

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

מספר הצעה: _____
מספר סוכן: _____

פרטי המועמד לביטוח ולבעלות על הפוליסה:

משפחה	פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	גובה	משקל
כתובת	טלפון (בית)	נייד	דוא"ל			
תחילת ביטוח	אופן התשלום <input type="checkbox"/> הוראת קבע <input type="checkbox"/> כרטיס אשראי	תדירות תשלום: חודשי	מצב משפחתי: <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> א	ילדים		
עיסוק	תחביב מסוכן <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	טייס <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	האם אתה מבוטח בביטוח חיים ו/או בריאות בחברה אחרת או במנורה מבטחים ביטוח בע"מ? חתימת מבטח	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>
		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
					<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
					<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
100%						

שם מלא	מס' זהות	תאריך לידה	כתובת מלאה	קרבה	מין	אחוז חלוקה
					<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
					<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
100%						

הערות

הצהרת בריאות

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

לא	כן
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ואיני 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	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	

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

טבלת סיכונים במסגרת סיכוני ביטוח מוכרים

פרמיה	קבועה <input type="checkbox"/> משתנה <input type="checkbox"/>
ש"ח _____	
תקופת המתנה בחודשים	1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
קיצוז ביטוח לאומי	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
מורחב	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
נכות תמידית ומוחלטת	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
סכום פיצוי ב-% ממשכורת או בסכום	% _____ ש"ח _____
שחרור <input type="checkbox"/>	
פרמיה קבועה 3 חודשי המתנה	

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

הצהרת עישון:

עישון לא עישנתי אני מעשן איני מעשן לפחות 3 שנים

הערות

