



הצעה לביטוח תאונות אישיות

פרטי ההצעה	שם סוכן	מספר סוכן	מחוז	מספר פוליסה	מספר הצעה	מתאריך / / עד תאריך / / תקופת הביטוח המבוקשת (חצות)
<p>הקבלה לביטוח כפופה לאישור חתם מוסמך של החברה ולתנאים שייקבע. נא הקפד למלא את כל הפרטים הנדרשים בכתב יד ברור ובדייקנות. ההצעה מנוסחת בלשון זכר, אך מיועדת לנשים ולגברים כאחד. השימוש בלשון זכר הוא למען הפשטות בלבד.</p>						
<p>חותמת המחוז ותאריך הקבלה חותמת נתקבל אינה מעידה על מתן כסוי</p>						

א. פרטי המועמד לביטוח						
שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות/מס' חברה	תאריך לידה	תקופת הביטוח החל מ: עד:	החל מ: עד:	תקופת הביטוח (חצות)
המטן: הרוב	מס' הבית	ישוב	מיקוד	מס' טלפון		
<p>אופן הגביה: <input type="radio"/> המחאות <input type="radio"/> כרטיס אשראי <input type="radio"/> הוראת קבע מס' _____ מס' תשלומים _____ מציב טופס כרטיס אשראי</p>						
<p>עיסוק המציע: ציין האם עבודתך: <input type="radio"/> עבודת כפיים <input type="radio"/> עבודת משרד <input type="radio"/> פיקוח בלבד <input type="radio"/> אחר, פרט: _____ <input type="radio"/> מכוונת עם/ללא כח מכני <input type="radio"/> חומרי נפץ/חומרים מסוכנים <input type="radio"/> חומרי נפץ/חומרים מסוכנים <input type="radio"/> פריקה וטעינה</p>						

ב. האם נקבעו לך אחוזי נכות כללית או האם הינך נמצאת/בתהליך לקביעת אחוזי נכות כלשהם? לא כן, אם כן בשל אילו ליקויים? _____
 על-ידי איזה גורם? _____ שיעור אחוזי נכות _____
 מתי? _____ התקבלו תגלומים? לא כן, פרט: _____

ג. האם היתה לך פעם תאונה? לא כן, אם כן, פרט: _____

ד. האם סבלת בעבר / הינך סובל מאובדן כושר עבודה כתוצאה מתאונה? לא כן, פרט אחוז אובדן הכושר הזמני: _____
 משך אובדן הכושר הזמני: _____

ה. האם אושפזת ב-5 שנים האחרונות או שידוע לך על צורך באשפוז או בדיקה פולשנית? לא כן, פרט מתי, מדוע ולאילו תקופה: _____

ו. האם הנך סובל/סבלת בעשר השנים האחרונות משבר בעצמות הגוף? לא כן, פרט מתי, מדוע ולאילו תקופה: _____

ז. האם ב-10 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לעבור ניתוח? לא כן, פרט: _____

ח. האם הינך חבר בקופת חולים? לא כן, באיזו? _____

ט. האם חברת הביטוח סירבה לבטח, סירבה לחדש, דרשה תנאים מיוחדים או ביטלה לך אי פעם ביטוח תאונות אישיות? לא כן, פרט: _____

י. האם הינך מבטוח בפני תאונות? לא כן, פרט: _____

יא. חשיפה לסיכונים - האם היית או הינך חשוף/באופן ישיר או עקיף לחומרים הבאים (אם כן, יש לפרט: מקום, משך הזמן, משך היום, אופן ההגנה בפני החשיפה)

1. חומרים כימיים או גזים? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	4. חומרים רדיו אקטיביים? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
2. אסבסט? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	5. חומרי נפץ/חומרים מסוכנים? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
3. חומרים רעילים? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	פרט: _____

יב. האם אתה עוסק בתחביבים ו/או עיסוקים מסוכנים? לא כן, פרט: _____

יג. האם הינך ספורטאי רשום בקבוצת ספורט כלשהי? לא כן, פרט: _____

יד. האם הנך צורך כיום או צרכת בעבר יותר מכוס אחת ביום של בירה ו/או יין ו/או משקה אלכוהולי אחר? לא כן, פרט: _____

טו. האם הנך צורך או צרכת סמים ב-5 השנים האחרונות? לא כן, פרט: _____

טז. סכום הביטוח	למקרה מוות כתוצאה מתאונה	לנכות תמידית כתוצאה מתאונה	בגין פיצוי שבועי לא-כושר עבודה זמני כתוצאה מתאונה
	1.	2.	3.

יז. אם הינך מעוניין להוסיף איזה מן ההרחבות ו/או הכיסויים הבאים תמורת פרמיה נוספת, סמן x במשבצת המתאימה:
 1. נסיעה באופנוע או קטנוע 2. סיכון מלחמה וטרור פסיבי 3. אי-כושר זמני מלא לעבודה עקב מחלה - בישראל בלבד

יח. יש למלא רק במידה והתבקשה הרחבה לכיסוי אי כושר זמני עקב מחלה:
 האם הנך סובל/סבלת בעשר השנים האחרונות מאחת מהמחלות הנ"ל או יותר?
 א. ריאווט/ דרכי הנשימה ואלרגיות? לא כן, פרט: _____
 ב. מערכת העצבים והמוח לרבות טרשת נפוצה, ניוון שרירים, אפילפסיה, פרקינסון ושיתוקים או כל מחלת עצבים אחרת? לא כן, פרט: _____
 ג. כליות, דרכי השתן או כל מחלת כליות ודרכי השתן אחרת? לא כן, פרט: _____
 ד. מחלות דם או בעיות קרישה? לא כן, פרט: _____
 ה. לב ו/או כלי דם, אירוע מוחי (לרבות אירוע מוחי חולף), יתר לחץ דם ומערכת כלי דם היקפית (פרפיראלי) או כל מחלת לב וכלי דם אחרת? לא כן, פרט: _____
 ו. בעיה, הפרעה ו/או מחלה נפשית מאובחנת? לא כן, פרט: _____

"אפי" 01/2021

ז. סוכרת (כולל סוכרת הריון) שומנים/ כולסטרול/ טריגליצרידים בדם? לא כן, פרט: _____

ח. גידולים כולל שפירים, פוליפים, סרטן ומחלות ממאירות? לא כן, פרט: _____

ט. בעיה/ הפרעות/ מחלות אורתופדית כולל גב/ עמוד שדרה ומפרקים אחרים וירידה בצפיפות העצם (אוסטיאופורוזיס)? לא כן, פרט: _____

י. בדיקות אבחנתיות: האם ב-10 שנים האחרונות עברת או הומלץ לך לבצע אחת או יותר מן הבדיקות הבאות: צינטור, מיפוי, אקו-לב, ביופסיה, דם סמוי? לא כן, פרט: _____

יט. ויתור על סודיות רפואית

אני נותן/ת בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים ואחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה ו/או לשלטונות צה"ל, ו/או למוסד לביטוח לאומי, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות ובתי החולים האחרים, למסור למנורה מבטחים ביטוח בע"מ ("להלן: "המבקש"), את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י המבקש על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בעתיד, והנני משחררת אתכם וכל רופא מרופאים, ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או כל מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפכם, מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי כלי ומותרת על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהייה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל שייבוז במקומי.

תאריך _____ חתימת המועמד לביטוח: **X**

כ. תשלום דמי הביטוח

1. אני מבקש לשלם את הביטוח: בהוראת קבע בכרטיס אשראי אחר, פרט: _____
2. מספר התשלומים בפועל יקבע עפ"י בחירתך, או בהתאם לכמות התשלומים שניתן לגבות בפועל עד תום תקופת הביטוח, לפי הנמוך מהשניים.
3. התשלומים יהיו חודשיים, שווים ורצופים, ובפוליסה שקלית - צמודים למדד המחירים לצרכן ביום תחילת הביטוח.
4. דמי האשראי יחושבו לפי ריבית שנתית בשיעור 6% בהתאם למספר התשלומים ומספר הימים עד לתחילת הגביה בפועל על ידי החברה.
5. בפוליסות שהופקו עד לחודש מתחילת הביטוח ב-1 עד 4 תשלומים בהוראת קבע או ב-1 עד 3 תשלומים בכרטיס אשראי, לא ישולמו דמי אשראי.
6. בפוליסות שיופקו לאחר חודש מתחילת הביטוח, רשאי המבטח לגבות דמי אשראי באופן יחסי לאיחור בהפקה ובהתאם לאמור בסעיף 4 לעיל.

כא. אישור המציע על צירופו לביטוח במקרה בו קיימת עבורו פוליסת ביטוח תאונות אישיות נוספת (יש לאשר אחת מהחלופות להלן):

- האם ברשותך פוליסת ביטוח מסוג הפוליסה אליה אתה מבקש להצטרף במסגרת טופס הצעה זה ("פוליסה קיימת")? כן לא
- במידה והתשובה חיובית – יש לסמן, אחת מהחלופות שלהלן:
- הריני מאשר כי ידוע לי שהצירוף לביטוח כמפורט במסמך הצעה זה הינו עבור פוליסה נוספת שמבטחת מקרה ביטוח דומה לפוליסה שקיימת על-שמי; במעמד חתימתי על טופס הצעה זה הוסבר לי, כי צירופי לביטוח המוצע במסגרת טופס זה הוא עבור פוליסה אחת נוספת המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה לזה המבטח בפוליסה הקיימת, וכי יגבו ממני דמי ביטוח עבור שתי הפוליסות; ויחד עם זאת, ברצוני לאשר בזאת את הצטרפותי לביטוח המוצע במסגרת טופס זה.
 - אני מעוניין לבטל את הפוליסה הקיימת בשל צירופי לפוליסה שמפורטת במסמך הצעה זה. ברצוני שבקשת הביטול תשלח על ידי; על ידי הסוכן/מנורה מבטחים ביטוח בע"מ באמצעות טופס הביטול שיחתם על ידי ויעבר לטוכן.

תאריך _____ חתימת המועמד לביטוח: **X**

כב. הצהרת המועמד לביטוח

אני/ו 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 נכונות ומלאות.
2. לא העלמתי/נו עובדות או פרטים כלשהם המתייחסים להערכת הסיכון על ידי המבטח.
3. התשובות המפורטות בהצעה זו וכל מידע שיימסר למבטח, יישמשו בסיס לחוזה ביטוח בנינו לבין המבטח ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.
4. הרשות בידי המבטח להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה או קבלתה בתנאים מבלי שתהיה חייבת להצדיק או להסביר את החלטתה.
5. ידוע לנו שחזרה הביטוח נכנס לתוקפו רק אם תאושר הצעה זו על ידי המבטח.
6. הנני/ו מתחייב/ים כי נקיים את תנאי הפוליסה ונשלם את הפרמיה במלואה.
7. הנני מצהיר שסכום הפיצוי השבועי המבוקש על-ידינו אינו עולה על 75% מהכנסתי השבועית.
8. המידע נמסר מרוצן ובהסכמתך וישמש להפקת פוליסת/ות הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה/ות או מוצרים ושירותים הקשורים אליהן, לשיפור השירותים, ניתוחים ומחקרים סטטיסטיים, עדכון פרטים בחברות בשליטת קבוצת מנורה מבטחים ולפניות מותאמות אישית, ולצורך מימוש מטרות אלה יכול שהמידע יועבר לצדדים שלישיים בהתאם לדין. לעדכון פרטים ניתן לפנות בכל בעל המוקד שירות הלקוחות (*2000). כדי ללמוד עוד על פרטיותך מומלץ לעיין במדיניות הפרטיות שלנו בכתובת: <https://menora.click/privacypolicy>
9. אני מסכימה/ה / ס לא מסכימ/ה להעברת המידע אודותי לחברות בשליטת קבוצת מנורה מבטחים מבטחים [1] לצרכי מחקר וסטטיסטיקה, צרכי ניהול ולשם קבלת הצעות והטבות ביחס למוצריהן ו/או שירותיהן, לרבות אלו המותאמות לי אישית, באמצעות כל פרטי הקשר שמסרתי. אי סימון ישאיר את ההעדפות השיווקיות השמורות במערכות מנורה מבטחים (אם יש) ללא שינוי. להסרה מרשימת התפוצה למידע שיווקי, הצעות והטבות הנשלחות אליי באמצעות דוא"ל או מסרונים וממשלוח פניות מותאמות אישית ניתן לפנות בכל עת ל - <https://ds.menoramivt.co.il/marketing-disapproval/>

(1) לרבות מנורה מבטחים ביטוח בע"מ, מנורה מבטחים פנסיה וגמל בע"מ, שומרה חברה לביטוח בע"מ, אי.אר.אן ישראל בע"מ וחברות קשורות.

תאריך _____ חתימת המועמד לביטוח: **X** חתימת הסוכן: **X**

כג. הצהרת הסוכן

- הנני מאשר כי שאלתי את בעל הפוליסה ו/או את המועמדים לביטוח את כל השאלות המופיעות הן בהצעה והן בהצהרת הבריאות והתשובות הן כפי שנמסרו אישית על-ידי בעל הפוליסה והמועמדים לביטוח.
- הריני מצהיר כי כל פעולות הצירוף של המועמד/ים לביטוח בוצעו על ידי.

שם הסוכן _____ מספר הסוכן _____ חתימת המועמד לביטוח: **X** חתימת הסוכן: **X**

תאריך _____ חתימת המועמד לביטוח: **X**

"אפי" 01/2021