

מספר הצעה:
מספר סוכן: 3270

הצעה לביטוח ריסק

כביטוח ריסק יסודי וקרן אור טופ (מחלות קשות)

(טופס זה מיועד לרכישת ביטוח למקרה פטירה
לסכומי ביטוח שלא יעלו על 1,500,000 ש"ח)

פרטי המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה:

משפחה	פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	מין	גובה	משקל
כתובת		טלפון (בית)	נייד	דוא"ל		
תחילת ביטוח		אופן התשלום	הוראת קבע	תדירות תשלום:	מצב משפחתי:	
		כרטיס אשראי		חודשי	נ ☐ ר ☐ ג ☐ א ☐ ילדים	
עיסוק	תחביב מסוכן	טייס	האם אתם מבטוח בביטוח חיים ו/או בריאות בחברה אחרת או במנורה מבטחים ביטוח בע"מ?	לא ☐ כן ☐	לא ☐ כן ☐	לא ☐ כן ☐
	לא ☐	לא ☐	חתימת מבטוח	ראשי	שני	

שם	מס' זהות	תאריך לידה	מין	זכר ☐ נקבה ☐
----	----------	------------	-----	--

מינוי מוטבים למקרה מוות

שם מלא	מס' זהות	תאריך לידה	כתובת מלאה	קרבה	מין	אחוז חלוקה
מבטוח ראשי						
					נ ☐ ז ☐	
					נ ☐ ז ☐	
מבטוח שני						
					נ ☐ ז ☐	
					נ ☐ ז ☐	
100%						

הערות

במידה והתשובות לאחת מהשאלות היא כן, יש לצרף מסמכים רפואיים ו/או שאלוני חיתום מתאימים.

הצהרת בריאות

לא	כן
	1. אין לי נכות כלשהי העולה על 35%.
	2. לא אושפזתי בבית חולים מעל 24 שעות כתוצאה ממחלה או תאונה ב־3 שנים האחרונות. (לידה אינה אשפוז)
	3. אין לי היסטוריה של מחלות לב, מחלות ממאירות, לחץ דם גבוה או סוכרת במשך 5 שנים אחרונות.
	4. אני לא חולה איידס ואינני נושא נגיפי איידס.

כיסויים ביטוחיים:

הכיסוי	סכום הביטוח	לתקופה
ריסק 1	ש"ח _____	עד גיל 80
מוות מתאונה	ש"ח _____	
נכות מתאונה	ש"ח _____	
קרן אור טופ*	ש"ח _____	עד גיל 70
שחרור	כן ☐ לא ☐	

* סכום קרן אור טופ (מחלות קשות) למבטוח מתחת לגיל 50 – 400,000 ש"ח
 * סכום קרן אור טופ (מחלות קשות) למבטוח מעל גיל 50 – 200,000 ש"ח

הצהרת עישון:

עישון	לא עישנתי מעולם	אני מעשן	אינני מעשן
-------	-----------------	----------	------------

הערות

טבלת סיכונים במסגרת סיכוני ביטוח מוכרים

פרמיה	קבועה ☐ משתנה ☐
קצוץ ביטוח לאומי	כן ☐ לא ☐
מורחב	כן ☐ לא ☐
נכות תמידית ומוחלטת	כן ☐ לא ☐
סכום פיצוי ב־% ממשכורת או בסכום	ש"ח _____ % _____
שחרור ☐	

* הגדרת הזכאות לאובדן כושר עבודה של המבטוח/ת תקבע בהתאם למדיניות החברה כלפי עיסוקו ו/או מקצועו של המבטוח/ת, עליהם הצהיר/ה המבטוח/ת.

הצהרת בריאות עבור תוכנית קרן אור טופ (מחלות קשות)

[illegible]

הצהרת עישון עבור קרן אור טופ	עישון	☐ לא עישנתי	☐ אני מעשן	☐ אינני מעשן	הערות
	לפחות 3 שנים				

הצהרת המועמד לבעלות על הפוליסה והמבקש/ת מועמד/ים לביטוח:

אני מצהיר, מסכים ומתחייב בה כ"י:

א. כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריות הן נכונות ומלאות.

ב. כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריות וכל מידע אחר שימשר למעורר מבטחים ביוטם ע"מ (להלן מעורר מבטחים ביוטם) בכתב וכן התאיים המקובלים מעורר מבטחים ביוטם לעניין, יישמשו בסיס לחזרה הביטוח ביני/בנו לבין מעורר מבטחים ביוטם ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו.

ג. אני/מאשר/נו ומסכים/ה בה כ"י לקיבול אחר חתימתו/ה הצעתנו/ו וכן לתור לשיקול דעתה הבלעדי של מעורר מבטחים ביוטם והיא רשאית לדחות את ההצעה ללא מתן הסבר כלשהו להחלטתה.

ד. ידוע לי/נו שחוק הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שהתבררה תאשר בכתב את קבלת המועמד לביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה * מהווה תנאי מפורש לכניסת הפוליסה לתוקף * שולמה כמלאה, ובתנאי שלא השתנה מצב הבריות של המבוטח, מועד חימתו של הצהרת הבריות או לא בדיקה הפורמלית שנערך ועד למעורר הביטוח בכתב על קבלתו לביטוח.

ה. שהיני מצהיר/ה בה כ"י המידע הכלול בהצהרה זו ריאת מרצוני והשתכחתי. ידוע לי * שמטרת מטרת המידע היא להפק פוליסת הביטוח וטיפול בכל העניינים הנוגעים מהפוליסה * והקשורים אליה. אני/נו מסכים/ה כי המידע ימשר לצורך עיון, עיבוד ואחסון לכל אדם או גוף שהתבררה תמצא לנכון וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א * 1981.

ו. כל ההצהרות הנוגעות לילד/נו הקטנים נמסרות על ידי/נו כאמור/מסמכים/נו טבעיים שלהם.

ז. אני מצהיר/ה כי הובא לידיעתי, ואני מסכים/ה, שהפרטים שמשרתי למעורר מבטחים ביוטם וכל מידע נוסף הנוגע לי שייע לידיעתה של מעורר מבטחים ביוטם, יוחזק במאגר מידע ממוחשב של הוהגת מעורר מבטחים ביוטם לרכיז נתונים בדבר לקוחותיה, בין אם הוא מופעל על ידי מעורר מבטחים ביוטם עצמה ובין ידי מי מטעמה, וכי פרטים אלה עשויים להימשר למאגרי מידע נוספים של חברות שבשליטת מעורר מבטחים ביוטם החזקות בע"מ ("קבוצת מעורר מבטחים") או לגורמים הפועלים מטעמן של אותן חברות, לצורך מתן שירותים נוספים, לצורך ניהול נכסי הלקוחות, לצורך הפעילות השוטפת וכן לצורך קיום חובותיה על פי דין.

ח. אני מסכים/ה ההנחיה אשר ימשרו במאגרי המידע וישמשו לצורך יצירת קשר עימי על ידי מעורר מבטחים ביוטם או על ידי חברה אחרת "קבוצת מעורר מבטחים", לרבות לצורך דיורר ישיר לרכישת מוצרי "קבוצת מעורר מבטחים" ולצורך כל פעילות שיווקית אחרת.

ט. אני מבקש/ה מעורר מבטחים ביוטם תעניי לי שירותי מתן מידע כאמור, להאשרות האיוטרתם או באמצעות אמצעי תקשורת אחרים, שחם שאני מודע לכך כי חרף העובדה שמהורה מבטחים ביוטם מפעילה אמצעי אבטחת מידע במתן שירותי המידע כאמור, עשוי המידע האמור, הכולל פרטים אישיים של, להחשף לאלחרים.

י. אני מבקש/ה מעורר מבטחים ביוטם תשכל תלכוותי את קוד היגשה וסיסמת ההיגשה למעורר באמצעות האיוטרתנו, ידוע לי כי מתן המידע כאמור נועד לצורך ביורר ראשוני בלבד ולשם הנוחות, וכן בכל סתירה בין המידע שימשר כאמור לבין המידע המסלל שבשרשות מעורר מבטחים ביוטם יגבר המידע שברשות מעורר מבטחים ביוטם.

חתימה לחותמת המועמד
לבעלות על הפוליסה:

חתימת המועמד
הראשי

חתימת המועמד
השני

ויתור על סודיות רפואית

ההניגון מציג כי תשובותי לכל השאלות הכלולות בהצהרה, הן אמיתיות ולא החסרותי או העלמתי מאומה. הניגון יודע/ת כי תשובות כוזבות או לא מלאות בידעין או בכוונה מקנות ל"חברת" את הזכות לבטל את הביטוח וגם לא לשלם את סכום הביטוח.

הניגון מציג/ה בזה כי המידע הכלול בהצהרה זו ניתן מרצוני ובהשקפתי. ידוע לי שמטרת מסירת המידע הינה להפקת פוליסת ביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסות, הקשורים אליהן. הריני מסכים/ה כי המידע יימסר לצורך עיון, עיבוד ואחסון לכל אדם או קוף שהחברה תמצא לנכון וזאת בכפוף להוראות חוק הגנת הפרטיות התשנ"א 1981.

לכבוד
א.ג.ג.

אני הח"מ מוותר בזאת על סודיות רפואית/שיקומית/סוציאלית/פסיכיאטרית/ כלפי המבקשים ונותן בזה רשות לקופ"ח, בתי חולים, מכון מור, למסד לביטוח לאומי לגבי כל מידע הקיים ממסד המחלקות במכ"ל (כרבות פרטו תשלומים מהמכ"ל) ו/או משהב"ח/הצה"ר ו/או כל רופא או מוסד בתחום רפואי ו/או בתי אבות ו/או כל קרנות חספתי והנמל ו/או שטרד הבריות ו/או המסדית/שיקומיים ו/או מוסדות גמילה ו/או עיריות/רוחה ו/או כל עובד או רופא או מוסד רפואי ו/או כל רופא ו/או עובד אשר עשיתי בי או טיפל בחומר הנוגע למצבי הבריות/סוציאלי/נפשי ותשלומים שקיבלתי עקב מצבי וכן תשלול כי: מנורה מבטחים ביטוח בע"מ ו/או מטעמם (להלן: "המסד") אשר עשה לי מצבי הבריות/שיקומיים/סוציאלי/

סעיף 10(א) ופירוטו.
 10. המדינה מתירה לכל חברת ביטוח אחרת (לרבות הבנר והפוליס) למסור למבקשים כל מידע מנהלתי, רפואי או אחר על כל פוליסה ו/או תביעה ו/או כל מידע אחר המצוי ברשותם לרבות תיעוד מידע מצד ג' ותשלומים.

אני מתיר למעסרת ישראל למסור כל מידע על כל תיק תאונה/לת"ן בו הייתי מעורב הן לרבות צילום תיק לת"ן מלא.
בקשתו זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א, 1981, והיא חלה על כל ידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות/פרטים/אירגונים המצוינים להלן.
הבקשה קבלת מידע תיעשה ככל שהדבר נוגע לבירור זכויות וחובות המליטה.
יחידות או מחבי אחרות, את עתונות אלה כיוון להחזיקם וזאת על שילוב במסוקם. כתי ויתור זה יחול גם על ילדי, ששמותיהם צוינו, אם צוינו, בהצעה.

תאריך החתימה:	שם מבוטח ראשי:	מספר זהות:	חתימת מבוטח ראשי:
תאריך החתימה:	שם מבוטח שני:	מספר זהות:	חתימת מבוטח שני:

הנני מצהיר/ה כי התשובות לשאלות בטופס זה הן כפי שנמסרו אישית ע"י המועמד לביטוח.

תאריך: _____ שם העד: _____ זהות העד: _____ חתימת העד: _____

שם בעל הכרטיס	☐ יוזה ☐ ישראל/מסטרקארט ☐ דינירס ☐ אמריקן אקספרס									
	בתוקף עד									
מספר כרטיס	מספר כרטיס									
חתימה	ת.ז.									