

הצעה לביטוח תאונות אישיות ומחלות | או השלמה לאובדן כושר עבודה

פרטי הסוכן	מס' הסוכן	שם הסוכן	סניף	מס' פוליסה	חוממת החברה
------------	-----------	----------	------	------------	-------------

מציעה/ה נכבד/ה, הצעה זו תכנס לתקפה רק לאחר שהגיעה למשרד הראשי של המבטח ואושרה על ידו. בהתאם לצורך, בא לצרף מסמכים מפורטים.

פרטי המציע					
בעל הפוליסה	שם מלא	רחוב	מספר	ישוב	
המבטח	שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ד.	מס' אישי בצה"ל	עיסוק
רחוב	מס'	עיר	מיקוד	טלפון בית	טלפון בעבודה
				פקס.	

תקופת הביטוח	
מס' תשלומים: _____	אופן התשלום _____
מס' תאריך _____	עד תאריך (בחצות) _____
וכל תקופה נוספת שתאושר על ידי המבטח	

הצהרת בריאות			
1. האם הנך בריא כעת? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, פרט:			
2. מאפיינים אישיים: משקל _____ ק"ג, גובה _____ ס"מ, פרופיל צבאי _____ ציין סעיפי ליקוי			
3. באיזה קופת חולים הינך חבר? שם הקופה _____ מספר 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 ידרש אישור רפואי)			
5. האם עברת ארוע מוחי, ארוע לב, נתוח כלשהו? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט בטבלה להלן			
מהות מחלה, מום, ארוע, נתוח, אשפוז וכו'	החל מתאריך	משך	שם וכתובת בי"ח / רופא מטפל
6. האם נפסלת אי פעם מלנהוג מסיבה רפואית? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט:			
7. האם הינך עוסק בספורט כלשהו כמקצוען? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט סוג ספורט:			
8. האם הינך עוסק בתחביב ספורט בעל סיכון גבוה (כמו סקי, רכיבה, צניחה חופשית וכד')? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט:			
9. האם עיסוקך כרוך בעבודה פיזית או בעבודה עם מכונה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט:			
10. האם הורשעת בעבר בפלילין? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, פרט:			

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	סכום הביטוח	פיצוי שבועי בגין אי כושר זמני ומוחלט ממחלה (פיצוי עד 52 שבועות)
	פיצוי חודשי תאונות בלבד	סכום הביטוח	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"/> סיכוני מלחמה פסיביים	<input type="radio"/> נהיגה ברכב דו גלגלי או טרקטורון	<input type="radio"/> פיצוי כפול בעת אשפוז
		<input type="radio"/> שחק בקבוצת ספורט לא מקצועית	<input type="radio"/> הוצאות רפואיות

נסיון ביטוחי קודם

1. האם עד עשיית ביטוח זה ברשותך או היה לך ביטוח תאונות או מחלות? לא כן, פרט סוג הביטוח _____

סכום הביטוח _____ פיצוי שבועי _____ חברת ביטוח _____

2. האם חברת ביטוח כלשהי דחתה או ביטלה אי פעם פוליסה שלך? לא כן, פרט: _____

3. האם חברת ביטוח כלשהי סרבה לחדש את הפוליסה או דרשה הגדלת דמי ביטוח או תנאים מיוחדים? לא כן, פרט: _____

4. האם הגשת אי פעם תביעות במסגרת פוליסת תאונות אישיות / מחלות / אובדן כושר עבודה בשלושת השנים האחרונות? לא כן, פרט מספר תביעות וסכומים: _____

תשומת לב המבוטח מופנית לכך עפ"י הוראות סעיף 6 לחוק חוזה ביטוח 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 היך יכול למנותו כשלוחך. אם אכן היך מעונין בכך, נבקשך לחתום על נוסח הפניה למבטח, לפי חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981. אני/אנו החתום/ים מטה ממנה/ים את סוכן הביטוח ששמו רשום בהצעה זו להיות שלוחי/נו לענין המשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה הביטוח, ולענין כריתת חוזה הביטוח עם חברתכם.

תאריך	שם המציע	חתימת המציע
		<input checked="" type="checkbox"/>

הצהרת המציע

אני החתום מטה נותן בזה רשות לקופת חולים, בית חולים ולכל מוסד רפואי אחר ו/או לעובדיהם הרפואיים וכן לכל רופא למסור לפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח") כל מידע על מצב בריאותי ו/או על כל מחלותי בעבר, בהווה ובעתיד, והנני משחרר/ת אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כנ"ל ומוותר/ת על סודיות כלפי המבקש ולא תהיה לי כלפיהם כל טענה או תביעה בקשר לכך. ויתור זה יחייב לאחר מותי גם את עזובי 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 המוטבים	1	2	3
			<input checked="" type="checkbox"/>
תאריך	שם המציע	חתימת המציע	

חותמת דואר נכנס (לשימוש החברה בלבד)

הכיסוי יכנס לתקפו לאחר אישור החברה

הערות