

עו"ד נכבד/ה,	1
<u>הנדון: פוליסה לביטוח תאונות אישיות</u>	2
	3
כמידי שנה מציעה איילון לציבור עוה"ד כיסוי ביטוחי מקיף, בתעריף מוזל במיוחד, לביטוח תאונות אישיות לפיצוי למקרה מוות או נכות קבועה כתוצאה מתאונה.	4
	5
	6
הכיסוי השנתי ניתן לרכישה בהתאם לאחת משתי האפשרויות הבאות:	7
א. <u>יחידה אחת</u> : כיסוי בגבול אחריות של \$ 200,000, בתמורה לפרמיה בסך \$ 124.	8
ב. <u>שתי יחידות</u> : כיסוי בגבול אחריות של \$400,000, בתמורה לפרמיה בסך \$ 248.	9
	10
למען הסדר הטוב תשומת ליבך מוסבת לכך כי:	11
א. הכיסוי עפ"י פוליסה זו אינו חל בגין מקרה ביטוח שנגרם ע"י תאונת דרכים.	12
ב. תגמולי הביטוח בגין נכות חלקית וקבועה ישולמו רק אם שיעור הנכות הרפואית יעלה על	13
20%.	14
ג. המוטבים למקרה מוות הינם היורשים החוקיים ובאפשרותך לקבוע מוטבים אחרים.	15
	16
אם הינך מעוניין ברכישת ביטוח זה נבקשך להחזיר אלינו את הטופס שלהלן כשהוא ממולא	17
וחתום על ידך.	18
	19
	20
בכבוד רב,	21
איילון חברה לביטוח בע"מ	22
	23
	24

טופס הצעה לביטוח תאונות אישיות לעורכי דין

1. פרטי המועמד לביטוח

1
2
3

					תאריך	
שם פרטי		שם משפחה		מספר הזהות (כולל ס"ב)		
		מספר רישיון		מין		תאריך לידה
				זכר ___		
				נקבה ___		
מיקוד		יישוב		מספר בית		רחוב
						כתובת
		טלפון נייד		טלפון בעבודה		טלפון בבית
שם רופא מטפל		שב"ן (ביטוח משלים) מסוג		סניף	שם קופת החולים	
					פרטים נוספים	
						כתובת
						דואר
						אלקטרוני

4
5
6

2. התוכנית המבוקשת

אני מבקש/ת לרכוש (סמן X ליד האפשרות המתאימה):

יחידה אחת: \$ 200,000 למקרה מוות כתוצאה מתאונה או עד \$200,000 למקרה נכות קבועה כתוצאה מתאונה	<input type="checkbox"/>
שתי יחידות: \$ 400,000 למקרה מוות כתוצאה מתאונה או עד \$ 400,000 למקרה נכות קבועה כתוצאה מתאונה.	<input type="checkbox"/>

1 3. הצהרת המועמדים לביטוח

2 3.1 אני/ו החתום/ים מטה מבקש/ים בזה מאיילון חברה לביטוח (להלן "החברה") לבטח

3 אותי בביטוח הנ"ל.

4 בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. אני מצהיר מסכים ומתחייב בזה כי:

5 א. כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.

6 ב. התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן תנאי

7 ביטוח זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה הביטוח ביני לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד

8 ממנו.

9 ג. הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חייבת

10 להצדיק או להסביר את החלטתה. ידוע לי/לנו שחוזה הביטוח נכנס לתוקפו לאחר

11 שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלתי לביטוח.

12 ד. הצהרה זו, כוללת את הצהרת הבריאות שלהלן.

13

14 3.2 ידוע לי כי:

15 ביטוח זה אינו מכסה מקרה ביטוח אשר הינו תוצאה של תאונת דרכים וכי אינו מכסה

16 מום או נכות או ליקוי גופני קיימים.

17 נא לענות על השאלות הבאות תשובות ברורות ומלאות. אין להשתמש בקווים כל שהם

18 במקום מילים. על השאלות שלהלן יש לסמן את התשובה "כן" או "לא" בגוף השאלון (אם

19 התשובה חיובית "כן") יש לרשום את מספר השאלה במקום המיועד לתשובות על

20 ממצאים חיוביים ולפרט תאריכים, סוג מחלה, סיבוכים, טיפולים, תרופות, מצב נוכחי,

21 סיכומי מחלה וכו', (אין לרשום הערות בין השאלות).

22 גובה _____ ס"מ משקל _____ ק"ג

אם תשובה חיובית, נא לפרט			לא	כן	האם את/ה סובלת/ת או סבלת מהמחלות הבאות/נכות/מום/ליקוי גופני?
פרטים נוספים	תאריך	מחלה/נכות			

					1 האם את/ה נכה, בעל מום או ליקוי גופני?
					2. מחלות לב, יתר לחץ דם, מחלות כלי דם, סוכרת
					3. מחלות גב ועמוד השדרה, דיסקוס, כאבי גב
					4 מחלות עצבים, אפילפסיה
					5. מחלות אחרות הדורשות אשפוז או טיפול תרופתי

1

2 **4. עיסוקים ותחביבים ספורטיביים** ____ איני עוסק בפעילות ספורטיבית/תחביב כלשהם/

3 _____ אני כן עוסק בפעילות ספורטיבית/תחביב כדלקמן

4 _____

5 _____

6

7 **5. מוטבים למקרה מוות:** (בהעדר פרטי המוטבים, ישולמו תגמולי הביטוח במקרה של

8 מוות חלילה ליורשים החוקיים) _____

9 _____

10 אני/אנו מצהירים בזה כי המידע הכולל בהצהרה זו ניתן מרצוני/נו ובהסכמתי/נו המלאה.

11 ידוע לי/לנו שמטרת מסירת המידע הוא טיפול בכל העניינים הנלווים הנובעים והקשורים

12 בפוליסת הביטוח שיש לי בשלוח חברה לביטוח ובקבוצת הראל, לאפשר לחברה להביא

13 לידיעת לקוחותיה מידע על מוצרים ושירותים שלדעת החברה עשויים לעניין אותם,

14 למטרת עיבודים סטטיסטיים ולצורך טיפול בתביעות. אני/אנו מסכים/ים כי המידע יימסר

- 1 לצורך עיבודו ואחסונו לכל צד שעיסוקו בכך שהחברה תמצא לנכון, וזאת בכפוף
- 2 להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981.
- 3
- 4 **אם קיים ביטוח תאונות אישיות באיילון חברה לביטוח בע"מ לא ניתן לרכוש ביטוח זה**
- 5 **בנוסף.**
- 6 הנני מאשר כי דמי הביטוח בסך \$ 248 /124 (אנא הקף) ישולמו על ידי באמצעות כרטיס
- 7 אשראי שלי מס' _____
- 8 בתוקף עד _____
- 9 של חברת ויזה/דיינרס/ישראכרט (נא להקיף את האפשרות המתאימה).
- 10
- 11 שם מבוטח _____ ת.ז. _____ תאריך _____
- 12 חתימה _____
- 13 **אם המבוטח אינו עורך דין, יש למלא את הפרטים הבאים:**
- 14 שם עורך הדין מבקש הביטוח _____ מס. רישיון _____
- 15 כתובת עורך הדין _____ טלפון _____
- 16 קירבת המבוטח לעורך הדין _____ מקצועו של המבוטח _____
- 17
- 18 את הטופס אנא החזירו לפקס: 03-7569506
- 19 או באמצעות הדואר אל: גארד יו סוכנות לביטוח בע"מ, רחוב אבא הלל 12 רמת גן 52506