

מס' הפוליסה:

מס' פוליסה קודם:



הצעה לביטוח תאונות אישיות

פרטי הסוכן: מס' הסוכן: שם הסוכן: שם הסוכנות:

פרטי המציע שם משפחה / חברה: שם פרטי: מס' ת. זהות:

מקום העבודה: תאריך לידה: / /

כתובת: רחוב מס' שכונה / עיר מיקוד טלפון (+ קידומת)

תקופת הביטוח מיום: / / עד יום: / / בחצות

אופן התשלום גביה רגילה כרטיס אשראי שירות שקים

פרטים נוספים מקצוע או משלח יד (תן הגדרה מלאה):

כולל: עבודת כפיים עבודת משרד פיקוח בלבד פריקה וטעינה מכונות עם כח מכני מכונות ללא כח מכני

חומרי נפץ חומרים מסוכנים

מהם עיסוקיך או תחביביך הספורטיביים ו/או אחרים?

האם אתה עובד במקום עבודה שיש בו חשיפה גדולה מן הרגיל לרעש ו/או לזיהום אוויר ו/או לאבק? לא כן, פרט:

פרטי הכיסויים המבוקשים סכום ביטוח למקרה מוות עקב תאונה: ש"ח

סכום ביטוח למקרה נכות קבועה עקב תאונה: ש"ח

פיצוי שבועי במקרה אי כושר עבודה עקב תאונה: ש"ח

הרחבות:

1. כל המחלות (פיצוי שבועי), למעט איידס לא כן

2. נהיגה ברכב מנועי דו-גלגלי לא כן

3. נהיגה בטרקטורון לא כן

4. כיסוי לסיכוני מלחמה פסיבית לא כן

5. פיצוי שבועי כפול בעת אשפוז כתוצאה מתאונה לא כן

6. הגדלת מספר ימי השתתפות עצמית לפיצוי שבועי (תמורת הנחה בדמי הביטוח):

לתאונות: מ-7 ל-14 ימים? לא כן

מ-7 ל-28 ימים? לא כן

למחלות: מ-14 ל-28 ימים? לא כן

7. האם בכוננתך לקבל כיסוי, תמורת דמי ביטוח נוספים, עבור העיסוקים או התחביבים הבאים:

עיסוק בספורט כספורטאי רשום בקבוצת ספורט טיפוס הרים בעזרת מדריכים וחבלים סקי שלג סקי מים אופנוע ים

צלילה בעזרת מכשיר גלישה באוויר צניחה אחר:

עבר והווה רפואי 1. הגובה: ס"מ המשקל: ס"מ

האם הנך בריא לגמרי? כן לא, פרט:

2. האם הנך סובל מהרחבת ורידים? לא כן

האם סבלת ב-5 השנים האחרונות ממחלה ו/או תאונה בעיניים? לא כן באזניים? לא כן

האם סבלת ב-5 השנים האחרונות או הנך סובל/ת ממחלת לב? לא כן משיגרון? לא כן

האם שמיעתך לקויה? לא כן ראייתך לקויה? לא כן, פרט:

עבר והווה רפואי
(המשך)

3. האם הנך סובל ממגבלה גופנית, מנכות, או ממחלה כרונית? לא כן, פרט:
4. האם אושפזת ב-5 השנים האחרונות בבית חולים? לא כן, מתי, מדוע ומשך הזמן:
5. פרופיל צבאי בצה"ל: ציין סעיפי ליקוי (אם יש):
6. האם הנך סובל/סבלת מכאבי גב או מבעיות בעמוד השדרה? לא כן, פרט:
7. האם עברת אי פעם אירוע מוחי? לא כן, פרט:
8. לנשים בלבד: האם הנך סובלת/סבלת ממחלה גניקולוגית, או היית בטיפול או מעקב בקשר לבעיה גניקולוגית? לא כן

עבר והווה ביטוחי

1. האם את/ה מבטח/ת כעת מפני תאונות ו/או מחלות? לא כן, שם המבטח: מס' הפוליסה:
2. האם את/ה מבטח/ת כעת בביטוח חיים? לא כן, שם המבטח: מס' הפוליסה:
3. האם הגשת ב-3 השנים האחרונות תביעת פיצויים בגין תאונה או מחלה? לא כן, פרט:
4. האם ב-3 השנים האחרונות לגבי ביטוח תאונות/מחלות, מבטח כלשהו: סרב לבטחך? לא כן סרב לחדש את הביטוח שלך? לא כן
דרש תנאים מיוחדים, או ביטל אי פעם את הביטוח שלך? לא כן, פרט:
5. האם לגבי ביטוח חיים, מבטח כלשהו: סרב לבטחך? לא כן סרב לחדש את הביטוח שלך? לא כן
דרש תנאים מיוחדים, או ביטל אי פעם את הביטוח שלך? לא כן, פרט:
6. האם קבלת ו/או הנך מקבל/ת תגמולים מהמוסד לביטוח לאומי או ממשרד הביטחון או מגוף ממלכתי אחר בגין נכות? לא כן, פרט:

פרטי המוטבים

שמות המוטבים במקרה של מוות:

שם פרטי ומשפחה	מס' ת. זהות	חלקו ב-% בתגמולי הביטוח

ייתור על סודיות רפואית

אני הח"מ, מסכים ומרשה בזה כי קופת החולים בה אני חבר כעת וכן כל קופת חולים (או כל אחר בדומה לה), בה הייתי חבר בעבר או אהיה חבר בעתיד, מזמן לזמן, הסניפים, המוסדות, המכונים והגופים האחרים של כל אחת מהו, כל רופא, בית חולים, מוסד, מכון וגוף רפואיים כלשהם, וכן העובדים הרפואיים והאחרים של מי מכל אלה, ימסרו להראל חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבקש") בהתאם לבקשתו מזמן לזמן, את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, על בריאותי (ובכלל זה, אך מבלי לגרוע מכלליות האמור, על מחלותי למיניהן, על בדיקות רפואיות וממצאיהן ועל טיפולים רפואיים ותוצאותיהם, בעבר, בהווה ובעתיד). הנני משחרר בזה את קופת חולים, מוסד, מכון, גוף, בית חולים, רופא, עובד רפואי ועובד אחר, כאמור לעיל, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצב בריאותי, והנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיינה לי כל טענות או תביעות בכל הנוגע למסירת מידע רפואי למבקש לפי בקשתו. כתב ייתור זה מחייב אותי, את עזבוני, באי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי, והוא בלתי חוזר ואינו ניתן לביטול, הואיל וזכויותי של המבקש תלויות בו.

חבר בקופ"ח:

סניף

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	תאריך	חתימה

הצהרת המבוטח

אני הח"מ, מצהיר/ה בזה שהתשובות הינן נכונות, מלאות וכנות ושלא העלמתי כל עניין מהותי הנוגע לביטוח זה. הנני מסכים/ה להודיע מיד לחברה על כל שינוי שיחול בכל עניין מהותי, לרבות שינוי שיחול במקצועי או במשלח ידי, במצב בריאותי, או על דבר סידור ביטוחים נוספים. כמו כן, הנני מסכים/ה שהצהרה זו והצהרתי, בין שנכתבו על ידי ובין שלא על ידי, תשמשנה יסוד לחוזה שביני ובין הראל חברה לביטוח בע"מ. אני מסכים/ה לקבל את הפוליסה הנהוגה בחברתכם ומתחייב/ת לשלם את הפרמיה המגיעה בגינה. אני מתחייב/ת לקרוא את הפוליסה אשר תונפק בהתאם להצעתי ובמידה ויתברר לי שהפוליסה אינה תואמת את הצעתי, אחזיר את הפוליסה לתיקון תוך 30 יום מיום קבלתה, ואם לא אעשה כן, פירושו של דבר שהפוליסה עונה על דרישותי. ידוע לי כי עלי למסור את הודעתי לחברה לפי כתובתה, כמצוין ע"ג הפוליסה.

חתימת הסוכן	תאריך	חתימת המבוטח

הצהרת הגנת הפרטיות

הריני מצהיר/ה בזה כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני ובהסכמתי המלאה. ידוע לי שמטרת מסירת המידע הינה הפקת פוליסת הביטוח, טיפול בכל העניינים הנילווים, הנובעים מהפקת הפוליסה והקשורים אליה בהראל חברה לביטוח בע"מ ובקבוצת הראל השקעות בביטוח, שהראל חברה לביטוח בע"מ שייכת לה, כדי לאפשר לחברה להביא לידיעת לקוחותיה מידע על מוצרים ושירותים, אשר לדעת החברה עשויים לעניין אותם, למטרות עיבודים סטטיסטיים ולצורך טיפול בתביעות. הריני מסכים כי המידע ימסר לצורך עיבודו ואיסונו לכל צד שעיסוקו בכך, כפי שהחברה תמצא לנכון, וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א 1981.

חתימת המבוטח	תאריך