



# הצעה לביטוח תאונות אישיות

(1/או פיצוי שבועי גם בגין מחלות)



תקופת בטוח החל מ: עד:	תאריך לידה	מספר זהות/מס חברה	שם פרטי			שם משפחה			פרטי המציע
	מספר הטלפון (0 )	מיקוד	ישוב	מס' הבית	רחוב	המען: מגורים			
תאריך מילוי ההצעה	מספר הטלפון בעבודה (0 )	מיקוד	ישוב	מס' הבית	רחוב	המען: מגורים			
מספר הסוכן	שם הסוכן	מספר לקוח	מספר הוראת קבע	מס' תשלומים	סוג מטבע דולר שקל 0 1	הוראת קבע 1 2 3	אופן הגבייה		
<input type="checkbox"/> חומרי נפץ / חומרים מסוכנים		<input type="checkbox"/> פיקוח בלבד		<input type="checkbox"/> עבודת כפיים					עיסוק המציע
<input type="checkbox"/> פריקה וטעינה		<input type="checkbox"/> מכונות עם כח מכני / ללא כח מכני		<input type="checkbox"/> עבודת משרד					
3.	2.	1.	שמות המוטבים למקרה מוות	פיצוי שבועי לכל המחלות	פיצוי שבועי לאי-כושר עבודה זמני	לנכות תמידית כתוצאה מתאונה	למקרה מוות כתוצאה מתאונה		סכומי הביטוח

פרט מהם עיסוקיך או תחביביך הנוספים

אם ברצונך לקבל כיסוי תמורת פרמיה נוספת סמן X במשבצת המתאימה: \_\_\_\_\_

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

האם הנך סובלת(ת) כיום או סבלת בעבר ממחלה, מום, נכות, מגבלה או פגיעה גופנית?  לא,  כן, פרט: \_\_\_\_\_

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

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

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

האם הגשת תביעת פיצויים בגין תאונה או מחלה?  לא,  כן (נא לפרט) \_\_\_\_\_

האם הנך חבר בקופת חולים?  לא,  כן שם הקופה \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_

האם חברת הביטוח סרבה לבטח, סרבה לחדש, דרשה תנאים מיוחדים או ביטלה אי פעם ביטוח תאונות/מחלות?  לא,  כן, ואם כן, נא פרט: \_\_\_\_\_

האם הנך מבוטח/ת בפני תאונות?  לא,  כן נא לפרט את שם החברה \_\_\_\_\_ מספר הפוליסה \_\_\_\_\_ יש למלא במטידה ונדרש ביטוח של כל המחלות:

האם סבלת אי פעם מקצרת, דלקת הסימפונות, דלקת ריאות, דלקת קרום החזה, שחפת, גניחת דם או איזה מחלת חזה שהיא, שנית, שגרון. מאיזה התקפה או מחלת עצבים, שיתוק, כליות, שבר, מחלת לב, סכרת, שושנה, גחלת או דלקת התוספתן 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 במשלח ידי, מצב בריאותי ו/או על דבר סידור 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 תתקבל 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 שאשלים בתוך 30 יום מיום הגשת ההצעה לפחות את התשלום הפרמיה הראשון. אם לא אעשה כן, תבוטל הפוליסה אוטומטית בתום המועד האמור ולא תהיה בתוקף. הצעה זו על נספחיה תצורף לפוליסת הביטוח שאנימבקש להוציא לי ותהווה חלק בלתי נפרד ממנה ומכל פוליסה נוספת לביטוח תאונות אישיות שתוצא על ידכם בעתיד.

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

## ויתור סודיות:

אני הח"מ נותן בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפים, וכן לכל הרופאים, המוסדות ובתי החולים האחרים, למסור למנורה 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 כנייל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מכל סוג כלשהוא בקשר להנ"ל כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקים וכל מי שיבוא במקומי.

\_\_\_\_\_ חתימת המציע/המבטח \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ חתימת המציע/המבטח \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_