקציות ורשתות חיצוניות להעברת מסרונים מידיים, הן על ידי ו/או על ידי החברה ו/או על ידי ספקי השירותים לפי הפוליסה ו/או מי מטעמם, עשוי לכלול מידע אישי רגיש אודותיי, וכי המידע עשוי להישמר גם בידי האפליקציות והרשתות החיצוניות כאמור ו/או מי מטעמן. הנני מסכים לשימוש כאמור באפליקציות וברשתות חיצוניות להעברת מסרונים מידיים, למטרות מתן השירות, וידוע לי כי החברה לא תישא באחריות כלשהי לשימוש באפליקציות וברשתות החיצוניות.
14. הריני מאשר בזאת כי קראתי והבנתי את ההצהרות הנלוות לתהליך הרכישה, לרבות ובייחוד הצהרה זו, ואני מסכים לכל האמור בהן.
15. הצהרה זו תחול עלי ועל כל המבוטחים הנלווים אליי, המבוטחים על פי הפוליסה שרכשתי.

יא. הצהרות הסוכן

1. דיברתי עם המועמד הראשי לביטוח באופן אישי, הקראתי לו את ההצהרות לעיל והמועמד אישר לי מפורשות כי הבין את משמעותן.
2. הסברתי למועמד הראשי לביטוח את עיקרי התוכנית התנאים והסייגים.
3. הסברתי למועמד הראשי כי הפוליסה אינה מכסה מחלה שבשלה היה המבוטח/ת בטיפול או בהשגחה בעת צאתו/ה לחו"ל או במשך ששת החודשים שקדמו ליציאה ולמעט כאשר קבלת הטיפול הייתה מטרת הנסיעה.

חתימת הסוכן.