

## הצעה לביטוח תאונות אישיות (ו/או פיצוי שבועי גם בגין מחלות)

הצעת הביטוח תכנס לתוקפה רק לאחר שהגיעה למשרד החברה ואושרה על ידה. לאחר קבלתה על ידי החברה תצורף הצעה זו לפוליסה ותהווה חלק בלתי נפרד ממנה.

ותאריך הקבלה חותמת הסניף	תקופת הביטוח		שם משפחה		שם פרטי		מספר		רחוב		פרטי המציע		
	החל מ:		מס' זהות/מס' חברה		מס' חברה		מס' חברה		מס' חברה		מס' חברה		
עד:	תאריך מילוי ההצעה		מס' חברה		מס' חברה		מס' חברה		מס' חברה		מס' חברה		
	מס' חברה		מס' חברה		מס' חברה		מס' חברה		מס' חברה		מס' חברה		
מספר סוכן		שם הסוכן		מס' לקוח		מס' הוראת קבע		מס' תשלומים		סוג מטבע דולר ש"ח		מזומן אחרת הוראת קבע	
0		1		1		2		3		0		1	
חומרי נפץ/חומרים מסוכנים		פיקוד בלבד		עבודת כפיים		ציין אם עבודתך:		עבודת משרד		מכונות עם כח מכני/ללא כח מכני		פריקה וטעינה	
פריקה וטעינה		פריקה וטעינה		פריקה וטעינה		פריקה וטעינה		פריקה וטעינה		פריקה וטעינה		פריקה וטעינה	
שמות המוטבים		פיצוי שבועי לכל המחלות		פיצוי שבועי לאי-כושר עבודה זמני		לנכות תמידית כתוצאה מתאונה		למקרה מוות כתוצאה מתאונה		למקרה מוות כתוצאה מתאונה		למקרה מוות כתוצאה מתאונה	
. 3		. 2		. 1		. 3		. 2		. 1		. 3	

פרט מהם עסוקיך או תחביבך הנוספים.

אם ברצונך לקבל כיסוי תמורת פרמיה נוספת סמן x במשבצת המתאימה:

נהיגה באופנוע, לרבות קטנוע או אפניים עם מנוע עזר,  סקי שלג  אחר, פרט: \_\_\_\_\_

האם הינך סובל/ת כיום או סבלת בעבר ממחלה, מום, נכות, מגבלה או פגיעה גופנית?  לא,  כן, פרט: \_\_\_\_\_

האם אושפזת בבית החולים?  לא,  כן (נא לפרט מתי, מדוע ומשך הזמן) \_\_\_\_\_

האם היתה לך פעם תאונה?  לא,  כן (נא לפרט) \_\_\_\_\_

האם אתה נשא איידס?  לא,  כן \_\_\_\_\_

הפרופיל הרפואי בצה"ל כיום \_\_\_\_\_ ציין את סעיפי הליקוי אם יש \_\_\_\_\_ האם הינך מרכיב משקפיים  לא,  כן.

האם הגשת תביעת פיצויים בגין תאונה או מחלה?  לא,  כן שם הקופה \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_

האם חברת הביטוח סרבה לבטח, סרבה לחדש, דרשה תנאים מיוחדים או ביטלה אי פעם בטוח תאונות/מחלות?  לא,  כן, \_\_\_\_\_

ואם כן, נא לפרט: \_\_\_\_\_

האם הינך מבוטח/ת בפני תאונות?  לא,  כן, נא לפרט שם החברה \_\_\_\_\_ מספר הפוליסה \_\_\_\_\_

יש למלא במידה ונדרש ביטוח של כל המחלות:

האם סבלת אי פעם מקצרות, דלקת הסימפונות, דלקת ריאות, דלקת קרום החזה, איידס, שחפת, גניחת דם או איזו מחלת חזה שהיא, שנית, שגרון, מאיזה התקפה או מחלת עצבים, שיתוק, כליות, שבר, מחלת לב, סכרת, שושנה, גחלת או דלקת התופסן או כל מחלה אחרת? \_\_\_\_\_

רשום את התאריך וציין האם נעשה ניתוח \_\_\_\_\_

מה מצב בריאותך עתה? \_\_\_\_\_

**הצהרת המבוטח:** אני הח"מ מצהיר בזה שהתשובות הינן נכונות ואמיתיות ושלא העלמתי עניין מהותי הנוגע לביטוח זה הנני מסכים להודיע מיד לחברה על כל שינוי שיחול בכל עניין מהותי לרבות שינוי שיחול במקצועי או משלח ידי; במצב בריאותי ו/או על דבר סדור ביטוחים נוספים בפני תאונה. הנני מסכים כמו-כן שההצעה וההצהרה הזו, בין שנכתבה בעצם ידי ובין שלא על ידי, יוחזקו במאגרי מידע ממוחשב, כפי קביעת המבטח, ואם תקבל ההצעה הזאת אני מוכן לקבל את הפוליסה שיוציא המבטח בהתאם לתנאיו ומתחייב לשלם את הפרמיה במלואה במועד. ידוע לי ואני מסכים לכך שקבלת הצעת הביטוח כפופה לתנאי מתלה שאשלם בתוך 30 יום מיום הגשת ההצעה לפחות את התשלום הפרמיה הראשון. אם לא נעשה כן, תבוטל הפוליסה אוטומטית בתום המועד האמור ולא תהיה בתוקף. הצעה זו על נספחיה תצורף לפוליסת הביטוח שאני מבקש להוציא לי ותהווה חלק בלתי נפרד ממנה ומכל פוליסה נוספת לביטוח תאונות אישיות שתוצא על ידיכם בעתיד.

הנני מצהיר שסכום הפיצוי השבועי המבוקש על ידי אינו עולה על 75% מהכנסתי השבועית.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המציע / המבוטח \_\_\_\_\_ חתימת הסוכן \_\_\_\_\_

**ויתור סודיות:** אני הח"מ נתון בזה רשות לקופת החולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפים, וכן לכל הרופאים, המוסדות ובתי החולים האחרים, למסור לשומרה חברה לביטוח בע"מ (להלן המבקש), מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד, והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלתי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהינה לי אליכם כל טענה או תביעה מכל סוג כלשהוא בקשר להנ"ל כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המציע / המבוטח \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המציע / המבוטח \_\_\_\_\_