

מס' סוכן: _____
שם סוכן: _____
דוא"ל: _____
טלפון: _____
מס' פוליסה: _____

הצעה לביטוח תאונות אישיות קבוצתי

מהדורה 7/2021

מציע נכבד, הנך מתבקש להעביר לחברת הביטוח את ההצעה במקור והעתק חובה עליך לענות על כל השאלות בפרטים מלאים בהתאם לענין. לשאלות כן / לא ודומיהן, סמן X במשבצת המתאימה.

שים לב!

סכומי הביטוח ודמי הביטוח צמדים למדד.

א. פרטי המציע ותקופת הביטוח:	
שם המציע (משפחה ופרטי)	מס' ת.זהות/חברה
דוא"ל	
כתובת:	רחוב מס' בית יישוב מיקוד מס' טלפון/נייד
מקצועו או משלח ידו של המציע (תן הגדרה מלאה)	<input type="checkbox"/> עבודה כפיים <input type="checkbox"/> עבודה במשרד <input type="checkbox"/> פיקוח בלבד <input type="checkbox"/> פריקה וטעינה
תקופת ביטוח מבוקשת: מ- _____ עד _____ (חצות)	<input type="checkbox"/> עבודה בלי מכונות <input type="checkbox"/> עם כח מכני <input type="checkbox"/> עבודה עם מכונות <input type="checkbox"/> עם כח מכני
<input type="checkbox"/> מס' עובדים _____ <input type="checkbox"/> מס' עובדים _____ <input type="checkbox"/> מס' עובדים _____ <input type="checkbox"/> מס' עובדים _____	<input type="checkbox"/> גיל ממוצע _____ <input type="checkbox"/> גיל ממוצע _____ <input type="checkbox"/> גיל ממוצע _____ <input type="checkbox"/> גיל ממוצע _____

ב. הכיסוי הבסיסי - סכומי ביטוח מבוקשים: (ניתן לבטח עד 10,000 עובדים מקסימום).			
חבילה מס' 1	<input type="checkbox"/> מוות מתאונה - 100,000 ₪ <input type="checkbox"/> נכות מתאונה - 100,000 ₪ <input type="checkbox"/> שברים מתאונה - 20,000 ₪ <input type="checkbox"/> כוויות מתאונה - 20,000 ₪ <input type="checkbox"/> פיצוי יומי בגין אשפוז עקב תאונה - 300 ₪	<input type="checkbox"/> מוות מתאונה - 200,000 ₪ <input type="checkbox"/> נכות מתאונה - 200,000 ₪ <input type="checkbox"/> שברים מתאונה - 40,000 ₪ <input type="checkbox"/> כוויות מתאונה - 40,000 ₪ <input type="checkbox"/> פיצוי יומי בגין אשפוז עקב תאונה - 600 ₪	<input type="checkbox"/> מוות מתאונה - 300,000 ₪ <input type="checkbox"/> נכות מתאונה - 300,000 ₪ <input type="checkbox"/> שברים מתאונה - 60,000 ₪ <input type="checkbox"/> כוויות מתאונה - 60,000 ₪ <input type="checkbox"/> פיצוי יומי בגין אשפוז עקב תאונה - 900 ₪

ג. הרחבות בתוספת פרמיה:	
<input type="checkbox"/> הכיסוי הבסיסי <input type="checkbox"/> ימי החלמה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	(מבוטח יהיה זכאי לפיצוי בגובה 20% מהסכום היומי הנקוב בדף פרטי הביטוח, לעניין כיסוי זה, תקופת המתנה תהא בת 7 ימים והיא תימנה החל ממועד התאונה ועד למועד הזכאות לקבלת הפיצוי בגין ימי החלמה)

ד. ניסיון ביטוחי אחר או קודם למוצע			
1. האם הגשת תביעת פיצויים נגד מבטח בגין תאונה:	שם החברה	תאריך התאונה	סכום הפיצויים ששלמו
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____			
2. האם אתה מבוטח בפוליסת ביטוח תאונות בחברה אחרת:	שם חברת הביטוח	מספר פוליסה	תקופת ביטוח אחרונה
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____			
3. האם חברת ביטוח סרבה לבטח או לחדש או דרשה תנאים מיוחדים לביטוח, או ביטלה אי פעם ביטוח תאונות אישיות:	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, ציין מס' פוליסה _____		
4. האם אתה מבוטח בביטוח חיים ב "הכשרה חברה לביטוח בע"מ":	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, ציין מס' פוליסה _____		
5. האם הצעה מהצעותיך בביטוח חיים נדחתה או נתקבלה בתנאים מיוחדים:	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, ציין מס' פוליסה _____		

ה. השוואה / ביטול של פוליסה קיימת בביטוח תאונות אישיות קבוצתי:	
<input type="checkbox"/> האם ברשותך קיימת פוליסת ביטוח מסוגה של הפוליסה אליה אתה מבקש לצרף במסגרת הצעה זו? <input type="checkbox"/> כן, שם חב' הביטוח _____ <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> אני מעוניין להשאיר את הפוליסה הקיימת בתוקף ללא שינוי* <input type="checkbox"/> לידעתך, הכיסוי אליו אתה מבקש להצטרף הינו כיסוי נוסף, המבטח מקרה ביטוח דומה לכיסוי הקיים שבעדך וייגבו דמי ביטוח נוספים עבור כיסוי זה. לא מעוניין <input type="checkbox"/> אני מעוניין להשאיר את הפוליסה הקיימת ולהקטין את היקף הפיצוי* <input type="checkbox"/> לידעתך, הכיסוי אליו אתה מבקש להצטרף הינו כיסוי נוסף, המבטח מקרה ביטוח דומה לכיסוי הקיים שבעדך וייגבו דמי ביטוח נוספים עבור כיסוי זה. לא מעוניין <input type="checkbox"/> אני מעוניין לבטל את הפוליסה הקיימת
<input type="checkbox"/> האם אתה רוצה שבקשת הביטול תישלח לחברת הביטוח המבטחת בפוליסה המקורית? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> האם אתה מעוניין שבקשת הביטול תשלח ע"י הכשרה למבטח בפוליסה המקורית? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן

אחריות החברה אינה מתחילה אלא לאחר אישור הצעת זו על ידי החברה

עמוד 1 מתוך 3

ו. אישור מועמד לצירוף לביטוח:

- אני מאשר/ת להכשרה חברה לביטוח לצרף אותי לתוכנית הביטוח החדשה כמפורט בטופס הצטרפות זה.
- אני מאשר/ת בזאת שאין לי פוליסה קיימת עם כיסוי ביטוחי זהה / דומה בכל חברות הביטוח
- אני מאשר בזאת שקיימת על שמי פוליסה
- וכי ידוע לי שטופס הצטרפות זה לביטוח הינו עבור פוליסה נוספת אשר מבטחת מקרה ביטוח המעניק פיצוי זהה/דומה לפוליסה הקיימת על שמי בחברת _____ וכי יבנו ממני דמי ביטוח עבור הפוליסה הקיימת והחדשה, מאחר ובתהליך התאמת הצרכים אשר בוצע על ידי בעל הרישיון מצאתי אותן מתאימות לצרכיי.
- אני מאשר בזאת שקיימת על שמי פוליסה עם כיסוי ביטוחי זהה /דומה בחברת _____ והכיסוי / פוליסה תבטל לאחר קבלתי לביטוח על פי פוליסה זו.

תאריך: _____ שם מלא של החותם: _____ חתימת המציע/המבטוח: X _____

ז. אופן התשלום:

- כרטיסי אשראי
- הוראת קבע
- המחאות
- מזומן

תשומת לב המבטוח מופנית לכך כי עפ"י הוראות סעיף 6 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981 השאלות הנדונות בסעיפים א, ב, ג, ד ייחשבו כעניין מהותי.

ח. הצהרות וחתימת המציע/המבטוח

- א. אני ה"מ מאשר בזאת מצהיר בזה שהתשובות הינן נכונות וכנות ושלא העלמתי כל עניין מהותי הנוגע לביטוח זה, הנני מסכים/מה להודיע מיד לחברה על כל שינוי שיחול בכל עניין מהותי, כמו-כן הנני מסכים/ה שהצעה זו והצעת, תשמשנה יסוד לחוזה הביטוח שביני ובין "הכשרה חברה לביטוח".
- ב. **ויתור על סודיות רפואית:**
אני ה"מ המועמד לביטוח עפ"י הפוליסה המבוקשת נותן בזה רשות לקופת חולים או לעובדיה הרפואיים האחרים או למוסדותיה הרפואיים או לסניפים, וכן לכל הרופאים, המוסדות ובתי החולים האחרים, למסור ל"הכשרה חברה לביטוח" (להלן "המבוקש"), על מצב בריאותי או על כל מחלה שחליתי בה בעבר או שהנני חולה בה כעת או שאחלה בה בעתיד, והנני משחרר אותם וכל רופא מרופאיהם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי או מחלתי כנ"ל ומוותר על כלפי המבקש, ואל תהייה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כל שהוא בקשר להנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזובני ובאי כוחי החוקיים, וכל מי שיבוא במקומי.
- ג. הודעה והסכמה לשימוש במידע
אני ה"מ מאשר בזאת:
 1. המידע שמסרתי במסגרת הצעה זו נמסר מרצוני ובהסכמתי, ומבלי שחלה עלי כל חובה חוקית למסור.
 2. המידע והנתונים שמסרתי וכל עדכון שלהם (בין שנמסר על ידי או מטעמי ובין שהגיע לחברה באופן אחר) ישמרו במאגרי מידע ממוכנים או אחרים בחברה ו/או במאגרי לקוחות של קבוצת הכשרה ביטוח ו/או גורם מטעמם.
 3. המידע והנתונים שמסרתי ישמשו את החברה ו/או גורם מטעמה בהתאם למדיניות הפרטיות של החברה, המפורסמת באתר האינטרנט של החברה, ובין היתר, לשם השימושים הבאים:
 - א. לכתיבת ההצעה, הוצאת פוליסות, ניהול שוטף של תיק הביטוח ו/או מוצרים או שירותים אחרים שרכשתי בהכשרה ולמתן שירותים במסגרת הפוליסה, ולכל פעולות החברה.
 - ב. לצורך שיווק מוצרי ביטוח.
 - ג. למטרת עיבוד מידע, פילוח שיווקי, דיוור ישיר, ומיקוד פניות שיווקיות על בסיס אפיונים וצרכים התואמים את המידע והנתונים שמסרתי ו/או שנמסרו אודותי.
 - ד. לצורך פניה אלי למתן מידע ובהצעות לרכישת פוליסות ביטוח ומוצרים ו/או שירותים נוספים של הכשרה וקיום חובות על פי דין בקשר עם האמור לעיל.
 4. אני מסכים כי המידע ונתונים שמסרתי, כאמור, ישמשו לצורך יצירת קשר עימי, לרבות באמצעות דואר ישראל, תקשורת טלפונית, הודעת מסר קצר (SMS), מכשיר פקסימיליה, הודעה אלקטרונית, וכן בדרך ממוחשבת, או בכל אמצעי תקשורת אחר.
 5. התכרה תהא רשאית להעביר את המידע והנתונים אודותיי גם לסוכן הביטוח המטפל בפוליסה מטעמה.
 6. הובא לידיעתי, כי אם לא אהיה מעוניין במידע או בפניות כאמור מצד החברה, אוכל להודיע על כך לחברה בכל עת.

תאריך: _____ שם מלא של החותם: _____ חתימת המציע/המבטוח: X _____

ט. הצהרת הסוכן

אני מאשר כי ביררת את צרכי המועמד/ים לביטוח בהתאם להוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח וכן הצעתי למועמד/ים לביטוח הוספת כיסוי ו/או הרחבות ו/או כתבי שירות התואמים לצרכיו/הם.

תאריך: _____ שם מלא של הסוכן: _____ חתימת הסוכן: X _____

הסוכן הינו נציג של "הכשרה חברה לביטוח" כפי שנקבע בחוק חוזה הביטוח תשמ"א - 1981 וזאת כל עוד לא מונה כנציג המבטוח בכתב.

תחיתת דואר נכנס (לשימוש החברה בלבד)	הערות מקבל העסק (לשימוש החברה בלבד)
_____	_____
תחיתת מקבל העסק	שם פרטי ושם משפחה
_____	תאריך

י. קבלת דבר פרסומת

אני מסכים לקבל מהחברה ו/או מחברות אחרות בקבוצת הכשרה (להלן ביחד: "קבוצת הכשרה"), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הכשרה, באמצעות דואר, פקס, דוא"ל, מערכת חיוג אוטומטי, הודעת מסר קצר (SMS) ובכל דרך אחרת. כן אני מסכים לחברות בקבוצת הכשרה להביא לידיעתי מידע על מוצרים ושירותים, טיפול בתביעות ולרבות עיבוד המידע העברתו ואחסונו לרבות בענן מחוץ לישראל וכן שימושים אחרים הנלווים לשימושים האמורים ו/או נדרשים לשם השלמתם, וזאת אף באמצעות העברת המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמן ומטעמן של החברות בקבוצת הכשרה. ידוע לי כי במידה ואיני מסכים ו/או לא אסכים בעתיד, לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותי למסור הודעה על כך לחברה באמצעות הטפסים המתאימים המצויים באתר האינטרנט של החברה, שכתובתו: www.hcsra.co.il.

תאריך: _____ חתימת המבטוח * _____

פירוט עיקרי הכיסוי הביטוחי בפוליסת תאונות אישיות קבוצתית

מועמד לביטוח נכבד,
להלן הסבר תמציתי, "פוליסה לביטוח תאונות אישיות", ביטוח אשר מכסה את המבוטח בפני אירוע שעלול לגרום לו למוות או נכות כתוצאה מתאונה.
לתשומת ליבך, הפוליסה כוללת תנאים וחריגים שחלים על כל פרקי הפוליסה או על כל פרק בנפרד, מומלץ ביותר לעיין בהרחבה בפוליסה המחייבת, באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.hcsra.co.il
יש להשיב תשובות מלאות וכנות על כל השאלות בטופס ההצעה או בכל דרך אחרת. לידיעתך, אי גילוי ענין מהותי או תשובה שאינה מלאה וכנה עלול להשפיע בתשלום תגמולי ביטוח במקרה של תביעה.

מקרי הביטוח (מתאונה):

- 1. מוות כתוצאה מתאונה** - מקרה של מוות כתוצאה מתאונה ובלבד שהמוות לא אירע בחלוף למעלה מ 3 שנים ממועד התאונה, תשלם החברה למוטב את סכום הביטוח המלא בגין כיסוי זה וזאת בתוך 30 ימים מהיום שהיו בידיה המידע והמסמכים הדרושים לברור חבותה.
- 2. נכות כתוצאה מתאונה** - אובדן מוחלט או חלקי אנטומי או תפקודי של איבר או גפה או חלקיהם. נכות צמיתה: שיעור נכות שאין לזמן מוגבל ואינו זמני אלא שיעור נכות תמידי. בהתאם לחישוב תגמולי הביטוח כמפורט בפוליסה.
- 3. שברים כתוצאה מתאונה** - מקרה של שבר שנגרם כתוצאה מתאונה, תשלם החברה למבוטח תגמולי ביטוח שיחושבו כשיעור מסכום הביטוח המלא בגין כיסוי זה בהתאם לחישוב תגמולי הביטוח כמפורט בפוליסה.
- 4. כוויות כתוצאה מתאונה** - במקרה של אירוע כווייה תאונתי, תשלם החברה למבוטח, תגמולי ביטוח בשיעור מסכום הביטוח בהתאם לחישוב תגמולי הביטוח כמפורט בפוליסה.
- 5. פיצוי יומי בגין אשפוז בבית חולים עקב תאונה** - בקרות תאונה, אשר כתוצאה ממנה אושפז המבוטח בבית חולים, לרבות במקרה שבו המבוטח שוחרר מבית חולים למוסד רפואי אחר, ובכלל זה מוסד סיעודי או מוסד שיקומי, תשלם החברה פיצוי יומי בגין תקופת האשפוז, בגובה דמי הביטוח למעט אם צוין אחרת בדף פרטי הביטוח.

הרחבות בתוספת פרמיה:

- 1. ימי החלמה** - הרחבה זו תחול רק אם נרכשה על ידי המבוטח לפני קרות מקרה הביטוח והדבר צוין במפורש בדף פרטי הביטוח, בכפוף לכל תנאי הפוליסה חריגיה וסייגיה.
- 2. רכיבה על אופנוע קטנוע אופנוע עם מנוע עזר או טרקטורון** - נהיגה הרכב דו גלגלי שלא בדרך כהגדרתה בפקודת התעבורה (נוסח חדש) ו/או במסגרת תחרות, נהיגה בטרקטורון.

פיצוי יומי בגין אשפוז בבית חולים עקב תאונה:

"תקופת המתנה":

תקופה בת יומיים החל מהיום הראשון שבו היה המבוטח מאושפז בהם לא תשלם החברה פיצוי יומי כול שהוא.

תקופת אשפוז:

תקופה רצופה בה היה המבוטח מאושפז ואשר התחלתה ביום שלאחר תום תקופת המתנה וסופה עם שחרורו של המבוטח המאושפז או בתום 26 שבועות לפי המוקדם מבניהם.
אושפז המבוטח בבית חולים יותר מפעם אחת בגין אותו מקרה ביטוח וזאת במהלך תקופה של 12 חודשים, יחושבו שתי תקופות האשפוז כאילו היו תקופת אשפוז אחת רצופה.
למען הסר ספק מובהר כי במקרה בו חלפו יותר מ 12 חודשים בגין אשפוז אחד לשני, יחושבו תקופות האשפוז כתקופות אשפוז נפרדות.

אמצעי ותנאי התשלום:

מזומן, המחאות, הוראת קבע וכרטיסי אשראי.
עד 5 תשלומים - יחשבו כתנאי מזומן.
עד 10 תשלומים - בתוספת דמי אשראי והצמדה למדד בכפוף להוראות הדין.
התשלומים יהיו שווים ורצופים מיום תחילת הביטוח.
שקים יתקבלו על בסיס מזומן בלבד (עד 5 שקים).