

הצעה לביטוח תאונות אישיות ומחלות | או השלמה לאובדן כושר עבודה

| | | | | | |
|------------|-----------|----------|------|------------|------------|
| פרטי הסוכן | מס' הסוכן | שם הסוכן | סניף | מס' פוליסה | חומת החברה |
|------------|-----------|----------|------|------------|------------|

מציע נכבד, הצעה זו תכנס לתקפה רק לאחר שהגיעה למשרד הראשי של המבטח ואושרה על ידו. בהתאם לצורך, נא לצרף מסמכים מפורטים.

| | | | | | |
|-------------------|---------|----------|----------------|-----------|-------------|
| פרטי המציע | | | | | |
| בעל הפוליסה | שם מלא | רחוב | מס' | ישוב | |
| המבוטח | שם פרטי | מס' ת.ד. | מס' אישי בצה"ל | עיסוק | מין |
| רחוב | מס' | עיר | מיקוד | טלפון בית | טלפון עבודה |
| | | | | פקס | |

| | | | |
|---------------------|------------------|--------------------|--------------------|
| תקופת הביטוח | | מס' תשלומים: _____ | מס' תשלומים: _____ |
| מתאריך | עד תאריך (בחצות) | הוראת קבע | גבייה רגילה |
| | | ציין אופן התשלום | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| הצהרת בריאות | | | |
| 1. האם הינך בריא כעת? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, אם לא, פרטי: _____ | | | |
| 2. מאפיינים אישיים: משקל _____ ק"ג, גובה _____ ס"מ, פרופיל צבאי _____, ציין סעיפי ליקוי _____ | | | |
| 3. באיזה קופת חולים הינך חבר? ציין, שם הקופה _____ מס' פנקס חבר _____ | | | |
| 4. האם הינך סובל ממחלה כרונית, מחלה, מום, נכות, ליקוי גופני, פגיעה גופנית? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט בטבלה להלן: (בנכות ירדש אשר רפואי) | | | |
| 5. האם עברת ארוח מוחי, ארוח לב, נתוח כלשהו? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט בטבלה להלן: | | | |

| | | | |
|--|------------|-----|-----------------------------|
| מהות מחלה, מום, ארוח, נתוח, אשפוז וכו' | החל מתאריך | משך | שם וכתובת ביי"ח / רופא מטפל |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

- האם נפסלת אי פעם מלנהוג מסיבה רפואית? לא כן, פרטי: _____
- האם הינך עוסק בספורט כלשהו כמקצוען? לא כן, פרט סוג ספורט: _____
- האם הינך עוסק בתחביב ספורט בעל סיכון גבוה (כמו סקי, רכיבה, צינור חופשית וכו')? לא כן, פרטי: _____
- האם עיסוקך כחך בעבודה פיזית או בעבודה עם מכונה? לא כן, פרטי: _____
- האם הורשת בעבר בפלילין? לא כן, פרטי: _____

| | | | |
|---|---|---|--|
| כיסוי ביטוחי והרחבות | | | |
| <input type="radio"/> ביטוח תאונות אישיות | מוות | נכות | פיצוי שבועי תאונתי בגין אי כושר עבודה זמני |
| <input type="radio"/> ביטוח מחלות | סכום הביטוח | סכום הביטוח | סכום הביטוח |
| <input type="radio"/> אי כושר עבודה* | פיצוי חודשי תאונות ומחלות | תקופת שיפוי 3 חודשים | פיצוי חודשי תאונות בלבד |
| | סכום הביטוח | תקופת שיפוי 6 חודשים | תקופת שיפוי 3 חודשים |
| | סכום הביטוח | סכום הביטוח | סכום הביטוח |
| * השלמה לביטוח חיים - הביטוח בסעיף זה מותנה בקיומו של נספח "אי כושר עבודה" בפוליסה לביטוח חיים שמיספרה _____ בחברה _____. | | | |
| <input type="radio"/> אי כושר עבודה* | <input type="radio"/> סיכוי מלחמה פסיביים | <input type="radio"/> נהיגה ברכב דו גלגלי או טרקטון | <input type="radio"/> פיצוי כפול באת אשפוז |
| | <input type="radio"/> הוצאות רפואיות | <input type="radio"/> שחקן בקבוצת ספורט לא מקצועית | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| ניסיון ביטוחי קודם | | | |
| 1. האם עד לעשיית ביטוח זה ברשותך או היה לך ביטוח תאונות או מחלות? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט סוג הביטוח: _____ | | | |
| 2. האם חברת ביטוח כלשהי דחתה או ביטלה אי פעם פוליסה שלך? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרטי: _____ | | | |
| 3. האם חברת ביטוח כלשהי סרבה לחדש את הפוליסה או דרשה הגדלת דמי ביטוח או תנאים מיוחדים? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרטי: _____ | | | |
| 4. האם הגשת אי פעם תביעות במסגרת פוליסת תאונות אישיות / מחלות / אובדן כושר עבודה בשלושת השנים האחרונות? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט מספר תביעות וסכומים: _____ | | | |

תשומת לב המציע מופנית לכך כי עפ"י הוראות סעיף 6 לחוק חוזה בטוח התשמ"א - 1981 כל השאלות יחשבו כענין מהותי.

| | |
|--|-------------|
| מינוי סוכן | |
| על פי סעיף 33 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981 נחשב הסוכן כשלוחו של המבטח. על פי דרישתך בכתב הינך יכול למנותו כשלוחך. אם אכן הינך מעונין בכך, נבקשך לחתום על נוסח הפנייה למבטח, לפי חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981. | |
| תאריך | שם המציע |
| | חתימת המציע |

| | |
|--|-------------|
| הצהרת המציע וויתור סודיות | |
| אני החתום מטה נותן בזה רשות לקופת חולים, בית חולים ולכל מוסד רפואי אחר ו/או לעובדיהם הרפואיים וכן לכל רופא למסור לפניקס הישראלי חברה לביטוח בע"מ ("המבטח") כל מידע על מצב בריאותי ו/או על כל מחלותי בעבר, בהווה ובעתיד, והניי משחררת/אתכם מחובת שמירת על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כב"ל ומוותר/ת על סודיות כלפי המבטח ולא תהיה לי כלפיהם כל טענה או תביעה בקשר לכך. ויתור זה יחייב לאחר מותי גם את עובדי ואת באי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. | |
| אני החתום מטה מצהיר בזאת, כי כל התשובות המופיעות בטופס הצעה זה הינן תשובות מלאות וכנות ואין בהן העלמה של עובדות העלולות להטעות את המבטח בשיקוליו לקבלת הביטוח ו/או לקביעת גובה הפרמיה. המציע אחראי לנכונותן של ההצהרות שבהצעה זו, החתומה על ידו או בשמו, גם אם לא נכתבו על ידו. במידה ויתברר למבטח, כי תשובה או תשובות שניתנו לשאלות בהצעה זו אינן מלאות וכנות או שהינן כוזבות, ייפגעו זכויותי על פי הפוליסה והמבטח יהיה זכאי לכל הסעדים המוקנים לו בחוק. ידוע לי/לנו כי התשובות לשאלות המופיעות בטופס הצעה זה הינן הבסיס לפוליסה וטופס ההצעה מהווה חלק בלתי נפרד ממנה. ידוע לי כי המידע והתשובות יאוחסנו במאגר מידע של קבוצת הפניקס בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981 וישמשו לצרכי הביטוח בקבוצת הפניקס. | |
| שמות המוסכים: 1. _____ 2. _____ 3. _____ | |
| תאריך | שם המציע |
| | חתימת המציע |