

מספר מבטח/לקוח
מספר סוכן

בקשה לעריכת פוליסה לביטוח בקר לבשר במרעה טבעי Livestock

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 (להלן "החוק") ולהקטין את תגמולי הביטוח, בכפוף להוראות החוק. בקשה זו מהווה חלק בלתי נפרד מ"פוליסה לביטוח בקר לבשר במרעה טבעי" של המבטח, כל הפרטים והתנאים בבקשה זו כפופים לאלו האמורים בפוליסה זו, אלא אם נרשם במפורש אחרת ברשימה. כל הסכומים הנקובים בבקשה זו הם בשקלים חדשים, אלא אם נרשם במפורש אחרת ברשימה. אנא ענה על הטופס במלואו וסמן במקומות המתאימים V בעיגול ליד התשובה המתאימה לך.

א. פרטי המציע ותקופת הביטוח

שם המציע	מספר זהו/תאגיד	תקופת הביטוח	מתאריך	עד תאריך (בחצות)
כתובת המציע	המיקוד			
פרטי האחראי לתיאום	שם מלא	מספר טלפון נייד	מספר טלפון	
	מספר פקס	כתובת דואר אלקטרוני	@	

ב. מסלולים לביטוח - (סמן ב- v את מסלול הכיסוי המבוקש)

<input type="radio"/> מסלול א - כיסוי צר	לתמונה, טריפה ושחיתת דחק מכל סיבה, שלא הוחרגה בפוליסה. למען הסר ספק, הכיסוי אינו כולל נזקים מגניבה, הרעלה, מגיפות ומחלות.
<input type="radio"/> מסלול ב - כיסוי רחב	לתמונה, טריפה ושחיתת דחק מכל סיבה, שלא הוחרגה בפוליסה. למען הסר ספק, הכיסוי אינו כולל גניבה. מחלת הבוטיליזם מכוסה רק אם בוצעו חיסונים מתאימים במלואם.

ג. תביעות קודמות (השאלות שלהלן הן מהותיות ועליך לדייק ולמלא כל פרט. אם אין מספיק מקום יש להוסיף דף נפרד.)

האם היית מבטח בעבר בביטוח בקר לבשר במרעה טבעי או ביטוח דומה?
 לא כן, פרט: _____ אם כן, רשום את שם החברה המבטחת: _____

האם סירבה חברת ביטוח כלשהי לחדש או קבעה תנאים מיוחדים לחידוש או ביטלה מיזמתה פוליסה שלכם לביטוח בקר לבשר במרעה טבעי או ביטוח דומה?
 לא כן, פרט: _____

נא פרט את כל אירועי הביטוח והנזקים במשך 3 השנים האחרונות שאירעו בקשר לפוליסת ביטוח בקר לבשר במרעה טבעי או ביטוח דומה, בין אם היית מבטח ובין אם לאו: _____

ד. הרחבות לביטוח - (סמן ב- v את סוג ההרחבה המבוקשת)

<input type="radio"/> פרי רבייה	במסגרת מסלול ב אפשר תמורת דמי-ביטוח נוספים לרכוש כיסוי לגניבה והקטנת השתתפות עצמית לפרי רבייה כמפורט להלן:										
	<table border="1"> <tr> <th>השתתפות עצמית</th> <th>לפר הראשון</th> <th>לפר השני</th> <th>לפר השלישי</th> <th>לפר הרביעי</th> </tr> <tr> <td></td> <td>2,000 ש"ח</td> <td>2,500 ש"ח</td> <td>3,500 ש"ח</td> <td>4,000 ש"ח</td> </tr> </table> <p>מהפר השני והלאה ההשתתפות העצמית היא לאותו מקרה ביטוח או במהלך אותה שנת ביטוח.</p>	השתתפות עצמית	לפר הראשון	לפר השני	לפר השלישי	לפר הרביעי		2,000 ש"ח	2,500 ש"ח	3,500 ש"ח	4,000 ש"ח
השתתפות עצמית	לפר הראשון	לפר השני	לפר השלישי	לפר הרביעי							
	2,000 ש"ח	2,500 ש"ח	3,500 ש"ח	4,000 ש"ח							
<input type="radio"/> אבדן כושר הרבעה	במסגרת ההרחבה לפרי רבייה (למבטח במסלול ב) אפשר לרכוש גם כיסוי נגד אבדן פוריות פר הרבעה כתוצאה מתאונה, ממחלה או ממגיפה. תוספת זו לא תכלול שיפוי למבטח בעבור כל נזק כספי שייגרם, כתוצאה ממות פר ההרבעה המבטח, מכל סיבה שהיא. השיפוי המרבי יהיה בהתאם לערך המוסכם המפורט ברשימה, אך לא יותר מ-75% מערך השוק של הפר ו/או 75% מערך הפר הרשום ברשימה ו/או בפוליסה, הנמוך מביניהם, כפי שייקבע על-ידי השמאי. במקרה של תשלום תביעה לפי תוספת זאת, יופחת הסכום ששולם מערך הפר, במקרה מוות, המכוסה על-ידי הפוליסה. הכיסוי במסגרת הרחבה זו ייכנס לתוקפו רק לאחר החזרת דוח/אישור הוטרנר, ממולא וחתום על-ידי הוטרנר, לאחר בדיקה מיוחדת, המאשר שהפרים הכלולים בהרחבה הם בעלי פוריות תקינה והעברת אישור בכתב של חברת הביטוח למבטח. השיפוי ינוכה כל סכום ששולם או שישולם על-ידי גורם כלשהו בגין מקרה הביטוח.										

ה. בשני המסלולים

במקרה של נזק נוסף מאותה סיבה במהלך תקופת הביטוח, תהיה ההשתתפות העצמית כפולה מההשתתפות העצמית הנקובה לעיל, הן בשיעור מהנזק והן בסכום המזערי. תמונת עגלות ועגלים עד גיל 30 ימים כתוצאה ממחלות/מגיפות אינה מכוסה. **למען הסר ספק:** - במקרה של מחלה/מגיפה ייחשבו כאירוע אחד 30 ימים רצופים. - הכיסוי במסגרת מסלול ב ייכנס לתוקפו רק לאחר החזרת דוח/אישור הוטרנר (מצ"ב) ממולא וחתום על-ידי הוטרנר המטפל ולאחר העברת אישור בכתב של חברת הביטוח למבטח.

תנאי לכיסוי הוא טיפול שוטף של וטרנר בכל תקופת הביטוח.

ו. גבולות אחריות

גבולות אחריות מרביים בהתאם לתנאים בפוליסה	עד בש"ח	כמות ראשים
עגל/עגלה מגיל 8 ימים עד גיל 30 ימים	1,500	<ul style="list-style-type: none"> הערכים הנקובים בטבלה הם ערכי מקסימום. השיפוי ייקבע לפי ערכי השוק או ערכים נקובים, הנמוך מביניהם. גבול אחריות מרבי לאירוע ולכל תקופת הביטוח - 1,400,000 ש"ח יש לבטח את כל העדר כדי להימנע מתת-ביטוח. יש לדווח כל שלושה חודשים על כל שינוי החורג משיעור של 5% מכמות הראשים בעדר.
עגל/עגלה מגיל 31 ימים עד 100 ימים - תוספת 10.90 ש"ח לכל יום נוסף	2,640	
עגל/עגלה מגיל 101 ימים עד 12 חודשים - תוספת 6.20 ש"ח לכל יום נוסף	5,100	
עגלה מגיל 12 חודשים שלא בהיריון/פרה שלא בהיריון	5,100	
עגלה מגיל 12 חודשים בהיריון/פרה בהיריון - תוספת 3.20 ש"ח לכל יום היריון	6,000	
פר הרבעה מגיל 12 חודשים	15,000	

ז. פירוט בקשר לבשר לביטוח

המסלול הנבחר	סוג הבקר	כמות ראשים	סיכונים	תעריף בש"ח	סה"כ לתשלום בש"ח
○ מסלול א - כיסוי צר	פרות, עגלות ועגלים במרעה		אש	1.14%	
			סיכונים אחרים	9.99%	
	פרים (במסגרת כלל העדר)		אש	1.86%	
			סיכונים אחרים	16.73%	
○ מסלול ב - כיסוי רחב	פרות, עגלות ועגלים במרעה		אש	3.41%	
			סיכונים אחרים	30.75%	
	פרים (במסגרת כלל העדר)		אש	5.21%	
			סיכונים אחרים	46.71%	

ח. פרי רבייה לביטוח בתנאי ההרחבה

מס.	סוג הפר	מספר אוזן	תאריך לידה	שווי הפר	תוספת תעריף להקטנת השתתפות עצמית וכיסוי גניבה לפרי רבייה	תוספת תעריף לאבדן פוריות	דמי-ביטוח בש"ח
1.					○ 1,650 ש"ח לפר	○ 95 ש"ח לפר	
2.					○ 1,650 ש"ח לפר	○ 95 ש"ח לפר	

דמי-ביטוח מינימום בכל המסלולים - 1,600 ש"ח
סה"כ דמי-ביטוח בעבור בקר לבשר _____

מבוטחים אך ורק בקר בעל תעודות מזהות ומספר אוזן שתעודת השיך שלהם נמצאת ביד
למען הסר ספק, מבינים, ציוד ומערכות הספקה אינם מכוסים במסגרת פוליסה זו.

ט. אישור הוטריר המטפל

שם הוטריר המטפל	מספר רישיון
כתובת	מספר טלפון
<p>1. אני מאשר בזאת שעדר הבקר לבשר ופרי הרבייה המפורטים לעיל של המציע _____ ביישוב _____ מטופל על-ידי באופן שוטף ורצוף.</p> <p>2. כן אני מאשר שמצבת העדר היא כמפורט לעיל בסעיף גבולות אחריות ובטבלת פרי הרבייה.</p> <p>3. כן אני מאשר שבדקתי את העדר ולפי מיטב ידיעתי מצב הבריאות בעדר תקין. אין ולא היו בעיות רפואיות מיוחדות בשנה האחרונה (למעט המפורט בהערות להלן).</p> <p>הערות _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>תאריך _____ שם הוטריר המטפל _____ חתימה _____</p>	

הצהרת המועמד לביטוח

1. אני מצהיר בזה שכל תשובותי 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"). מוסכם בזאת כי הצעה זאת תהווה בסיס לחוזה הביטוח ביני ובין החברה. ידוע לי כי השאלות המופיעות בטופס הצעה זה תחשבנה כעניין מהותי על פי הוראות סעיף 6 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א 1981.

2. אני מאשר שמסרתי לחברה, לרבות באמצעות מי מטעמה (לרבות סוכן הביטוח), את המידע אודותי ואודות צדדים שלישיים (להלן "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 ושיווק 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. הובהר לי שחברות הקבוצה מסתייעות בצדדים שלישיים בחלק מהשירותים והמוצרים אותם הן נותנות, ואני מאשר שהמידע ימסר לצדדים שלישיים אלה, לצורך כך. הובהר לי שפירוט מלא אודות האיסוף, השימוש, השמירה וההעברה של המידע נמצא במדיניות הפרטיות של החברה, הזמינה ב www.bth.co.il ואני מסכים לה.

תאריך: _____ שם המציע: _____ חתימת המציע: _____

לידיעתך!

- הרשות בידי המבטח, "ביטוח חקלאי, אגודה שיתופית מרכזית בע"מ", להחליט על קבלת הבקשה או דחייתה או קבלתה בתנאים מגבילים.
- למען הסר ספק מובהר בזאת, שהחתימה על טופס בקשה זה, בין אם אמור בעריכת ביטוח חדש ובין אם בחידוש ביטוח קיים, אינה מחייבת את המבטח, "ביטוח חקלאי, אגודה שיתופית מרכזית בע"מ", לקבלת הביטוח בחלקו או במלואו, ורק אישורו בכתב יהווה אישור לכיסוי ביטוחי.
- מוסכם בזאת, שאם תוצא פוליסה ישמשו טופס בקשה זה ביחד עם כל מידע שצורף אליו, בסיס לחוזה הביטוח, ויראו אותם כאילו צורפו לפוליסה והם מהווים חלק ממנה.

חתימת מורשה החתימה	תאריך	שם החותם ותפקידו	חתימה וחותמת
--------------------	-------	------------------	--------------

קבלת מידע באמצעים טכנולוגיים

אנא סמן את האפשרות הנכונה:

אני מסכים אני לא מסכים

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 פרטיי מרשימת התפוצה לקבלת מידע בערוצי התקשורת האלקטרוניים, באמצעות פנייה למוקד שירות הלקוחות של החברה או לסוכן הביטוח או באתר החברה.

תאריך: _____ שם המציע: _____ חתימת המציע: _____

הסכמה

אני מסכים ש"ביטוח חקלאי אגודה שיתופית מרכזית בע"מ (להלן "החברה") ו/או מי מטעמה לרבות חברות הבנות שלה ישלחו אליי מפעם לפעם, הצעות שיווקיות דיוור ישיר ודברי פרסומת, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS) שיחות טלפון וכדומה. הובהר לי שאיני חייב לתת את הסכמתי לקבלת הצעות כאמור, ושככל שאתן את הסכמתי, אוכל לחזור בי בכל עת באמצעות אתר החברה ו/או פנייה לחברה בדוא"ל: service@bth.co.il או בפקס 03-5612379.

*** החתימה על סעיף זה אינה מהווה תנאי להתקשרות עם החברה.**

תאריך: _____ שם המציע: _____ חתימת המציע: _____